

المرجع
في
الأمراض الجلدية

براون فالكو - بلفيغ - وولف - وينكلمان

نقله إلى العربية
أعضاء الهيئة التدريسية
في
قسم الأمراض الجلدية والزهرية
كلية الطب - جامعة دمشق
بإشراف
الأستاذ الدكتور صالح داود

دار ابن النفيس
دمشق

www.daralbnafis.com

تكتب (كوردى، عربى، فارسى)

بَراون فالكو- بلفيغ- وولف- وينكلمان

المرجع في الأمراض الجلدية

نقله إلى العربية

د . هالة الجابر	د . وليد حناوي	د . مازن داود	د . محمد نزار الدقر
د . محمد دلة	أ . د . سهيل دياب	د . غانم رسلان	د . شذى زيزفون
أ . د . شريف سالم	أ . د . سلوى الشيخ	د . عبد الحكيم عبد المعطي	د . ليديا عوض
د . عبد الرحمن القادري	د . صائن كاشور	د . هناء مسوكر	د . هدى منيني

بإشراف
الأستاذ الدكتور صالح داود

المركز الثقافي المعاصر
دمشق

١٩٩٥

دار ابن النفيس
دمشق

المرجع في الأمراض الجلدية / براون فالكو ... [وآخرون]
؛ ترجمة هالة الجابر ... [وآخرون] ؛ إشراف صالح داود . —
دمشق : المركز التقني المعاصر ، دار ابن النفيس ، ١٩٩٥
. — ١٤٠٤ ص : صور ملونة ؛ ٢٩ سم .

بآخره ١٨٠ صفحة صور ومعجم مصطلحات .

١ — ٦١٦,٥ ف ا ل م ٢ — العنوان ٣ — فالكو
٤ — الجابر ٥ — داود مكتبة الأسد
ع — ١٩٩٥/٨/١١٦١

حقوق الطبع محفوظة
الطبعة الأولى

١٤١٦ هـ — ١٩٩٥ م

جميع حقوق النشر والتوزيع محفوظة للدارين الناشرين
لا يسمح بإعادة طبع هذا الكتاب أو طبع أي جزء منه بأي شكل
من أشكال الطباعة أو التصوير بأنواعه ، أو تخزينه في جهاز
استرجاع بأي شكل أو بأية وسيلة أو ما شابه ذلك دون الحصول
على الموافقة الخطية من :

دار ابن النفيس في دمشق

ص . ب : ٥٦٧٧ دمشق — الجمهورية العربية السورية

الإشراف الفني : جهاد الداودي

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة

يحتوي هذا الكتاب « المرجع في الأمراض الجلدية Dermatology » على تقديم علم أمراض الجلد وحديثه . ويجمع أيضاً من حيث طرح المادة وعرضها ، بين المدارس الأوروبية والمدارس الأمريكية . إضافة إلى أنه قد جمع بين دفتيه فصولاً كثيرة غنية بالمعلومات الكثيرة المدرسية والحديثة المتطورة ، بشكل جعله يتميز عن أي كتاب آخر من نفس الحجم وفي نفس الموضوع .

أما المؤلفون وهم و . براون فالكو O. Braun-Falco ، وج . بليفينغ G. Plewig ، وإتش . إتش . وولف H. H. Wolff ، ور . ك . وينكلمان R. K. Winkelmann ، فهم علماء في ميدان اختصاصهم ، ولهم باع طويل في حقل التأليف والبحث العلمي . ويشهد على ذلك ما ينشر لهم في الكتب والمجلات التي تصدر في بلدان مختلفة وتحمل بين ثناياها كل ما استجد من بحث في أمراض الجلد وعلاجها . ناهيك عن أن لهم حضورهم المرموق والمتواصل في الندوات والمؤتمرات الأوربية والدولية .

كل ذلك حدا بنا إلى الاستفادة من هذا العمل الكبير وتعميم هذه الفائدة على الطبيب العربي في وطنه الكبير بلغة علمية مبسطة التزمنا فيها بالمعجم الطبي الموحد ، لقناعتنا بضرورة توحيد المنطق العلمي من خلال توحيد المصطلح الذي يوحد وجهة النظر الواحدة ويساعد على استبعاد تشتت الفكر العلمي الذي يسببه تعدد المصطلح الواحد . وعند غياب المصطلح المطلوب في المعجم الطبي الموحد ، رجعنا إلى السلف وأخذنا بالتسمية المناسبة التي تفي بالحاجة والدقة .

وليس النقل من لغة إلى أخرى بالسهولة التي يظنها البعض ، بل هو في الحقيقة أصعب من التأليف . إذ يضطر المترجم أن ينفذ إلى فكر المؤلف ويتعرف من خلال ذلك على ما كان يحول بخاطرته ويريد التعبير عنه ، ثم بعد ذلك يعتمد إلى نقل ذلك بصدق وأمانة ودقة . وقد استطعنا ، بعونه تعالى ، أن ندلل هذه الصعوبات ، لأن كل من قام بعملية التعريب هو صاحب اختصاص في الموضوع الذي نقله . ولم يدخر أي منهم وسعاً في إعطاء هذه الترجمة ما تستحق من أهمية علمية . وهذا ما جعل عملنا هذا يستغرق بعض الوقت .

ولنا إذ نضع هذا الكتاب في متناول أصحاب الاختصاص ، لنترجو أن نكون

قد وفقنا في مسعانا في تعميم الفائدة على زملائنا الأطباء في كافة أقطار الوطن العربي ، وأسهمنا في خدمة اللغة العربية في مجال تعريب علم الطب . كما إننا نهب بزملائنا الكرام إبداء أية ملاحظة تهدف إلى خدمة هذا الكتاب للعمل على الاستفادة منها في أعمالنا المقبلة ، لأننا اليوم نعيش في عصر الانفجار العلمي ، وعلى الجميع أن يسهم في ذلك .

وإنني ، بصفتي أحد المختصين والعاملين في تدريس هذا الاختصاص لفترة ليست بقصيرة ، أنصح زملائي أطباء الأمراض الجلدية ، والذين هم في مرحلة الاختصاص ، والزملاء الأطباء الممارسين وذوي الاختصاص في مجالات الطب الأخرى ، وطلاب الطب ، باقتناء هذا الكتاب النفيس والاستفادة منه . فهو لبنة جديدة وأساسية تضاف إلى صرح المكتبة الطبية العربية التي نسمى جميعاً إلى إغناء محتواها .

ولا يسعني ، في ختام هذه الكلمة ، إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من قام بعملية الترجمة راجياً لهم التوفيق والنجاح . كما أشكر الأستاذ عبد الغني داوود صاحب مكتبة المركز التقني المعاصر على الجهود المادية والمعنوية التي بذلها في سبيل إخراج هذا الكتاب بالتنوع الجيدة التي يخرج بها عادة أمهات الكتب الطبية ذات النفع العميم .

والأمل كبير في أن نستمر في مسيرة التعريب ، والله من وراء القصد ..

الدكتور صالح داود

أستاذ ورئيس قسم الأمراض الجلدية والزهرية

كلية الطب — جامعة دمشق

كلمة الناشر

يطيب لي ، عشية افتتاح المعرض الحادي عشر للكتاب العربي والدولي ، أن أقدم إلى السادة أطباء الأمراض الجلدية ، والأطباء في كافة الاختصاصات ، وطلاب الدراسات العليا في هذا الاختصاص والمقيمين والأطباء الممارسين ، وطلاب كلية الطب الذين هم على أبواب التخرج ؛ إلى كل هؤلاء ، في كافة بلدان العالم العربي ، من محيطه إلى خليجه ، أقدم كتاباً مرجعياً آخر ، أرفد فيه المكتبة الطبية العربية . وقد تم نقل هذا الكتاب — المرجع في الأمراض الجلدية — إلى اللغة العربية من كتاب مرجعي واسع الشهرة لما يحتويه من موضوعات شاملة ، ولما يتمتع به مؤلفوه من مكانة علمية مرموقة وسمعة إقليمية وعالمية واسعة .

يحتوي هذا الكتاب على ثلاثة أقسام مرتبطة بعضها ببعض علمياً ، ومستقلة عن بعضها إخراجاً : القسم الأول ، وهو النص العلمي الذي شمل تقريباً كل ما يحتاج إليه طبيب الأمراض الجلدية . والقسم الثاني ، وهو عبارة عن أطلس ملون في الأمراض الجلدية ، احتوى على ٨٢٧ شكلاً معظمها بالألوان الناطقة التي تشرح كافة الأمراض الجلدية الوارد شرحها في القسم الأول وقد أشير إلى ذلك بعبارة « راجع ... » أما القسم الثالث ، فهو عبارة عن معجم — إنكليزي عربي — لمصطلحات الأمراض التي تصيب جلد الإنسان . ولقد حرصت أن تقع هذه الأجزاء الثلاثة في كتاب جامع واحد تسهلاً للمراجعة ؛ ولذلك جاء الكتاب بحجم كبير .

قام بنقل هذا الكتاب النفيس ثلة من خيرة الأطباء الاختصاصيين في الأمراض الجلدية والزهرية وغيرهم ممن يمت اختصاصهم بصلة إلى موضوع معين ورد في هذا الكتاب . وإليهم جميعاً أتقدم بخالص الشكر والامتنان ، وأحفظ لهم وافر التقدير والاحترام .

غير أنه لا بد لي في سياق هذه الكلمة أن أجزي الشكر خالصاً إلى الأستاذ الدكتور صالح داود رئيس قسم الأمراض الجلدية والزهرية لإشرافه على الترجمة ومراجعتها ، إضافة إلى إسهامه الواسع فيها ، وإلى الدكتور وليد حناوي الذي أشرف على تدقيق الكتاب بكامله وإعداد معجم المصطلحات فيه ، وإلى الدكتور محمد نزار الدقر الذي ساهم في مراجعة بعض الفصول ، وإلى الدكتور محمد دلة الذي دقق في شرح بعض الأشكال والمصطلحات الواردة فيها .

وإنني ، بهذا الإسهام الجديد ، أكون قد وفيت بالالتزام الذي قطعته على

نفسى ، وهو أن أقدم في كل عام عملاً جديداً ، مفيداً ، نافعاً — أو علم ينتفع به — يزيد في إغناء المكتبة الطبية العربية بما تحتاج إليه . والله الموفق وهو يهدي سواء السبيل ..

عبد الغنى داوود

٦ ربيع الثاني ١٤١٦

١ أيلول — سبتمبر ١٩٩٥

فهرس الفصول

١	مبادئ تشخيص الأمراض الجلدية	د . صالح داود	١
١٥	الأمراض الناجمة عن الحماض الراشحة	د . هناء مسوكر	١٥
٥٦	الأمراض المتسببة بالريكتسيات	د . صالح داود	٥٦
٥٩	الأمراض الناجمة عن الجراثيم	د . ليديا عوض	٥٩
١٨٠	الأدواء المتسببة عن الأولي	د . صالح داود	١٨٠
١٨٨	الأمراض الحيوانية المصدر	د . وليد حناوي	١٨٨
١٩٦	القطارات الجلدية	د . عبد الرحمن القادري	١٩٦
٢٢٢	أدواء الطفيليات الحيوانية الخارجية	د . عبد الحكيم عبد المعطي	٢٢٢
٢٣٥	الأدواء المسببة بالديدان	د . عبد الحكيم عبد المعطي	٢٣٥
٢٤٩	الطفوح الدوائية	د . عبد الرحمن القادري	٢٤٩
٢٦٧	الشرى	د . صالح داود ، د . مازن داود ..	٢٦٧
٢٨٩	التهاب الجلد والإكزيمة	د . هناء المسوكر	٢٨٩
	الآفات الجلدية الناجمة عن أسباب فيزيائية		
٣٤٠	وكيميائية	د . سهيل دياب	٣٤٠
٣٧٣	أمراض الجلد الحمامية والحمامية الوسفية	د . وليد حناوي	٣٧٣
٤٢٨	الأمراض الحويصلية والفقاعية	د . صالح داود	٤٢٨
٤٥٨	الأمراض البثرية	د . صالح داود	٤٥٨
٤٦٥	التقرانات	د . وليد حناوي	٤٦٥
٤٨٤	أمراض النسيج الضام	د . سلوى الشيخ	٤٨٤
٥٣١	شدوذات الجلد وتشوهات	د . وليد حناوي	٥٣١
٥٣٧	الداء الالتهابي في الغضروف	د . صالح داود ، د . شذى زيزفون ..	٥٣٧
٥٣٩	أمراض النسيج الشحمي	د . صالح داود	٥٣٩
٥٤٩	أمراض الأوعية الدموية	د . وليد حناوي	٥٤٩
٥٩٠	الاضطرابات النزفية	د . محمد نزار الدقر	٥٩٠
٦٠٦	أمراض الأوعية اللمفية	د . وليد حناوي	٦٠٦
٦١١	أدواء الجلد العصبية والنفسية المنشأ	د . هناء مسوكر	٦١١
٦٢٧	اضطرابات تصبغ الملانين	د . صالح داود	٦٢٧
٦٤٩	خلل التصبغ	د . صالح داود ، د . شذى زيزفون ..	٦٤٩
٦٥٣	أمراض الجريبات الزهمية	د . عبد الرحمن القادري	٦٥٣
٦٧٥	أدواء الغدد العرقية المفترزة	د . عبد الحكيم عبد المعطي	٦٧٥

٦٧٨	..... د . صالح داود	٣٠	أمراض الغدد العرقية الناتجة
٦٨٥	..... د . محمد نزار الدقر	٣١	آفات الأشجار
٧٠٨	..... د . سهيل دياب	٣٢	آفات الأظفار
٧٢٠	..... د . سهيل دياب	٣٣	أمراض الشفتين وجوف الفم
٧٣٩	..... د . عبد الحكيم عبد المعطي	٣٤	أدواء الحشفة والقلفة
٧٥٠	..... د . عبد الحكيم عبد المعطي	٣٥	اضطرابات أعضاء التناسل الظاهرة عند الأنثى
٧٥٩	..... د . صالح داود ، د . هالة الجابر	٣٦	الأمراض الجلدية في الحمل
		٣٧	الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات
٧٦٣	..... د . محمد دلة		استقلاب الشحم
٧٧٦	..... د . صائغ كاشور ، د . غانم رسلان	٣٨	أدواء اختزان الشحوم المجموعية
		٣٩	الأدواء الجلدية الناجمة عن اضطراب استقلاب
٧٨٢	..... د . صائغ كاشور ، د . غانم رسلان		الحموض الأمينية
٧٨٦	..... د . صائغ كاشور	٤٠	الاعتلالات الغامية (الاعتلالات الغلوبينية)
٧٩١	..... د . محمد نزار الدقر	٤١	الأدواء النشوانية
٧٩٧	..... د . محمد نزار الدقر	٤٢	الأدواء الهياينية
		٤٣	الأمراض الجلدية الناجمة عن اضطرابات في
٧٩٩	..... د . محمد دلة ، د . غانم رسلان ..		استقلاب عديد السكريد المخاطي
٨١٠	..... د . محمد دلة	٤٤	البرفريات
٨٢٢	..... د . صالح داود ، د . هدى منيني	٤٥	الكلاس
٨٢٦	..... د . صالح داود	٤٦	استقلاب الحديد ، الزنك ، النحاس
٨٣٠	..... د . صالح داود ، د . هدى منيني	٤٧	اضطراب استقلاب البورين
٨٣٢	..... د . صالح داود ، د . هدى منيني	٤٨	اضطرابات التغذية
٨٣٥	..... د . صالح داود	٤٩	عوز الفيتامينات وفرطها
٨٤٣	..... د . عبد الحكيم عبد المعطي	٥٠	الأدواء الحبيومية المجهولة السبب
٨٥٨	..... د . عبد الحكيم عبد المعطي	٥١	الالتهابات المفرطة الحمضات
٨٦١	..... د . هناء مسوكر	٥٢	الوجحات
٨٧٧	..... د . هناء مسوكر	٥٣	الكيسات
٨٨٥	..... د . عبد الرحمن القادري	٥٤	الأورام الظهارية الحميدة
٨٩٤	..... د . صالح داود ، د . هدى منيني	٥٥	الآفات ما قبل السرطانية
٩٠٤	..... د . صالح داود ، د . هدى منيني	٥٦	السرطانات الكاذبة
٩٠٩	..... د . محمد دلة	٥٧	الأورام الظهارية الخبيثة
٩٢٢	..... د . صالح داود ، د . هدى منيني	٥٨	الملائنوم الخبيث
٩٣٠	..... د . شريف السالم	٥٩	الأورام اللحمية المتوسطة
٩٥٠	..... د . شريف السالم	٦٠	اللمفومات الكاذبة في الجلد

٦١	اللمفومات الجلدية الخبيثة	د . شريف السالم	٩٥٦
٦٢	الايضاضات الجلدية	د . شريف السالم	٩٧٢
٦٣	كثرة الخلايا البدنية	د . شريف السالم	٩٧٧
٦٤	كثرة المنسجات الجلدية الحميدة والخبيثة	د . شريف السالم	٩٨٢
٦٥	المتلازمات المواقبة للأورام	د . صالح داود	٩٩١
٦٦	مبحث أمراض المستقيم في طب الجلد	د . عبد الحكيم عبد المعطي	٩٩٤
٦٧	المعالجة الموضعية للجلاذات	د . عبد الرحمن القادري	١٠٠٠
٦٨	المعالجة المجموعية للجلاذات	د . صالح داود ، د . شذى زيزفون	١٠٤٥
٦٩	المعالجة الفيزيائية	د . عبد الحكيم عبد المعطي	١٠٦٠

المحتوى

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
١ . مبادئ تشخيص الأمراض الجلدية	١	٢ . الأمراض الناجمة عن الحشرات الراضحة	١٥
المرضى المراجعون باضطرابات جلدية	١	التآليل	١٥
فحص المرضى المصابين باضطرابات جلدية	١	التآليل الشائعة	١٦
القصة	١	التآليل الأخصية	١٧
القصة العائلية	١	التآليل المسطحة الشبكية أو الفتوية	١٨
القصة المرضية العامة	٢	اللقمومات المؤنفة	١٨
المهنة وأمراض الجلد	٢	اللقمومات المؤنفة (الشكل المدرسي)	١٨
السوابق المرضية	٢	اللقمومات المسطحة	١٩
القصة المرضية الحالية	٢	اللقمومات العملاقة	١٩
الأدوية المستعملة	٣	التآليل المخاطية	١٩
الفحص الفيزيائي (السريري) للمريض	٣	التآليل المخاطية المعزولة	٢٠
الاختلافات في تراكيب الجلد	٣	التآليل المخاطية المنتثرة	٢٠
الاختلافات الوظيفية للجلد	٣	ثدن البشرة الثلوي الشكل	٢٠
الآفات الجلدية	٤	معالجة التآليل	٢٠
موقع الآفات الجلدية	٤	أمراض أخرى شبيهة بالتآليل	٢٢
الدراسة التحليلية للآفات الجلدية	٤	قرط التنسج الظهاري البوري	٢٢
البقع	٤	المليساء المعدية	٢٢
الانتبارات	٦	الأمراض الناجمة عن حمة الحلا البسيط	٢٣
الحطاطات ، العقيدات ، العقد ، والأورام	٦	الأخماج البدئية بحمة الحلا البسيط	٢٥
الحويصلات (نطاطات صغيرة) والفقاعات (نطاطات كبيرة)	٦	التهاب الفم واللثة الحلتي	٢٥
البثرات	٧	الداء القلاعي الشكل لبوسيشل - فيرتر	٢٥
الجلب والجلب المتخثرة	٧	التهاب الفرج والمهبل الحلتي	٢٦
الوسوف (الحراشف)	٧	الإنتان الحلتي عند حديثي الولادة	٢٦
التقرانات	٧	الإكزيمة الحلتي	٢٧
التآكلات ، القرحات ، الجروح	٨	الحلا البسيط الجلدي البدئي	٢٧
التسحجات ، الفلوع ، الشقوق	٨	الأخماج الثانوية بحمة الحلا البسيط	٢٨
الندبات	٨	الحلا البسيط والحلا البسيط الناكس	٢٨
الضمور	٨	الحمامي عديدة الأشكال والحلا البسيط الناكس	٣٠
طراز الآفات الجلدية	٩	الأمراض الناجمة عن حمة الحمامية - النطاقية	٣٠
الفحص العام والفحوص المخبرية	١٠	الحماق	٣٠
الحزعة والفحص النسجي	١٠	الحماق خلال الحمل	٣٢
مبادئ التشريح المرضي الجلدي	١٢	الحلا النطاقي	٣٢
التغيرات النسجية في البشرة والطبقة القاعدية	١٢	أخماج الحماق الجلدية السوية	٣٥
التبدلات التشريحية المرضية في الأدمة	١٣	الجلدي	٣٥
		جلدي البقر	٣٨

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
ملحق عن الأنحاج بالحمامات الجدرية السوية	٣٩	التهاب الإحليل الأمامي السيلاني المزمن	٦٤
أمراض جلدية أخرى مسببة عن الحمامات الراشحة	٣٩	نظير داء السيلان البني في الحيز القلبي	٦٤
عقيدات الحلايين	٣٩	السيلان في الأعضاء التناسلية الذكرية	٦٤
الإكزيمة المعدية	٤٠	التهاب الإحليل الخلفي السيلاني الحاد	٦٤
داء القدم والفم	٤١	التهاب الموثة السيلاني	٦٤
طفح اليد - القدم - الفم	٤١	التهاب الحويصلات المنوية السيلاني	٦٥
الحناق (الذباح) الحلقى	٤٢	التهاب البربخ السيلاني	٦٥
أنحاج أخرى بحمة كوكساي	٤٢	تشخيص السيلان البني عند الرجال	٦٦
الأمراض الخمجية الستة	٤٢	الداء السيلاني خارج أعضاء التناسل	٦٦
الحصبة	٤٣	السيلان المستقيمي	٦٦
الحصى القرمزية	٤٤	السيلان القموي البلعومي	٦٦
الحصبة الألمانية (الحميراء)	٤٦	السيلان العيني	٦٧
الحصبة الألمانية القرمزية	٤٧	السيلان العيني عند الوليد	٦٧
الحمامى الخمجية	٤٧	السيلان العيني عند الكهول	٦٧
الداء السادس (الطفح الفجائي)	٤٨	المضاعفات الإلتائية	٦٧
متلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز)	٤٨	مضاعفات السيلان البعيدة	٦٧
٣ . الأمراض المتسببة بالريكتسيات	٥٦	التهاب المفصل الوحيد السيلاني	٦٧
التيفوس الوبائي	٥٦	التهاب شغاف القلب والإنتان بالمكورات البنية ..	٦٨
التيفوس المتوطن	٥٧	التهاب ما حول الكبد السيلاني الحاد	
داء الباروتونيلا	٥٧	(متلازمة فريتز - هغ - كوريتز)	٦٨
٤ . الأمراض الناجمة عن الجراثيم	٥٩	معالجة السيلان	٦٨
السيلان البني	٥٩	المعالجة المعيارية للسيلان غير المضاعف	٦٨
كشف المكورات البنية التيسرية	٥٩	معالجة السيلان المزمن غير المضاعف	٦٩
السيلان البني عند النساء	٦٠	معالجة السيلان المضاعف (المختلط)	٦٩
السيلان البني في السيل البولي	٦٠	فحص المتابعة وتأكيد الشفاء	٧٠
السيلان البني في الأعضاء التناسلية الأنثوية	٦١	التهاب الإحليل التالي للسيلان	٧١
التهاب غدة برتولين السيلاني	٦١	التهابات الإحليل اللاسيلانية	٧١
التهاب الفرج والمهبل السيلاني	٦١	التهاب الإحليل بالمفطورات	٧١
التهاب عنق الرحم السيلاني	٦٢	التهاب الإحليل بالمتدثرات	٧١
التهاب بطانة الرحم السيلاني	٦٢	التهاب الإحليل بالمشعرات	٧٢
التهاب النفير السيلاني	٦٢	التهاب الإحليل الناجم عن الجراثيم العنيفة والفيونيلا	
التهاب محيط المبيض والمبيض والصفاف السيلاني	٦٢	التهاب الإحليل بالعنقوديات والعقديات	
التهاب الملحقات السيلاني	٦٢	والإشريكيات القولونية	٧٢
تشخيص السيلان البني عند النساء	٦٣	التهاب الإحليل بالمبيضات	٧٢
السيلان البني عند الرجال	٦٣	التهاب الإحليل بحمة الحلا البسيط	٧٢
سيلان المجاري البولية	٦٣	التهاب الإحليل الرضحي	٧٣
التهاب الإحليل الأمامي السيلاني الحاد	٦٣	التهاب الإحليل في التهاب الحشفة	٧٣
		داء رايتز	٧٣
		الإفرنجي	٧٤
		الإفرنجي المكتسب	٧٧

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الإفرنجي الأولي (الدور الأول)	٧٧	السمات المشكوك بها	٨٩
الآفة الأولية	٧٧	المناعة في الإفرنجي	٨٩
الآفات الأولية على الأعضاء التناسلية	٧٧	مبحث الأمصال	٨٩
القرح خارج المنطقة التناسلية	٧٨	مناعة الخمج	٩٠
انتباج (تورم) العقد اللمفية : دبل الإفرنجي	٧٨	الطرق المصلية للفحص	٩٠
تشخيص الإفرنجي الأولي	٧٨	التفاعلات اللولوية	٩٠
الإفرنجي الثانوي ، الدور الثاني	٧٨	تفاعلات تثبيت المتصمة	٩٠
علامات الإفرنجي الثانوي	٧٩	تفاعلات التحوصب	٩١
الطفححات الإفرنجية البقية (الوردية)	٧٩	التفاعلات اللولوية	٩٢
الطفححات الإفرنجية الحطاطية والحطاطية	٧٩	اختبار سكون (تثبيت) اللوليات	٩٢
الوسفية	٧٩	اختبار الأضداد اللولوية التآلقي	٩٢
الأشكال المختلفة للطفححات الإفرنجية الحطاطية	٧٩	اختبار امتصاص الأضداد اللولوية التآلقي	٩٣
الأشكال الأخرى من الطفححات الإفرنجية	٨٠	اختبار 19s IgM FTA-ABS	٩٣
الحطاطية	٨٠	اختبار ترافس اللولوية الشاحبة الدموي	٩٣
الطفححات الإفرنجية البثرية	٨٠	اختبار الطور الصلب للامتزاز الدموي	٩٣
الطفححات الإفرنجية القرحة	٨٠	المقايضة المناعية المرتبطة بالإنظيم	٩٤
الإفرنجي الحبث	٨٠	تفسير التفاعلات المصلية	٩٤
اضطرابات استقلال الصباغ	٨٠	اختبارات التفصي	٩٤
اضطرابات نمو الأشعار	٨١	الاختبارات المؤكدة	٩٥
الأعراض المخاطية	٨١	اختبار مراقبة سير الداء	٩٥
التهاب اللوزتين والبلعوم الإفرنجي (الذباح الإفرنجي)	٨١	الاختبارات الخاصة	٩٥
انتباج العقد اللمفية	٨٢	متى يكون لاختبار TPI أهمية تشخيصية ؟	٩٥
أمراض الأعضاء الداخلية في الإفرنجي	٨٢	نتائج الاختبارات الإيجابية من منشأ غير إفرنجي	٩٥
التطورات الأخرى للإفرنجي الثانوي	٨٢	فحص السائل النخاعي	٩٦
الانتقال إلى الإفرنجي الثانوي الآجل	٨٢	الاستطبانات	٩٦
الانتقال إلى الإفرنجي الكامن والإفرنجي الثالث	٨٣	التحريات الأساسية	٩٦
الإفرنجي الثاني ، الدور الثالث	٨٣	اختبارات السائل النخاعي المصلية	٩٦
الطفحة الإفرنجية الجلدية	٨٣	الطرق الحديثة التشخيصية للسائل النخاعي في الإفرنجي العصبي	٩٦
الطفححات الإفرنجية تحت الجلد	٨٤	موجودات السائل النخاعي بعد المعالجة	٩٦
الآفات على الشفاه وفي جوف الفم	٨٤	الناجحة	٩٧
الإفرنجي الثالث في الأعضاء الداخلية	٨٥	المعالجة	٩٧
التابس الظهري والحزل العام	٨٦	الطرق العلاجية	٩٧
التابس الظهري	٨٦	المعالجة المعيارية	٩٧
الحزل العام	٨٦	المعالجة البديلة	٩٧
الإفرنجي الولادي	٨٧	معالجة المرضى المصابين بأرج البنسلين	٩٨
الإفرنجي الولادي الباكر	٨٧	المعالجة بالتتراسلين عن طريق الفم	٩٨
الإفرنجي الولادي الآجل	٨٨	المعالجة بالتتراسلين زرقاً وريدياً	٩٨
السمات الهامة	٨٨	المعالجة بالإريثرومايسين عن طريق الفم	٩٨
السمات الأقل أهمية	٨٩	معالجة الإفرنجي القلبي الوعائي	٩٨

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
معالجة الإفرنجي العصبي	٩٨	الطفحات السلية الشبيهة بوردية الوجه	١٣٣
الإفرنجي والحمل	٩٩	الطفحات السلية العدية الشكل	١٣٣
الولدان مع موجودات طبيعية في السائل النخاعي	٩٩	الأحماج بالمتغيرات اللا نموذجية	١٣٣
الولدان مع موجودات شاذة في السائل النخاعي	٩٩	حبيوم حوض السباحة	١٣٣
الإفرنجي الولادي الآجل	١٠١	الجدام	١٣٤
المنظار المصلي (المراقبة المصلية)	١٠١	الصلبوم الأنفي	١٤٢
عودة الخمج	١٠١	تقيح الجلد	١٤٢
التوصيات العلاجية الأخرى	١٠١	نبيت الجلد الجرثومي	١٤٢
اليوز (الداء العليقي)	١٠٢	النبيت المقيم والنبيت المقيم المؤقت	١٤٣
اللوبيات الأخرى	١٠٤	النبيت العابر	١٤٣
البنس	١٠٤	العوامل المرضية	١٤٤
الإفرنجي المتوطن	١٠٤	التصنيف	١٤٤
داء البوريليات الحمامي المهاجر ، داء البوريليات الليمي	١٠٤	التقيحات البشروية	١٤٤
الحمامي الزمنة المهاجرة	١٠٧	القوباء المعدية	١٤٤
داء العقد اللغفية الجلدي السليم	١٠٨	القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة ...	١٤٤
التهاب جلد النهايات المزمن المضمر	١٠٨	القوباء الفقاعية	١٤٦
الأدواء الناجمة عن المتدثرات	١٠٩	القوباء الفقاعية الوليدية	١٤٧
داء الطيور	١١٠	متلازمة لايل العنقودية	١٤٧
الأحماج البولية التناسلية بالمتدثرة الحثرية	١١١	الفقاعات الزاحفة	١٤٨
التهاب المتحممة المشتعل	١١٢	تقيح جريبات الأشعار	١٤٨
الحثر	١١٢	تقيح الجريبات	١٤٨
الحبيوم اللمفي الزهري	١١٢	الأشكال الخاصة : تقيح جلد الجريبات المزمن	
القرع	١١٤	الناكس عند الذكور	١٤٩
الحبيوم الأربي	١١٧	التهاب الجريبات وما حول الجريبات	١٤٩
سل الجلد	١١٩	التهاب الجريبات البسيط في اللحية	١٤٩
سل الجلد مع عطالة مناعية	١٢١	التهاب الجريبات الإكريمي في اللحية	١٥٠
المعقد السلي الأولي في الجلد	١٢١	الأشكال الخاصة : التهاب الجريبات الشعرية	
سل الجلد الدخني	١٢٢	الإكريميوي الدهليزي الأنفي	١٥٠
سل جلد الفوهات	١٢٢	التهاب الجريبات الكاذب في اللحية	١٥٠
السل الكمفي الساعي	١٢٣	التهاب الجريبات الخاص في الرأس	١٥١
سل الجلد مع استجابة أرجية	١٢٣	التهاب الجريبات الخاص على الوجه	١٥١
سل الجلد الثؤلولي	١٢٣	التهاب الجريبات بالجراثيم سلية الغرام	١٥٢
الذآب الشائع	١٢٤	تقيحات الجلد من منشأ آخر	١٥٣
تدرن الجلد (الخنزرة)	١٢٨	التهاب الجلد المترافق بالأنبوب الساخن	١٥٣
الطفحة السلية	١٢٩	متلازمة المجازة المعوية	١٥٣
الحزاز التدرني	١٢٩	العد الجدري	١٥٣
الطفحات السلية الخطاطية النخرية	١٣٠	التهاب ما حول الجريبات الرأسي المشكل للخراجات	
الحمامي الجاسئة	١٣١	والمختصر	١٥٤
الجلادات ذات العلاقة المشكوك بها مع السل	١٣٢	الشعيرة	١٥٥
الذآب المنتثر الدخني الوجهي	١٣٣	الدمل	١٥٥

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الجمرة	١٥٧	داء الليشمانيات الأمريكي	١٨٤
تقيح الغدد العرقية	١٥٧	داء المشعراء المهلية	١٨٥
التهاب الغدد العرقية التقيحي	١٥٧	٦ . الأمراض الحيوانية المصدر	١٨٨
خراجات الغدد العرقية المتعددة عند الولدان	١٥٨	الحمراية	١٨٨
الأمراض الناجمة عن العقديات	١٥٩	الرعام	١٨٨
الحمرة	١٦٠	الراغوم	١٨٩
التهاب الملل	١٦١	الجمرة الخبيثة	١٩٠
الإكزيمة	١٦١	الطاعون	١٩١
الإكزيمة المواتية الثاقبة	١٦٢	تولارمية	١٩٢
الفلمغون	١٦٢	داء البروسيلات	١٩٤
الفلمغون الجاسيء	١٦٣	حمى عضه الجرذ	١٩٤
التهاب اللقافة المتخثر	١٦٣	٧ . القطارات الجلدية	١٩٦
الموات بالعديات	١٦٣	الفطور	١٩٦
الأحماج الجلدية الثانوية الناجمة عن العقديات ...	١٦٣	تشخيص القطارات	١٩٧
تبدلات الجلد الأرجية المحدثة بالعديات زمرة آ	١٦٤	المحضرات غير الملونة	١٩٧
تقيح الجلد الزمن	١٦٤	المحضرات الملونة	١٩٨
تقيح الجلد التنبتي	١٦٤	زرع الفطور	١٩٨
تقيح الجلد التقرحي الساعي	١٦٥	النسجيات	١٩٨
تقيح الجلد قرحي الشكل	١٦٥	الفحص بمصباح وود	١٩٨
العد النخري	١٦٥	القطارات البشرية والجريية	١٩٨
الأمراض الناجمة عن البروبيونية والجراثيم الوتدية	١٦٦	القطارات الجلدية الناجمة عن الفطور الجلدية	١٩٨
الوذح	١٦٦	الفطور الجلدية	١٩٨
الفطار الشعري الإبطي	١٦٨	سفعة الرأس	١٩٩
انحلال الطبقة القرنية المنقر	١٦٨	داء البوقياء	١٩٩
الحنثاق الجلدي	١٦٩	السفعة القرعية	٢٠٠
داء الشعيات	١٧١	سفعة اللحية	٢٠٠
داء التوكاردية	١٧١	سفعة الوجه وسفعة الجسد	٢٠١
الفطروم	١٧٤	السفعة الأرية	٢٠١
الأحماج البرسنية المعوية القولونية	١٧٤	سفعة اليد	٢٠٢
داء مخشة القط	١٧٥	سفعة القدم	٢٠٢
مخج البستورية المولتوسيدا	١٧٦	سفعة الساق	٢٠٣
الأحماج بالغاردنيرلا المهلية	١٧٦	سفعة الأطفال	٢٠٣
المفطورات التناسلية	١٧٧	الظواهر المناعية في الفطور الجلدية	٢٠٤
٥ . الأدوية المتسببة عن الأولي	١٨٠	الطفحة الفطرية	٢٠٤
داء الليشمانيات	١٨٠	الحبيوم الشعروي	٢٠٤
داء الليشمانيات الجلدي	١٨٠	معالجة القطارات الجلدية	٢٠٥
داء الليشمانيات الحشوية ، وداء الليشمانيات بعد		الخطوط الرئيسية العامة	٢٠٥
الكاآازار	١٨٣		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
المعالجة الجهازية	٢٠٥	قمل الجسد أو الثياب	٢٢٣
المعالجة الموضعية	٢٠٦	قمل العانة	٢٢٤
معالجة سعفة الأظفار (فطارات الأظفار) ..	٢٠٦	البق : داء البق	٢٢٤
الفطارات الجلدية الناجمة عن الحماثر	٢٠٧	البق المداري	٢٢٥
أدواء المبيضات	٢٠٧	البراغيث : داء البراغيث	٢٢٥
داء المبيضات في الغشاء المخاطي للفم	٢٠٧	برغوث الإنسان	٢٢٥
التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات	٢٠٨	براغيث الرمل	٢٢٦
التهاب الحشفة بالمبيضات	٢٠٩	غشائيات الأجنحة	٢٢٦
داء المبيضات ما بين الأفوات	٢٠٩	ذوات الجناحين	٢٢٧
المدح بالمبيضات	٢١٠	ذباب المنزل	٢٢٧
داء المبيضات في منطقة الحفاض	٢١٠	ذباب الإسطبل	٢٢٧
الداحس أو فطار الأظفار بالمبيضات	٢١١	الثغر (الثَّحْرَة)	٢٢٧
التهاب الجريبات بالمبيضات	٢١١	داء هجرة البرقات	٢٢٧
داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن	٢١٢	نقل الأمراض	٢٢٧
النخالية المبرقشة	٢١٣	الأساريع	٢٢٧
التهاب الجريبات الويغائية	٢١٤	العناكب	٢٢٨
الفطار الشعري العقيدي	٢١٤	عنكبوت الأرملة السوداء	٢٢٨
الفطارات الجلدية الناجمة عن العفن	٢١٥	العنكبوت البني المنزل (الناسك)	٢٢٨
ملاحظات عامة	٢١٥	السوس	٢٢٩
فطار الأظفار	٢١٥	الجرب	٢٢٩
البصرة السوداء	٢١٥	الحطاطات المستديرة عقب الجرب	٢٣٠
السعفة السوداء	٢١٥	الحكة عقب الجرب ، ورهاب الجرب	٢٣٠
معالجة الفطارات الجلدية الناجمة عن العفن	٢١٥	الجرب التروجي	٢٣١
الفطارات الجلدية العميقة	٢١٥	الجرب الحيواني عند الإنسان	٢٣١
الحبيوم الفطري الشعري	٢١٦	داء الشه له تيسلا Cheyletiellosis	٢٣١
الحبيوم بالمبيضات	٢١٦	سوس الدجاج أو الطيور	٢٣٢
الفطار الصباغي	٢١٦	سوسة غبار المنزل	٢٣٢
داء الشعريات المبوغة	٢١٦	سوسة الجرب	٢٣٢
الفطروم	٢١٨	داء الخطماوات	٢٣٣
داء البروتوتوكية	٢١٨	القراد	٢٣٣
الفطارات المجموعية	٢١٩	٩ . الأدوية المسببة بالديدان	٢٣٥
داء المستخفيات	٢١٩	الديدان المسطحة	٢٣٥
الفطار البرعصي	٢١٩	القليديات	٢٣٥
الفطار نظير الكرواني	٢٢٠	داء الكيسات المذنبة	٢٣٥
داء النوسجات	٢٢١	أدواء الديدان المسطحة الأخرى	٢٣٧
الفطار الكرواني	٢٢١	داء المشوكات	٢٣٧
٨ . أدواء الطفيليات الحيوانية الخارجية	٢٢٢	المقنويات	٢٣٨
قمل : القُمال	٢٢٢	داء النشقات	٢٣٨
قمل الرأس	٢٢٢	التهاب الجلد بالذوائب	٢٣٩

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الديدان المسودة (الديدان المدورة)	٢٤٠	التفاعلات الدوائية الحزازانية	٢٦١
المسودات (الديدان الخيطية)	٢٤٠	الطفوح الدوائية عدية الشكل	٢٦١
داء الأقصور	٢٤٠	الحكة ، المذل	٢٦٢
داء الصفر	٢٤١	التفاعلات الدوائية من غمط مرض المصل وطفوح	
داء الشعرينات	٢٤٢	مرض المصل	٢٦٢
داء هجرة البرقات الجلدي	٢٤٢	الجلادات المهرشة بالدواء	٢٦٢
داء الأسطوانيات	٢٤٣	التشريح المرضي النسجي	٢٦٤
داء الخيطيات (داء الفيلاريا)	٢٤٤	الدلائل المساعدة في التشخيص	٢٦٤
داء التثنيات	٢٤٤	المعالجة	٢٦٥
داء كلابية الذنب	٢٤٥	الحقن داخل الشريان	٢٦٥
العلقيات (الديدان الحلقية ، الديدان الهللية)	٢٤٧	الانسمام الحاد بأول أكسيد الكربون	٢٦٦
١٠ . الطفوح الدوائية	٢٤٩	١١ . الشرى	٢٦٧
العوامل المرضية والتفاعلات الجلدية	٢٤٩	الشرى بالتماس	٢٦٩
الآلية الإراضية	٢٤٩	الشرى الفيزيائي	٢٧٠
التفاعلات الأرجية	٢٥٠	الكتوية الجلدية	٢٧٠
التفاعلات الأرجية الخلطية للنمط العاجل ...	٢٥١	الشرى المفتعل	٢٧٠
التفاعل نمط I : التفاعل التأقي	٢٥١	شرى الضغط	٢٧١
التفاعل نمط II : تفاعل الانسمام الخلوي ...	٢٥٤	شرى البرد	٢٧١
التفاعل نمط III : تفاعل المعقد المناعي	٢٥٤	شرى الحرارة	٢٧٢
التفاعل نمط IV : (الرابع) :	٢٥٤	أشكال خاصة للشرى	٢٧٢
التفاعلات الأرجية الخلوية من النمط الآجل .	٢٥٤	الشرى الكوليتريجي	٢٧٢
التظاهرات السريرية والسبببات	٢٥٥	حالات خاصة : شرى العرق	٢٧٣
الطفوح الدوائية قرمزية الشكل ، حصوية الشكل		شرى الماء	٢٧٣
وحميراثية الشكل	٢٥٥	الشرى اللا مناعي المحدث بالأدوية	٢٧٣
الطفوح الدوائية البقية والشروية	٢٥٥	متلازمة Hoigne	٢٧٥
الطفوح الدوائية الحمامية الحويصلية	٢٥٦	الشرى الأرجي	٢٧٦
احمرار الجلد النضحي أو التقشري	٢٥٦	الشرى الحاد	٢٧٦
الحمامى عديدة الأشكال والطفوح الدوائية الحمامية		الشرى المزمن المتقطع	٢٧٧
الفقاعية	٢٥٦	الشرى المزمن	٢٧٨
متلازمة لايل المحدثة بالدواء	٢٥٦	التدابير التشخيصية في الشرى الأرجي	٢٧٩
الطفوح الدوائية النزفية الحمامية والنزفية والفقاعية		الإجراءات النوعية	٢٨٠
النزفية	٢٥٩	معالجة الشرى الأرجي	٢٨٣
فرغرية قلة الصفائح	٢٥٩	التهاب الأوعية الشروي	٢٨٤
الفرغرية الصباغية المترقية	٢٥٩	الوذمة العرقية	٢٨٥
التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض		الوذمة العرقية الوراثية	٢٨٦
كتفاعل دوائي	٢٥٩	أرج سم التحل والزناير	٢٨٧
التفاعلات الدوائية الشبيهة بالحمامى العقدة	٢٦٠	إنقاص التحسس	٢٨٧
نخرة الكومارين النزفية	٢٦٠		
الطفوح الدوائية الثابتة	٢٦٠	١٢ . التهاب الجلد والإكزيمة	٢٨٩

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
التهاب الجلد الحاد التخرشي بالتهامس والإكزيمة المزمنة	٢٨٩	الأحمرية التوسفية	٣١٧
التخرشية التراكمية بالتهامس	٢٨٩	الإكزيمة المثية عند البالغين	٣١٧
التهاب الجلد الحاد التخرشي بالتهامس	٢٩١	الإكزيمة المثية (الدرهمية)	٣٢٠
الإكزيمة بالتهامس التخرشية التراكمية المزمنة	٢٩٢	التأثب والإكزيمة التأثبية	٣٢٢
النخالية البسيطة	٢٩٣	التأثب	٣٢٢
إكزيمة انعدام الزهم	٢٩٤	الأرج الطلعي	٣٢٤
الإكزيمة بالتهامس التخرشية التراكمية المزمنة	٢٩٥	الإكزيمة التأثبية	٣٢٤
أشكال خاصة	٢٩٥	التهاب الجلد والإكزيمة في مجموعات الأعمار والمهن المختلفة	٣٣٣
المدح	٢٩٥	التهاب الجلد والإكزيمة عند الرضع والأطفال	٣٣٣
الإكزيمة المذحية	٢٩٥	الإكزيمة التأثبية	٣٣٣
إكزيمة اليدين والقدمين التشققية والمفرطة التقرن	٢٩٦	الإكزيمة المثية	٣٣٣
التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتهامس والإكزيمة الأرجية المزمنة	٢٩٧	إكزيمة ما حول الفم	٣٣٣
بالتهامس	٣٠٦	الإكزيمة المثية (الدرهمية)	٣٣٣
التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهامس	٣٠٦	التهاب الجلد بالتهامس وإكزيمة القماس	٣٣٤
الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهامس	٣٠٨	التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهامس والإكزيمة	٣٣٤
إكزيمة خلل التعرق	٣٠٩	المزمنة الأرجية بالتهامس	٣٣٤
إكزيمة من شكل خلل التعرق الأرجية المزمنة	٣٠٩	التهاب الجلد التخرشي الحاد والإكزيمة	٣٣٤
الإكزيمة من شكل خلل التعرق الأرجية الدموية	٣٠٩	التخرشية التراكمية المزمنة	٣٣٤
المنشأ	٣٠٩	الجلطات الأرية الناجمة عن المراهم عند الرضع	٣٣٤
أشكال خاصة	٣٠٩	الجلاد الأنحصى الفتوي	٣٣٤
الارتكاسات الأرجية بالتهامس على الأغشية	٣٠٩	التهاب الجلد الاحتكاكي الحزازاني عند الأطفال	٣٣٥
المخاطية	٣١٠	المدح	٣٣٥
التهاب الجلد الأرجي بالتهامس دموي المنشأ	٣١٠	التهاب الجلد الحفاضي	٣٣٦
والإكزيمة الأرجية بالتهامس دموية المنشأ	٣١٠	الإكزيمة أو التهاب الجلد المهني	٣٣٧
سير التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهامس والإكزيمة المزمنة	٣١٠	الإكزيمة عند المسنين	٣٣٨
الأرجية بالتهامس	٣١٠	إكزيمة انعدام الزهم لدى المسنين	٣٣٨
معالجة التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهامس والإكزيمة	٣١٠		
المزمنة الأرجية بالتهامس	٣١٠	١٣ . الآفات الجلدية الناجمة عن أسباب فيزيائية	
الابتعاد والوقاية من المستأرجات بالتهامس	٣١٠	وكيميائية	٣٤٠
تنظيف الجلد	٣١٠	أذيات الجلد الآلية	٣٤٠
المعالجات الموضعية	٣١٠	فرط التصبغ	٣٤٠
شدة التبدلات الجلدية	٣١١	التنفط	٣٤٠
مكان توضع الآفات الجلدية	٣١١	فرط التقرن	٣٤٠
إفراز الغدد الزهمية	٣١٢	الأشنان	٣٤٠
معالجات خاصة	٣١٢	الثفن	٣٤٠
المعالجة الجهازية	٣١٤	العقب الأسود	٣٤١
المعالجة العامة	٣١٤	الحبيوم التشققي	٣٤١
الإكزيمة المثية	٣١٥	قرحة الاستلقاء (الناقبة)	٣٤٢
الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة	٣١٦	الاضطرابات الجلدية الناجمة عن الحرارة والبرودة	٣٤٢

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الحرق والسمط	٣٤٢	التفاعل الضوئي المستمر	٣٦٩
شكل خاص	٣٤٦	الأرج الضوئي بمحسسات غير معروفة	٣٧٠
الاضطرابات الجلدية الناجمة عن البرد	٣٤٦	الشرى الشمسي	٣٧٠
عضة الصقيع	٣٤٦	الاندفاع الضوئي متعدد الأشكال	٣٧١
الشرث	٣٤٧	الحصاف وقشي الشكل	٣٧٢
أشكال خاصة	٣٤٨		
التخرب الجلدي الناجم عن الكهرباء	٣٤٩	١٤ . أمراض الجلد الحمامية والحمامية الوصفية	٣٧٣
أذيات الصاعقة	٣٤٩	الحمامات	٣٧٣
التخربات الجلدية الناجمة عن المواد الكيميائية	٣٥٠	البيغ	٣٧٣
الكي الكيميائي	٣٥٠	احمرار الوجه	٣٧٣
الآفات الجلدية الناجمة عن الغازات السامة	٣٥١	الحمامي الوجهية الدائمة	٣٧٤
المواد السمية وتفاعلاتها الجلدية الموافقة	٣٥١	البيغ في متلازمة السرطاوي	٣٧٤
الأمراض الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة	٣٥٢	الحمامات الراحية والأخصية	٣٧٤
التهاب الجلد الإشعاعي الحاد والمزمن	٣٥٢	الحمامي الراحية والأخصية الوراثية	٣٧٤
التهاب الجلد الإشعاعي الحاد	٣٥٢	الحمامي الراحية والأخصية العرضية	٣٧٥
التهاب الجلد الإشعاعي المزمن	٣٥٢	الزرقاء المتناظرة على الأخصين	٣٧٥
الجلادات الضوئية	٣٥٣	الحمامي السمية في الوليد	٣٧٥
العوامل الفيزيائية	٣٥٣	الحمامي بخلل اللون الدائمة	٣٧٦
آليات ترميم الدنا	٣٥٥	الحمامات الشكلانية	٣٧٦
الحمامي وحرق الشمس	٣٥٥	الحمامي الحلقي النابذة	٣٧٦
أنماط الجلد	٣٥٦	الأشكال الخاصة	٣٧٧
التصنيف	٣٥٦	الحمامي الملتفة الزاحفة	٣٧٧
التزايد الضوئي	٣٥٧	الحمامي الملتفة الدائمة	٣٧٧
الأشنان الضوئية	٣٥٧	الحمامي الحلقي الرئوية	٣٧٧
منايع الإشعاع	٣٥٧	الحمامي الهاجرة النخرية	٣٧٨
إجراءات الاختبار	٣٥٨	الحمامي المرتفعة الدائمة	٣٧٨
التفاعلات الجلدية المحرشة بالضياء	٣٥٩	الحمامات العقيدية والحمامات عديدة الأشكال	٣٧٩
التفاعلات الحادة المحرشة بالضوء على جلد سوي ...	٣٦٠	الحمامي عديدة الأشكال	٣٧٩
التهاب الجلد الشمسي	٣٦٠	داء كاوازاكي	٣٨٢
التفاعلات المزمنة المحرشة بالضوء على جلد سوي ...	٣٦١	الحمامي العقدة	٣٨٣
التفاعلات المحرشة بالضوء على جلد مريض	٣٦١	الحمامات العقيدية	٣٨٥
جفاف الجلد المصطبغ	٣٦١	الجلاد العدل الحمي الحاد	٣٨٦
الجلادات الضوئية الثانوية الناجمة عن مواد خارجية		النخالية الوردية	٣٨٦
محسسة للضياء	٣٦٣	الأشكال الخاصة	٣٨٧
التهابات الجلد الضوئية السمية	٣٦٣	الصداف الشائع	٣٨٨
التهاب الجلد الفلادي	٣٦٥	الأشكال الخاصة	٣٩٦
التهاب الجلد الضوئي النبائي	٣٦٦	الأحمرية (احمرار الجلد) الصدفية	٣٩٦
الجلادات الأرجية الضوئية	٣٦٦	الصداف البكري	٣٩٦
الأرجية الضوئية الخماسية	٣٦٧	صداف اعتلال المفاصل	٣٩٧
الأرج الضوئي المجموعي (الدموي المنشأ) .	٣٦٩		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الانتفاء وعلاج الصدف	٣٩٨	انحلال البشرة الفقاعي البسيط ، نموذج أوغنا ...	٤٣٠
الانتفاء	٣٩٨	انحلال البشرة الفقاعي البسيط الحلقي الشكل ...	٤٣٠
المعالجة	٣٩٨	انحلال البشرة الفقاعي الميت	٤٣١
المعالجة الموضوعية	٣٩٨	انحلال البشرة الحلقي	٤٣١
المعالجة الجهازية	٤٠٣	انحلال البشرة الفقاعي الحلقي	٤٣١
النخالية الحمراء الشعرية	٤٠٦	انحلال البشرة الفقاعي الحلقي الموضوع	٤٣٣
زمرة نظائر الصدف	٤٠٨	انحلال البشرة الفقاعي الحطاطي الأبيض	٤٣٣
النخالية الحزازانية	٤٠٨	انحلال البشرة الفقاعي الحلقي مع نقص في السمع	٤٣٤
النخالية الحزازانية المزمنة	٤٠٨	انحلال البشرة الفقاعي الحلقي ، نموذج ديستس .	٤٣٤
النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة	٤٠٩	انحلال البشرة الفقاعي البقي أو نموذج أمستردام	٤٣٤
نظير الصدف اللويحي	٤١٠	انحلال البشرة الفقاعي وغياب الجلد الموضوع	
نظير الصدف اللويحي — النمط السليم صغير		الولادي	٤٣٤
اللويحات	٤١٠	انحلال البشرة اللاوراني	٤٣٥
نظير الصدف اللويحي — النمط الالتهابي كبير		انحلال البشرة الكسي	٤٣٥
اللويحات	٤١١	الأمراض الفقاعية	٤٣٥
نظير الصدف اللويحي — النمط المبكّل كبير		الفقاع الشائع	٤٣٦
اللويحات	٤١٢	أشكال خاصة ونادرة من الفقاع	٤٤٠
خطل القرن المتغير	٤١٢	الفقاع الحلقي الشكل	٤٤٠
الأحمرية (احمرار الجلد)	٤١٣	الفقاع المشبه بالحماقي الحلقي	٤٤٠
الأحمرية التي تعزى لتعمم الجلادات (الأحمرية		الفقاع المشبه بالمدح	٤٤١
الثانوية)	٤١٤	مشاركة الفقاع والفقاعي الفقاعي	٤٤١
الأحمرية في الأمراض الدموية ولقومات الجلد الخبيثة	٤١٥	الفقاع التنبّي	٤٤١
الأحمرية مجهولة السبب	٤١٥	الفقاع التنبّي ، نموذج نيومان	٤٤١
الحزاز المسطح	٤١٦	الفقاع التنبّي ، نموذج هالوبر	٤٤١
الطفوح الحزازانية	٤٢٠	الفقاع الورقي	٤٤٢
التهاب الجلد الحطاطي الفتوي	٤٢١	الفقاع الحماقي	٤٤٣
التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي	٤٢٢	الفقاع البرازيلي	٤٤٣
متلازمة الحطاطات الحويصلية على النهايات الطفلي	٤٢٣	الفقاع المزمن العائلي الحميد	٤٤٤
الحزاز المخطط	٤٢٣	جلاد انحلال الأشواك العابر	٤٤٥
الشواك الأسود	٤٢٤	الأمراض الفقاعية	٤٤٦
الشواك الأسود الكاذب	٤٢٦	الفقاعي الفقاعي	٤٤٦
الورام الحلقي — الشبكي والمتلاقي	٤٢٦	أشكال خاصة نادرة من الفقاعي الفقاعي	٤٤٨
الجلاد الحطاطي عند الزنوج	٤٢٧	الفقاعي الفقاعي الحماقي والوذمي	٤٤٨
		الفقاعي الفقاعي الحويصلي	٤٤٨
١٥ . الأمراض الحويصلية والفقاعية	٤٢٨	الفقاعي الفقاعي الموضوع	٤٤٨
انحلال البشرة الوراثي	٤٢٨	الفقاعي المشي	٤٤٨
انحلالات البشرة الوراثي غير الخثلية	٤٢٨	الفقاعي الفقاعي التنبّي	٤٤٨
انحلال البشرة الفقاعي الحلقي	٤٢٨	الفقاعي شكل خلل التعرق	٤٤٩
انحلال البشرة الفقاعي البسيط	٤٢٩	الفقاعي الفقاعي العقيدي	٤٤٩
انحلال البشرة الفقاعي في اليدين والقدمين	٤٣٠	الفقاعي الندي	٤٤٩

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
حالات خاصة نادرة من الفقاعاني الندبي	٤٥٠	السماك الصفاحي	٤٧٢
الفقاعاني الندبي الموضع	٤٥٠	متلازمة سوجرين - لارسون	٤٧٢
الفقاعاني الندبي المنتشر	٤٥٠	متلازمة رود	٤٧٣
الحلأ الحلي	٤٥٠	متلازمة ويتال	٤٧٣
التهاب الجلد الحلي الشكلي	٤٥٢	زمرة السمك القنفذي	٤٧٣
الجلاد خطي IgA	٤٥٤	احمرار الجلد السماكي الشكلي الولادي الفقاعي	٤٧٣
الأمراض الفقاعية المختلطة	٤٥٤	أدواء السمك المكتسبة (العرضية)	٤٧٤
الجلادات الفقاعية المزمنة عند الأطفال	٤٥٥	التقرانات الراحية والأحمصية	٤٧٤
الفقاع الشائع	٤٥٥	التقران الراجي الأحمصي المنتشر المحدد	٤٧٤
الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث / الفتوي	٤٥٥	التقران الراجي والأحمصي النافذ	٤٧٥
التهاب الجلد الحلي الشكلي عند الأحداث / الفتوي	٤٥٥	التقران الوراثي المترقي على الأطراف	٤٧٥
الجلاد IgA الخطي عند الأطفال	٤٥٦	التقران الراجي الأحمصي الخطاطي البقي	٤٧٥
الجلاد الفقاعي المزمن السليم عند الأطفال	٤٥٦	المرآتية القرنية في النهايات	٤٧٦
		أشكال نادرة من التقران الراجي الأحمصي	٤٧٦
١٦ . الأمراض البثرية	٤٥٨	متلازمات تتوافق بتقران راجي أحمصي	٤٧٦
بثر النهايات	٤٥٨	متلازمة بايلون - لوفيفر	٤٧٦
التهاب جلد النهايات المستمر للمقيح	٤٥٨	التقران الراجي الأحمصي الجادع	٤٧٦
البثر الراجي الأحمصي	٤٥٩	متلازمة ريشنر - هانهارت	٤٧٦
بثر الأطراف الطفلي	٤٦٠	التقران الراجي الأحمصي المترافق بسرطانة المري	٤٧٦
بثر الأطراف الحاد	٤٦١	التشخيص التفريقي للتقرانات الراحية الأحمصية	٤٧٧
جلاد الفروة البثري التآكلي	٤٦١	التقرانات الجريبية	٤٧٧
البثرات المعصمة	٤٦١	التقران الشعري	٤٧٧
الجلاد البثري تحت الطبقة المتقرنة	٤٦١	الحمامى التندبية محجية المنشأ	٤٧٧
القوباء الحلي الشكلي	٤٦٢	فرط التقرن الجربسي وحول الجربسي في الجلد الثاقب	٤٧٨
البثر الحاد المعصم	٤٦٣	التقران الجربسي	٤٧٨
البثر اليوزيني العميق	٤٦٤	التقرانات المحددة والتي لا تنحصر بالجربيات	٤٧٩
		تقران النهايات ثولولي الشكلي	٤٧٩
١٧ . التقرانات	٤٦٥	فرط التقرن العدسي الدائم	٤٨٠
البشرة	٤٦٥	تقران اللعوة وحي الشكلي	٤٨٠
التقران المنتشر	٤٦٨	التقران المسامي لميط	٤٨٠
التقران الوراثي	٤٦٨	متنوعات	٤٨٠
زمرة السمك الشائع	٤٦٨	التقران المسامي السطحي المنتشر السافع	٤٨١
السماك الشائع	٤٦٨	احمرار الجلد المتقرن الشكلي والتغير	٤٨١
السماك الصاغر الصبغوي X	٤٧٠	احمرار الجلد القرني المتناظر المترقي	٤٨٢
متلازمة ريفروم	٤٧١	احمرار الجلد الولادي والصمم	٤٨٢
زمرة السمك الولادي	٤٧١	السماك الخطي المتعطف	٤٨٢
السماك الولادي الوخيم	٤٧١	التقران الحزازاني المزمن	٤٨٣
السماك الولادي الخفيف الشدة والسماك			
الولادي المتأخر	٤٧٢	١٨ . أمراض النسيج الضام	٤٨٤
		مكونات النسيج الضام	٤٨٤

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
المتلازمات الوراثية	٤٨٥	المران اليريمي	٤٩٩
متلازمة أهلر — دانلوس	٤٨٥	الدخنية الغروانية	٤٩٩
الجلد الرخو	٤٨٦	الصفروم الكاذب المرن	٥٠٠
متلازمة أشر	٤٨٧	الصفروم الكاذب المرن الناجم عن التترات	٥٠١
متلازمة مارفان	٤٨٧	المران الثاقب الساعي	٥٠١
تكون العظم الناقص	٤٨٨	التهاب جلد الأطراف المزمن والمضمر	٥٠١
ضمورات الجلد	٤٨٨	ضمورات الجلد الثانوية الأخرى وتبكرات الجلد ...	٥٠١
ضمور الجلد الولادي	٤٨٩	تبكر الجلد الوعائي المضمر	٥٠١
شياخ الجلد وشياخ الأطراف	٤٨٩	الكلاج (الداء المغراوي) الناشط الثاقب	٥٠٢
شياخ الجلد الطفلي	٤٩٠	الحزاز التصليبي الضموري	٥٠٢
شياخ الأطراف (النهايات)	٤٨٩	تصلبات الجلد	٥٠٣
شياخ الجلد عند البالغين	٤٩٠	تصلب الجلد الموضع	٥٠٣
متلازمة كوكاين	٤٩٠	تصلب الجلد المجموعي المترقي	٥٠٥
تبكرات الجلد الولادية	٤٩٠	تصلبات الجلد الكاذبة	٥١٠
متلازمة روثوند	٤٩١	التهاب اللقافات الحمضي	٥١١
متلازمة طومسون	٤٩١	الوذمة الصلبة لدى البالغين	٥١١
خلل التقرن الولادي	٤٩١	الصلدمة عند الوليد	٥١٢
تبكر الجلد الولادي مع نقطات	٤٩٢	الذئب الحمامي	٥١٢
تبكر الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي ..	٤٩٢	الذئب الحمامي الجلدي	٥١٣
خلل تنسج الأديم الظاهر الولادي مع ساد ..	٤٩٢	الذئب الحمامي القرصي	٥١٣
نقص النسيج الأدمي البؤري	٤٩٣	الأشكال الخاصة	٥١٦
ضمورات الجلد المكتسبة	٤٩٤	الذئب الحمامي الجلدي تحت الحاد (SCLE) ..	٥١٦
ضمور الجلد الشيوخخي والسافع	٤٩٤	الذئب الحمامي المنتيج	٥١٦
ضمور الجلد بسبب السقاب ، والشد ، والضغط ..	٤٩٤	الذئب الحمامي الضخامي والعميق	٥١٦
ضمورات الجلد البقية	٤٩٥	الذئب الشرسي	٥١٦
ضمور الجلد العصبي المنشأ	٤٩٥	الذئب الحمامي المجموعي (SLE)	٥١٦
ضمورات الجلد الأخرى	٤٩٥	الذئب الحمامي الوليدي	٥٢٣
ضمور الوجه الشقي المترقي	٤٩٥	المتلازمة الشبيهة بالذئب الحمامي المجموعي	٥٢٣
ضمور الجلد الدوراني	٤٩٦	التهاب الجلد والعضل	٥٢٣
الخطوط المتباعدة (الفرز)	٤٩٦	داء النسيج الضام المختلط	٥٢٦
الخطوط الهاجرة	٤٩٧	أمراض النسيج الضام المؤثرة في الأيدي والأقدام والقضيب ..	٥٢٧
المران	٤٩٧	وسادات البراجم	٥٢٧
المران السافع	٤٩٧	وسادات البراجم الكاذبة (النمط الثفني)	٥٢٧
الجلد المعني على القفا	٤٩٨	وسادات المضغ	٥٢٨
المرنوم المنتشر	٤٩٨	ليفوم الأصابع المتعدد	٥٢٨
المران العقيدي مع كيسات وزؤان	٤٩٨	عقد هيردين	٥٢٨
الجلد الليموني	٤٩٨	تقفع الأصبغ لدويتران	٥٢٩
المرانوية التقرنية في النهايات	٤٩٨	الورام الليفي الراجي	٥٢٩
العقيدات المرانية لوترة الأذن	٤٩٩	داء القضيب الرأبي الجاسيء	٥٣٠
مران أشعة روتجن	٤٩٩		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
١٩ . شذوذات الجلد وتشوهات	٥٣١	الضمور الشحمي الموضع	٥٤٥
لا تنسج الجلد الولادي	٥٣١	الضمور الشحمي الموضع بعد حقن الستيرويدات	٥٤٥
متلازمة الأينوم الكاذب	٥٣٢	القشرية	٥٤٥
جلد الرأس المتلف	٥٣٢	الحثل الشحمي الأنسوليبي	٥٤٥
ثخن الجلد والسمحاق	٥٣٢	الضمور الشحمي الأولي	٥٤٥
الظفرة أو متلازمة الوتر	٥٣٤	الضمور الشحمي الموضع الالتهابي	٥٤٥
شذوذات الأذن	٥٣٤	الضمور الشحمي نصف الدائري	٥٤٥
النواسير الغلصمية والكيسات	٥٣٤	الضمور الشحمي الحلقي	٥٤٦
النواسير الأنفية	٥٣٤	الضمور الشحمي الالتهابي الموضع	٥٤٦
نواسير العنق وكيساته	٥٣٤	الحثل الشحمي الجزئي	٥٤٦
الحلمات الإضافية	٥٣٥	الحثل الشحمي النابت البطني عند الوليد	٥٤٦
العقيدات المحدثة بالضغط	٥٣٥	الحثل الشحمي المتري	٥٤٧
٢٠ . الداء الالتهابي في الغضروف	٥٣٧	متلازمة سيب - لورنس	٥٤٧
الأذن القنيطية	٥٣٧	متلازمة الودمة الشحمية المؤلمة	٥٤٧
التهاب جلد وغضروف جدار الأذن العقيدي المزمن	٥٣٧	التهاب الحلل	٥٤٨
التهاب الغضاريف العديد الناكس	٥٣٧	٢٢ . أمراض الأوعية الدموية	٥٤٩
٢١ . أمراض النسيج الشحمي	٥٣٩	الأوعية المغذية للجلد	٥٤٩
متلازمة بفيفر - وير - كريستيان	٥٣٩	توسع الشعريات	٥٤٩
متلازمة روثمان - ماكاي	٥٤١	التوسعات الشعيرية الأولية	٥٤٩
التهاب السبلة الشحمية الفيزيائية والدوائية	٥٤١	الوامة متوسعة الشعريات	٥٤٩
التهاب السبلة الشحمية بالبرد (القري)	٥٤١	متلازمة بلوم	٥٤٩
التهاب السبلة الشحمية الرضحي	٥٤١	توسع الشعريات الأساسي	٥٥٠
التهاب السبلة الشحمية بالسيلكون والبارافين	٥٤٢	الرخ بتوسع الشعريات	٥٥٠
التهاب السبلة الشحمية الدوائي	٥٤٢	المتلازمات الأخرى المترافقة بتوسع شعريات أولي	٥٥٠
التهاب السبلة الشحمية المفتعل	٥٤٢	توسع الشعريات الثانوي	٥٥١
التهابات السبلة الشحمية الاستقلابية	٥٤٢	الاحمرار بين الجريبات على العنق	٥٥١
أمراض النسيج الشحمي عند الوليد	٥٤٢	توسع الأوردة	٥٥١
النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد	٥٤٢	الاعتلالات الوعائية الوظيفية	٥٥١
صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد	٥٤٣	زراق الأطراف	٥٥١
التهاب السبلة الشحمية مع اضطرابات المعشكلة	٥٤٣	الجلد المرمرى	٥٥٢
التهاب السبلة الشحمية بموز مضاد الترسين -	٥٤٣	التشنج الوعائي في الوضع الكاذب	٥٥٣
ألفا ١	٥٤٤	الترق الشبكي والحروري	٥٥٣
التهاب السبلة الشحمية مع التهاب الأوعية	٥٤٤	الجلد المرمرى متوسع الشعريات الولادي	٥٥٣
أمراض النسيج الضام مع التهاب السبلة الشحمية	٥٤٤	زراق الساق الاحمراري	٥٥٣
التهاب السبلة الشحمية الذاتي	٥٤٤	احمرار الأطراف المؤلم	٥٥٤
التهاب السبلة الشحمية للانسج الضام	٥٤٤	متلازمة القدم الحارقة	٥٥٤
الضمور الشحمي والحثل الشحمي	٥٤٥	متلازمة تملل الرجلين	٥٥٥
		متلازمة رينو وداء رينو	٥٥٥
		تموت الأصابع	٥٥٦

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
وجع النهايات	٥٥٧	الشكل الخاص : داء موندور	٥٧٧
الصدمات في الجلد	٥٥٧	الدوالي والقصور الوريدي المزمن في الساقين	٥٧٧
الاعتلال الوعائي الالتهابي	٥٥٨	الدوالي	٥٧٧
التهاب الشرايين العقد	٥٥٨	القصور الوريدي المزمن في الساقين وعواقبه	٥٧٩
التهاب الشرايين العقد الجلدي	٥٥٩	الضمور الأبيض الوريدي	٥٨٠
الورام الحبيبي لفاغنر	٥٥٩	التهاب جلد النهايات الوعائي	٥٨٠
الورام الحبيبي الأرجي	٥٦٠	قرحة الركودة الوريدية	٥٨١
الحبيوم النخري الجلدي خارج الأوعية	٥٦٠	استقصاءات الوظيفة الوريدية	٥٨٢
التهاب الشريان الأبهر	٥٦١	المعالجة في القصور الوريدي المزمن	٥٨٣
التهاب الشريان الصدغي	٥٦١	العصائب الضاغطة	٥٨٣
التهاب الأوعية الحبيومي	٥٦٢	المعالجة المصلية والمعالجة الجراحية في الدوالي	٥٨٥
الورام الحبيبي اللعفاني	٥٦٣	المعالجة الصلبة	٥٨٥
التهاب الأوعية الأرجي	٥٦٣	المعالجة الجراحية	٥٨٧
تقيح الجلد المواتي	٥٦٥	معالجة قرحة الركودة الدالية	٥٨٨
شكل خاص من موات الجلد : موات الجلد المترقي			
عقب العمليات	٥٦٦		
التزرق الشبكي	٥٦٦		
شكل خاص من التزرق الشبكي : متلازمة			
سيندون	٥٦٦		
التهاب الأوعية التزرق	٥٦٧		
قرحات الساق بفقرط التوتر	٥٦٨		
أمراض الشرايين المسددة المزمنة	٥٦٨		
المراحل السريرية	٥٦٨		
الاستقصاءات	٥٦٨		
المعاينة	٥٦٨		
الجنس	٥٦٩		
الإصغاء (التسمع)	٥٦٩		
الاختبارات الوظيفية	٥٦٩		
طرق التشخيص	٥٧٠		
الموجودات المجموعية	٥٧٠		
التصلب الشرياني المسد	٥٧٠		
موات الجلد السطحي الهاجر	٥٧١		
الاعتلال الوعائي السكري	٥٧٢		
الالتهاب الوعائي الخثاري المسد	٥٧٢		
الحطاط الضموري الخبيث	٥٧٣		
أمراض الأوردة	٥٧٤		
التهاب الوريد الخثاري	٥٧٤		
الخثار الوريدي	٥٧٥		
التهاب الوريد الخثاري الهاجر الراجع	٥٧٦		
التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل	٥٧٧		
٢٣ . الاضطرابات النزفية	٥٩٠		
اضطرابات النزف المتعلقة بالصفائح	٥٩١		
قلة الصفائح	٥٩١		
قلة الصفائح الوراثي	٥٩١		
متلازمة ويسكوت ألدريش	٥٩١		
فقر دم فانكوبي	٥٩٢		
قلة الصفائح المكتسب	٥٩٢		
عيب الإنتاج	٥٩٢		
عيب النضج	٥٩٢		
قلة الصفائح التوائ	٥٩٢		
فرقرية قلة الصفائح الأساسية (المناعية أو			
المناعية الذاتية)	٥٩٣		
فرقرية قلة الصفائح الخثارية	٥٩٤		
اضطرابات التوزع أو التخفيف	٥٩٤		
قلة الصفائح الكاذب	٥٩٥		
كثرة الصفائح	٥٩٥		
خلل الصفائح الكيفي	٥٩٥		
وهن الصفائح	٥٩٥		
متلازمة فون ويللي براند - جورجينز	٥٩٥		
اضطرابات وظيفة الصفائح المكتسبة	٥٩٦		
اضطرابات التخثر	٥٩٦		
التخثر داخل الأوعية المنتثر	٥٩٦		
اضطرابات التخثر الأخرى	٥٩٧		
عوز الفيتامين ك	٥٩٨		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الأهبة النزفية عند حديثي الولادة	٥٩٨	٢٥ . أدواء الجلد العصبية والنفسية المنشأ	٦١١
فرقرية فرط غلوبولينات الدم	٥٩٨	الحكة	٦١١
متلازمة وترهاوس - فريديريكسن	٥٩٨	الحكة الناجمة عن الآفات الجلدية	٦١٢
تحسيس الكريات الحمر الذاتية	٥٩٩	الحكة غير المترافقة بمرض جلدي	٦١٣
اضطرابات الإرقاء الوعائية	٥٩٩	الحكة البسيطة	٦١٣
البع	٥٩٩	الحكاك	٦١٤
البع الطفولي	٦٠٠	الحكاك الحاد في الطفولة	٦١٤
متلازمة كاسباخ - ميريت	٦٠٠	الحكاك تحت الحاد	٦١٥
الفرقرية الشبخية	٦٠٠	العد الشروي	٦١٧
الفرقرية الانتصابية	٦٠٠	الحكاك المزمن	٦١٧
دميوم الإصبع الاتياني	٦٠١	الحكاك العقيدي لهايدي	٦١٨
النزوف الصناعية أو المفتعلة	٦٠١	الحزاز البسيط المزمن	٦١٩
الجلاد الصباغي - النزفي	٦٠١	التحزز العملاق	٦٢٠
الفرقرية الحلقية بتوسع الشعيرات	٦٠١	التهاب الجلد العصبي التؤلولي	٦٢٠
الفرقرية المصبغة المترقية	٦٠١	الآفات المفتعلة	٦٢١
التهاب الجلد الحزازاني الفرقي والمصبغ	٦٠٢	التهاب الجلد المفتعل	٦٢١
الفرقرية الشبيهة بالإكزيما تيد	٦٠٢	الوذمة اللمفية المفتعلة	٦٢٢
معالجة الجلادات الصباغية - النزفية	٦٠٣	توهم داء الطفيليات	٦٢٢
الحزاز الذهبي	٦٠٣	التقرحات التغذوية العصبية أو التبيجية	٦٢٣
الفرقرية الناجمة عن اعتلالات الأوعية الأرجية	٦٠٣	التقرح التغذوي العصبي في متلازمة ثلاثي التوائم	
الفرقرية الرئوية	٦٠٤	التغذية	٦٢٤
ظاهرة النزف الوعائي العرضي في الجلد	٦٠٥	ضمور الجلد العصبي المنشأ	٦٢٤
أمراض الانصمام الحثاري	٦٠٥	اعتلال النهايات التقرحي الجادع العائلي	٦٢٤
		اعتلال النهايات التقرحي الجادع اللا عائلي	٦٢٥
٢٤ . أمراض الأوعية اللمفية	٦٠٦		
الوذمة اللمفية البدئية	٦٠٦	٢٦ . اضطرابات تصبغ الملاين	٦٢٧
الوذمة اللمفية البدئية الوراثية	٦٠٦	المظاهر النبوية والوظيفية لتكون الملاين	٦٢٧
الوذمة اللمفية ، نمط نون - ميلروي	٦٠٦	الخلايا الملاينية	٦٢٧
الوذمة اللمفية ، نمط ميج	٦٠٦	الخصائص الشكلية لتكون الملاين	٦٢٧
متلازمة أولريخ - تورنر	٦٠٧	الكيمياء الحيوية لتكون الملاين	٦٢٨
الوذمة اللمفية البدئية غير الوراثية	٦٠٧	الجسيمات الملاينية في الخلايا المقرنة	٦٢٨
الوذمة اللمفية الولادية الأساسية	٦٠٧	التسفع (الدَّبَع)	٦٢٨
الوذمة اللمفية الغامضة غير الوراثية وغير الولادية	٦٠٧	تأثير الغدد الصم	٦٢٩
الوذمة اللمفية الثانوية	٦٠٧	اضطرابات تكون الملاين	٦٢٩
التهاب الأوعية اللمفية الحاد	٦٠٧	فرط التصبغ المحدد	٦٢٩
داء الفيل	٦٠٨	الشمس	٦٢٩
داء الفيل المداري	٦٠٨	متلازمة بوتز - جيكروز	٦٣٠
داء الفيل الفطري الملون	٦٠٨	البقع الشبيهة بالشمس في الإبط في الورام الليفي العصبي	
داء الفيل البلدي	٦٠٩	المعم	٦٣٠
الوذمة اللمفية المفتعلة	٦١٠		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
متلازمة أليرايت	٦٣٠	زوال الصباغ في الأمراض الجلدية	٦٤٧
الكلف	٦٣٠	٢٧ . خلل التصبغ	٦٤٩
فرط التصبغ حول العين	٦٣١	خلل التصبغ الداخلي المنشأ	٦٤٩
ملان ريل	٦٣١	الداء الميموسيدريتي	٦٤٩
التهاب الجلد الملاني الإنسمامي	٦٣٢	الفرغية الصفراء المغربية	٦٤٩
تبكل الجلد لصفات	٦٣٢	تسرب الدم	٦٤٩
ملان حول الفم	٦٣٢	الأصبغة الصفراوية	٦٤٩
داء الشامات	٦٣٢	متلازمة الطفل البرونزي	٦٤٩
شامات منتصف الوجه	٦٣٣	الكاروتينيمية	٦٤٩
داء الشامات الطفحي	٦٣٣	المفرانية	٦٥٠
متلازمة ليوبارد	٦٣٣	خلل التصبغ خارجي المنشأ	٦٥٠
الشامات الناجمة عن البوقا وفرط التصبغ الشبيه		المفرانية خارجية المنشأ	٦٥٠
بالوحة البقعية	٦٣٣	الكيناكرين	٦٥١
داء الشامات الغزيرة حول الأعضاء التناسلية وفي		الوشم	٦٥١
الإيطلين	٦٣٣	الوشم التزييني	٦٥١
الشامات الشيخية	٦٣٣	الوشم غير المقصود	٦٥٢
سلس الصباغ	٦٣٤	٢٨ . أمراض الجربيات الزهمية	٦٥٣
سلس الصباغ الناصل (اللا صباغي)	٦٣٥	المقدمة	٦٥٣
فرط التصبغ الثانوي	٦٣٥	توقف إفراز الزهم (انعدام الزهم)	٦٥٤
الحمامي الدائمة بخلل اللون	٦٣٦	المث	٦٥٤
التصبغ البقعي الطفحي الغامض	٦٣٦	العد	٦٥٥
الملان الزرنيخي	٦٣٧	العد الشائع	٦٥٥
فرط التصبغ المنتشر	٦٣٧	الآفات العدية	٦٥٧
الملان المنتشر الولادي	٦٣٨	الآفات العدية البدئية غير الانتهاية	٦٥٧
انعدام الملان ونقصه	٦٣٨	الآفات العدية الثانوية الانتهاية	٦٥٨
بيلة الفينيل كيتون	٦٣٨	التندبات التي تحدث عقب الالتهاب	٦٥٨
المهق	٦٣٩	أشكال العد	٦٥٨
متلازمة شدياق - هيكاشي	٦٣٩	العد الزؤاني	٦٥٨
المهق العيني الجلدي	٦٤٠	العد البكري الخطاطي	٦٥٨
المهق العيني	٦٤٠	العد المكب	٦٥٩
المهق الجزئي	٦٤٠	الأشكال الخاصة	٦٥٩
متلازمة وولف - دولوفيتز - الدوس	٦٤٠	العد المقلوب	٦٥٩
متلازمة كلين - واردنبرغ	٦٤٠	العد الخاطف	٦٦٠
متلازمة تينز	٦٤٠	العد الآلي	٦٦٠
زوال الصباغ	٦٤٠	العد القمسي أو السمي	٦٦٠
الباق	٦٤٣	عد المزوقات	٦٦٠
متلازمة فوك - كويانايجي	٦٤٦	عد المراهم	٦٦١
الوحة الهالية	٦٤٦		
نقص الملان النقطي الغامض	٦٤٦		
زوال الصباغ الكيمياوي	٦٤٧		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
عد الزيت ، القطران ، القار	٦٦١	٣١ . آفات الأشعار	٦٨٥
الزؤان التالي لإشعاعات مؤنية	٦٦١	تطور الأشعار ، نموها ونبيتها	٦٨٥
العد التسحجي عند الفتيات الشابات	٦٦١	تطور الجريب ونموه	٦٨٥
العد ما قبل الطمث	٦٦١	شكلياء الأشعار وكيمياؤها	٦٨٥
عد الوليد	٦٦٢	تأثير الهرمونات على الأشعار	٦٨٦
معالجة العد	٦٦٢	دورة الأشعار	٦٨٦
الطرائق العلاجية المتتعة	٦٦٦	مخطط الأشعار (حالة جنور الأشعار)	٦٨٧
الطفوح عدية الشكل	٦٦٦	تبدلات سقية الأشعار	٦٨٧
عد مالوركا	٦٦٧	تأذي الأشعار من منشأ خارجي	٦٨٧
العد اليودي والبروميدي	٦٦٧	التبدلات في شكل الأشعار	٦٨٧
الجلاد اليودي والجلاد البرومي	٦٦٧	تشخيص التبدلات في سقية الأشعار	٦٨٨
الشعر الشوكي الثابت	٦٦٧	مظاهر سريرية مختلفة	٦٨٨
العد الوردى	٦٦٨	تقصف الأشعار العقد	٦٨٨
الآفات الشبيهة بالعد الوردى	٦٧١	تقصف الأشعار المنغلف	٦٨٨
داء الدويديات	٦٧١	تعقد الأشعار	٦٨٩
الجلاد الشبيه بالعد الوردى العائلي مع ظهارومات ضمن		الشعر الحلقي	٦٨٩
البشرة ، ولويحات قرنية ، وندبات	٦٧٢	الشعر المنفتل (الشعر المتسوي)	٦٨٩
التهاب جلد ما حول الفم	٦٧٢	الشعر المنفتل (المتسوي) مع عوز النحاس	٦٨٩
		متلازمة الشعر غير القابل للتمشيط	٦٨٩
٢٩ . أدواء الغدد العرقية المفترزة	٦٧٥	الشعر السبحي	٦٩٠
داء فوكس — فوردايس	٦٧٥	الشعر الصوفي	٦٩٠
العد المقلوب	٦٧٦	وحمة الشعر الصوفي	٦٩٠
الصنن	٦٧٦	الأشعار الراجعة	٦٩٠
تلون التعرق	٦٧٦	الأشعار الملتفة	٦٩٠
		شنوذات سقية الشعرة في الاضطرابات	
٣٠ . أمراض الغدد العرقية الناتجة	٦٧٨	الاستقلالية	٦٩٠
فرط التعرق	٦٧٨	تبدلات لون الشعر	٦٩١
فرط التعرق العرضي	٦٧٨	تغير الألوان	٦٩١
فرط التعرق الحقيقي	٦٧٨	المهق	٦٩١
فرط التعرق النوبي	٦٨١	الشيب المبكر الموضع	٦٩١
حباب الأنف الأحمر	٦٨١	الشيب	٦٩١
خلل التعرق	٦٨١	تبدلات لون الأشعار من منشأ خارجي	٦٩٢
ققعان اليدين وققعان القدمين	٦٨٢	شنوذات نمو الأشعار	٦٩٢
خلل التعرق الصفاحي الجاف	٦٨٢	فرط الأشعار	٦٩٢
نقص التعرق	٦٨٣	الذئب (الشعرانية)	٦٩٣
اللا عرقية	٦٨٣	الحاصة	٦٩٥
اللا عرقية مع نقص الأشعار	٦٨٣	الحاصة من التمثط المتأخر	٦٩٥
الدخنيات	٦٨٣	الحاصة من التمثط الفوري (العاجل)	٦٩٦
الدخنية البلورية	٦٨٣	الحاصات الدائمة	٦٩٦
الدخنية الحمراء والدخنية العميقة	٦٨٤	الحاصة الولادية ونقص الأشعار	٦٩٦

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
المَرَط (فقدان الأشعار)	٦٩٦	تقرع الأظفار	٧١٢
الحاصة الثلثية الولاية	٦٩٧	الأظفار بشكل زجاجة الساعة والأصابع بشكل مضرب	٧١٢
خفة الأشعار	٦٩٧	الطبل	٧١٢
الحاصة الندية	٦٩٧	الأظفار بشكل قمع الخياطة	٧١٢
الحاصة الضمورية	٦٩٧	متلازمة الأظفار الملقطة	٧١٢
الثعلبة الكاذبة	٦٩٨	حثل الأظفار الناصفي النفقي الشكل	٧١٣
الحاصة الميعة	٦٩٩	تبدلات الصباغ والتلون	٧١٣
الحاصات بسبب الضغط والشد	٦٩٩	الظفر المتناصف الاصعطي	٧١٣
الحاصة الذكرية الأندروجينية	٦٩٩	متفرقات	٧١٣
الحاصة الأنثوية الأندروجينية	٧٠١	تبدلات الأظفار الولادية	٧١٤
الحاصات المؤقتة	٧٠٢	تبدلات الأظفار المعزولة	٧١٤
الحاصة المؤقتة المنتشرة	٧٠٢	الإصبع الإضافي	٧١٤
الحاصة المؤقتة المحوطة	٧٠٤	الأظفار بشكل المضرب	٧١٤
الأنماط الفيزيائية للحاصات	٧٠٤	عيوب الأظفار في الآفات الوراثية	٧١٤
الحاصة الانضغاطية الطفلية	٧٠٤	ثدن الأديم الظاهر	٧١٤
هوس تنف الأشعار	٧٠٤	ثخن الأظفار الولادي	٧١٤
هوس قطع الأشعار	٧٠٤	متلازمة الظفر - الرضفة	٧١٥
الحاصة المحوطة عقب الحمجية	٧٠٤	الظفرة الظفرية المتقلبة	٧١٥
الحاصة المحوطة الانتهاية	٧٠٤	تبدلات الأظفار في الآفات الجلدية	٧١٦
الحاصة البقية (الثعلبة)	٧٠٥	تبدلات الأظفار في الأمراض العامة	٧١٧
٣٢ . آفات الأظفار	٧٠٨	تبدلات الأظفار المكتسبة	٧١٧
لمحة تشريحية فيزيولوجية	٧٠٨	الظفر الناشب	٧١٨
آفات الصفيحة الظفرية	٧٠٨	متلازمة الظفر الناشب في الأجنس الكبير	٧١٨
انشقاق الظفر	٧٠٨	العرن تحت الظفر	٧١٨
هشاشة الأظفار	٧٠٩	الأورام تحت الأظفار	٧١٨
انفكاك الأظفار	٧٠٩	٣٣ . أمراض الشفتين وجوف الفم	٧٢٠
قضم الأظفار	٧٠٩	الأمراض الجلدية التي يكثر حدوثها في الشفتين وجوف الفم	٧٢٠
سقوط الأظفار	٧٠٩	الأمراض الشفتين	٧٢٠
حثل الأظفار	٧٠٩	الغدد الزهمية المتبذرة	٧٢٠
الوبش (ابيضاض الأظفار)	٧١٠	الناسور الولادي للشفة السفلى	٧٢١
شرائط موهرك	٧١٠	الكيسة المخاطية الرضحية والحبيوم المخاطي	٧٢١
انعقاد الأظفار	٧١٠	الكيسات الظهارية الحقيقية	٧٢١
غلظ الأظفار	٧١١	التهاب الشفة الزاوي	٧٢١
ضمور الأظفار	٧١١	التهاب الشفتين	٧٢٢
خشونة الأظفار	٧١١	التهاب الشفتين البسيط	٧٢٢
حثل ظفر الأجنس الأول لدى الأطفال	٧١١	التهاب الشفتين السافع (الشمسي)	٧٢٢
سأف الأظفار	٧١١	التهاب الشفة الساجح مقدمة السرطاني	٧٢٣
الظفر الحرفي	٧١١	الأشكال الغدية لالتهابات الشفتين	٧٢٣
الأظفار المسطحة	٧١١		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
التهاب الشفتين الغدي البسيط	٧٢٣	الذباح الجولي والجريبي	٧٣٥
التهاب الشفتين الغدي الخراجي	٧٢٣	الذباح الخنثائي	٧٣٦
التهاب الشفة الحبيومي	٧٢٣	الذباح التقرحي الغشائي	٧٣٦
متلازمة ملكرسون - روزنتال	٧٢٤	ذباح ندرة المحبيات	٧٣٦
أمراض اللسان	٧٢٤	كثرة الوحيدات الخمجية	٧٣٧
اللوزات اللسانية غيرية الموضع	٧٢٤		
دوالي اللسان	٧٢٥	٣٤. أدواء الحشفة والقلقة	٧٣٩
اللسان المتشقق	٧٢٥	الفيزيولوجيا	٧٣٩
اللسان الجغرافي	٧٢٥	الشفوذات الولادية	٧٣٩
التهاب اللسان المعيني المتوسط	٧٢٦	الغد الزهمية المغايرة الموضع	٧٣٩
طلوان الفم المشعر	٧٢٦	حليمان الحوق (إكليل الحشفة)	٧٣٩
التهاب اللسان لمولر - هتر	٧٢٧	التهاب الأوعية اللمفية للثلم الإكليلي	٧٤٠
ضخامة اللسان	٧٢٧	التهاب الوريد للثلم الإكليلي	٧٤٠
ألم اللسان البسيط	٧٢٧	تضيقات القلفة	٧٤١
أمراض اللثة	٧٢٨	تضييق القلفة الفيزيولوجي	٧٤١
التهاب اللثة مفرط التنسج	٧٢٨	تضييق القلفة الولادي	٧٤١
أشكال أخرى لالتهابات اللثة	٧٢٨	تضييق القلفة المكتسب	٧٤١
متلازمات نادرة مترافقة بإصابة لثوية	٧٢٩	الجُلاع (تضيق القلفة الخلقي)	٧٤٢
آفات الأغشية المخاطية للخدين والحنك	٧٢٩	التهابات الحشفة والتهاب الحشفة والقلقة	٧٤٣
المصة الشفوية	٧٢٩	التهاب الحشفة والقلقة الحاد	٧٤٣
قرحة الفم العصابية	٧٢٩	التهاب الحشفة والقلقة التماسي الأرجي الحاد	٧٤٣
التقران الأبيض النيكوتيني الحنكي	٧٢٩	التهاب الحشفة والقلقة الخمجى الحاد	٧٤٣
أمراض أخرى تصيب الغشاء المخاطي الفموي	٧٣٠	التهاب الحشفة التقرحي	٧٤٤
طلوان الأغشية المخاطية للفم	٧٣٠	التهاب الحشفة المواتي الأمكال	٧٤٤
الطلوان بمعناه الواسع	٧٣٠	التهاب الحشفة والقلقة المزمن	٧٤٤
الوحمه الإسفنجية البيضاء	٧٣٠	التهاب الحشفة والقلقة السكري	٧٤٤
متلازمة كاودن	٧٣٠	التهاب الحشفة والقلقة بالمبيضات	٧٤٤
فرط تصبغ مخاطية الفم	٧٣١	التهاب الحشفة التآكلي المتحلق	٧٤٥
التهابات الفم والتهابات اللثة	٧٣١	التهاب الحشفة والقلقة المزمن المحدد السليم بالخلايا	
التهابات الفم واللثة الحاد	٧٣١	المصورية	٧٤٦
التهابات الفم التقرحية	٧٣٢	التهاب الحشفة التقرحي والظهارومي الكاذب ...	٧٤٦
التهاب الفم المواتي أو آكلة الفم	٧٣٢	التهاب الحشفة الجاف المسد	٧٤٧
متلازمة سجوغرغرن	٧٣٢	لطم القضيبي	٧٤٧
الأمراض القلاعية	٧٣٣	الحطاط البوفناني التناسلي	٧٤٧
القلاع الوحيد	٧٣٣	الموات الحاد لأعضاء التناسل عند الذكر	٧٤٨
قلاع بدنا	٧٣٣	النخر بالديكوالنيوم والكلوركينالدول	٧٤٨
القلاع المزمن الراجع	٧٣٣	إرشادات عامة لتشخيص أدواء الحيز القلبي الأخرى ...	٧٤٩
داء بهجت	٧٣٤		
الذباحات	٧٣٥	٣٥. اضطرابات أعضاء التناسل الظاهرة عند الأنثى	٧٥٠
الذباح النزلي	٧٣٥	الاضطرابات الولادية	٧٥٠

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الغدد الزهمية المغايرة التوضع	٧٥٠	٣٧ . الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات	
التهاب الفرج والمهبل	٧٥٠	استقلاب الشحم	٧٦٣
التهاب الفرج والمهبل عند البالغات	٧٥٠	الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات استقلاب	
التهاب الفرج والمهبل عند القاصرات	٧٥١	الشحم المجموعية	٧٦٣
التهاب الفرج والمهبل السكري	٧٥٢	الصفرومات	٧٦٥
التجيج المهبلي	٧٥٢	فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية العائلية	٧٦٧
التجيج المهبل الناجم عن السيلان	٧٥٢	فرط بروتينات الدم الشحمية ، النمط الأول	٧٦٧
التجيج المهبل الناجم عن الغاردينرييلة المهبلية	٧٥٢	فرط بروتينات الدم الشحمية ، النمط الثاني (أ) ...	٧٦٧
التجيج المهبل الناجم عن الخمج بالمشعرات	٧٥٢	فرط بروتينات الدم الشحمية ، النمط الثاني (ب) .	٧٦٨
التجيج المهبل الناجم عن المبيضات البيض	٧٥٣	فرط بروتينات الدم الشحمية ، النمط الثالث	٧٦٨
التجيج المهبل الناجم عن الأخماج الجرثومية		فرط بروتينات الدم الشحمية ، النمط الرابع	٧٦٩
الأخرى	٧٥٣	فرط بروتينات الدم الشحمية ، النمط الخامس	٧٧٠
التهاب الفرج المحدد الزمن السليم بالخلايا المصورية	٧٥٤	فرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية أو المكتسبة	٧٧٠
اضطرابات فرجية أخرى	٧٥٤	الصفروم المنتشر مع داء سكري قه / البواله التفهه	٧٧٢
قرحة الفرج الحادة	٧٥٤	الصفروم الخطاطي	٧٧٣
الحثول الفرجية	٧٥٦	الصفروم ثولولي الشكل	٧٧٣
لطم الفرج	٧٥٦	الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات استقلاب	
ضمور الفرج الأولي	٧٥٦	الشحم المحلية	٧٧٣
ضمور الفرج الشيخوخي	٧٥٧	اللويحات الصفراء الجفنية	٧٧٣
الحزاز التصليبي والضموري على الفرج	٧٥٧	الصفروم المسطح المنتشر	٧٧٤
إكزيمة الفرج	٧٥٧	حييوم أصفر الليل الفيزيولوجي	٧٧٤
التشخيص التفريقي للاضطرابات التي يمكن أن تصيب			
الفرج	٧٥٧		
الانتباز البطاني الرحمي	٧٥٨		
		٣٨ . أدواء اختزان الشحوم المجموعية	٧٧٦
		متلازمة رفزم	٧٧٦
		داء تنجير	٧٧٦
		الشحام السفنغولي	٧٧٧
		التقران الوعائي الجسدي المنتشر	٧٧٧
		داء غوشيه	٧٧٩
		داء نيمان — بيك	٧٨٠
		الورام الحبيبي الشحمي المنتشر	٧٨٠
		متلازمة شدياق — هيفاشي	٧٨١
		٣٩ . الأدواء الجلدية الناجمة عن اضطراب استقلاب	
		الحموض الأمينية	٧٨٢
		بيلة الفينيل كيتون	٧٨٢
		متلازمة هارتنب	٧٨٢
		البيلة الألكايتونية مع المغرانية	٧٨٣
		متلازمة حمض الأرجينينوسوكسينيك	٧٨٤
٣٦ . الأمراض الجلدية في الحمل	٧٥٩		
التبدلات الفيزيولوجية	٧٥٩		
اعتبارات في معالجة الأمراض الجلدية في الحمل	٧٥٩		
الاضطرابات الجلدية غير النوعية في الحمل	٧٥٩		
الاضطرابات الجلدية النوعية في الحمل	٧٥٩		
الحكة الحملية	٧٥٩		
الحلأ الحمل	٧٦٠		
القوباء المحلية الشكل	٧٦٠		
التهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي في الحمل .	٧٦٠		
الحكاك الحمل	٧٦١		
اللويحات والخطاطات الشروية الحاككة في الحمل	٧٦١		
التهاب الجلد الخطاطي في الحمل	٧٦١		
الحمامى العقدة الحملية	٧٦٢		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
البيلة الموموسستينية	٧٨٥	الحزاز الوذمي المخاطي	٨٠٥
بيلة الترميتيل أمين	٧٨٥	الوذمة المخاطية التصليية	٨٠٥
٤٠ . الاعتلالات الغامية (الاعتلالات الغلوبينية) .	٧٨٦	الداء الموسيني الشبكي الحمامي	٨٠٧
اعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة	٧٨٧	الداء الموسيني الجلدي الشبيه باللويمحات	٨٠٨
وجود الغلوبلين الكبرى في الدم	٧٨٧	الداء الموسيني الظهاري	٨٠٨
اعتلالات غامية وحيدة النسيلة أخرى	٧٨٧	الداء الموسيني الجرمي	٨٠٨
اعتلالات الغامية العديدة النسائل	٧٨٨	٤٤ . اليرفريات	٨١٠
فرقية فرط غلوبينات الدم	٧٨٩	الكيمياء الحيوية ، التصنيف ، والتشخيص	٨١٠
وجود الغلوبينات القرية في الدم	٧٨٩	اليرفريات المكونة للحم	٨١١
٤١ . الأدوية النشوانية	٧٩١	اليرفوية المكونة للحم الولادية	٨١١
الكيمياء الحيوية والأمراض	٧٩١	البروتويرفوية المكونة للحم	٨١٣
الأدواء النشوانية المجموعية	٧٩٢	اليرفريات الكبدية	٨١٥
الداء النشواني المجموعي الأساسي	٧٩٢	اليرفوية المنقطعة الحادة	٨١٥
الداء النشواني المجموعي الثانوي	٧٩٤	اليرفوية المتقلبة	٨١٦
الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة	٧٩٤	اليرفوية الجلدية الآجلة	٨١٧
الحزاز النشواني	٧٩٤	الكبرويرفوية الوراثية	٨٢٠
الداء النشواني الجلدي العقيدي الضموري	٧٩٤	اليرفريات المكونة للحم الكبدية	٨٢٠
الداء النشواني الجلدي البقعي	٧٩٤	اليرفوية المكونة للحم الكبدية	٨٢٠
الداء النشواني الفقاعي (التزي)	٧٩٦	٤٥ . الكلاس	٨٢٢
المران النشواني	٧٩٦	الكلاس التقيلي	٨٢٢
٤٢ . الأدوية الهائية	٧٩٧	الكلاس الاستقلالي	٨٢٢
الداء البروتيني الشحماني	٧٩٧	الكلاس الاستقلالي الشامل	٨٢٣
الداء البروتيني الشحماني المترافق بحمس ضيائي	٧٩٨	الكلاس الاستقلالي الموضع	٨٢٣
٤٣ . الأمراض الجلدية الناجمة عن اضطرابات في		أشكال خاصة من الكلاسات	٨٢٤
استقلاب عديد السكريد المخاطي	٧٩٩	متلازمة تيرج - ويمسناخ	٨٢٤
أدواء عديدات السكريد المخاطية الوراثية	٧٩٩	متلازمة كريست	٨٢٤
الأدواء الموسينية (مخاطيات الجلد)	٨٠٢	الكلاس الاستقلالي الموضع المرضي	٨٢٥
الأدواء الموسينية الأدمية / الجلدية	٨٠٣	الكلاس الحثلي	٨٢٥
الأدواء الموسينية في قصور الدرقية	٨٠٣	العقيدات الكلدية الجلدية	٨٢٥
الوذمة المخاطية المنتشرة	٨٠٣	العقيدات الكلدية على حواف صيواني الأذنين	٨٢٥
الوذمة المخاطية المحددة	٨٠٤	٤٦ . استقلاب الحديد ، الزنك ، النحاس	٨٢٦
الأدواء الموسينية في فرط الدرقية	٨٠٤	استقلاب الحديد	٨٢٦
الوذمة المخاطية أمام الظنبوب	٨٠٤	الصباغ الدموي	٨٢٦
متلازمة EMO	٨٠٥	استقلاب الزنك	٨٢٧
الأدواء الموسينية في سوي الدرقية	٨٠٥	التهاب جلد النهايات المعوي المنشأ	٨٢٧
		أشكال أخرى من عوز الزنك	٨٢٨

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
استقلاب النحاس	٨٢٨	الحبيوم الوجهي مع كثرة الحمضات	٨٥١
مرض الشعر المتقوي	٨٢٩	الحبيوم الحمض الشبيه بالورم	٨٥٢
داء ويلسون	٨٢٩	البلى الفيزيولوجي الشحماني	٨٥٣
٤٧ . اضطراب استقلاب البورين	٨٣٠	العقيدات الرئوية والرئوية	٨٥٥
النقرس	٨٣٠	الحبيوم الموائي الأنفي	٨٥٦
متلازمة ليش - نيهان	٨٣١	حبيوم مزيلات الرائحة	٨٥٦
		الحبيوم الألوئي الطفلي	٨٥٧
٤٨ . اضطرابات التغذية	٨٣٢	٥١ . التهابات مفرطة الحمضات	٨٥٨
السغل عند الأطفال	٨٣٢	المتلازمة مفرطة الحمضات	٨٥٨
الكواشير كور	٨٣٢	التهاب الملل الحمض	٨٥٨
آكلة الفم (النوما)	٨٣٣	التهاب الجلد المفرط الحمضات	٨٥٩
القرحة المدارية	٨٣٣	كثرة المنسجات الحمضة	٨٦٠
اللزاج المخاطي	٨٣٣	٥٢ . الوحاحات	٨٦١
٤٩ . عوز الفيتامينات وفرتها	٨٣٥	التعريف والتصنيف	٨٦١
الفيتامين آ	٨٣٥	وحاحات الخلايا الصباغية	٨٦١
الفيتامين ب	٨٣٦	وحاحات الخلايا الملانية البشرية	٨٦٢
الفيتامين ب ١ (الثيامين)	٨٣٦	بقع القهوة بالحليب	٨٦٢
الفيتامين ب ٢ (ريبوفلافين)	٨٣٦	الملان وحامي الشكل	٨٦٢
الفيتامين ب ٣ (النيكوتيناميد) العامل الواقى من	٨٣٦	الوحمة البقعية	٨٦٢
البلاغرا	٨٣٧	الشامة البسيطة وداء الشامات	٨٦٢
البفرة	٨٣٧	وحاحات الخلايا الملانية الأدمية	٨٦٣
الفيتامين ب ٦ (البيريدوكسين)	٨٣٨	البقع المنغولية	٨٦٣
فيتامين ب ١٢ (كوبالين)	٨٣٩	وحمة أوتا Ota	٨٦٣
حمض الفوليك (حمض بيترويل غلوتاميك)	٨٣٩	وحمة إيتو Ito	٨٦٣
حمض البانتوثينيك	٨٣٩	داء الخلايا الملانية الأدمية المعصم	٨٦٣
فيتامين ث	٨٤٠	الوحمة الزرقاء	٨٦٤
الفيتامينات د ، ي ، هـ ، ك	٨٤٠	وحاحات الخلايا الوحية	٨٦٤
فيتامين د	٨٤٠	الوحمة الحالية	٨٦٦
فيتامين ي	٨٤١	الملان العصبي الجلدي	٨٦٦
فيتامين هـ (البيوتين)	٨٤١	الوحمة مغزلية الخلايا	٨٦٧
فيتامين ك K	٨٤١	الوحمة مختلة التنسج ومتلازمات الوحاحات مختلة التنسج	٨٦٧
٥٠ . الأدوية الحبيومية المجهولة السببات	٨٤٣	متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية	٨٦٧
الغراوية (الساركويد)	٨٤٣	متلازمة الوحمة مختلة التنسج اللاوراثية	٨٦٨
الحبيوم الخلقي	٨٤٨	الوحاحات العضوانية	٨٦٨
الحبيوم العديد الأشكال	٨٥٠	الوحاحات الظهارية	٨٦٨
الحبيوم السفعي	٨٥٠	الوحاحات البشرية	٨٦٨
		وحاحات الغدد الزهمية	٨٦٩
		الوحمة الزهمية	٨٦٩

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
فرط تنسج الغدد الزهمية المحدد	٨٦٩	الكيسات الزهمية والكيسات الاحتباسية الزهمية .	٨٨١
متلازمة شيمبل بينغ — فيروستين — ميمز ..	٨٦٩	الكياس الزهمي المتعدد	٨٨١
الغدوم الزهمي	٨٧٠	الكياس الزهمي المتعدد المكعب	٨٨٢
داء برينكل	٨٧٠	شوكوم غمد الشعرة	٨٨٢
داء بورنفل	٨٧٠	المسم المتوسع	٨٨٢
وحامات الغدد العرقية	٨٧١	الورم الجريبي (الجريوم) الشعري الزهمي	٨٨٢
وحامات الأشعار	٨٧١	الجيب الشعر	٨٨٣
وحامات الأشعار النقية	٨٧١	الكيسات الجلدية	٨٨٣
وحامات الأشعار الصوفية	٨٧١	الكيسات الناشئة من الظهارة الغدية	٨٨٣
وحامات النسيج الضام	٨٧١	كيسات الغدد العرقية	٨٨٣
وحمة النسيج الضام القطنية المعجزية	٨٧١	الأورام الكيسية (الكيسومات) العرقية الناتجة	٨٨٣
وحمة النسيج الضام العقيدية الكبيرة المنتثرة	٨٧١	الأورام الكيسية العرقية المفترزة والغدوم العرقى	٨٨٤
الوحمة المرنة	٨٧١	كيسات الغدد اللعابية	٨٨٤
الورم المرن الفتوي (الشبائي)	٨٧١	العقدة	٨٨٤
الوحمة الشحمومية	٨٧٢	الكيسات الكاذبة	٨٨٤
متلازمة الطفل على شكل إبطارات ميشيلين		الكيسة المخاطية	٨٨٤
Michelin Tire Baby Synd.	٨٧٢	كيسة ظهر الأصبع المخاطانية	٨٨٤
الوحامات الوعائية	٨٧٢	الحطاطات المخاطانية	٨٨٤
الوحمة الشعلية	٨٧٢		
الوعاؤوم الساعي	٨٧٣	٥٤ . الأورام الظهارية الحميدة	٨٨٥
الوحامات الوعائية كظاهرة جزئية للأدواء العدسية	٨٧٣	البشرة	٨٨٥
متلازمة ستورج — وير	٨٧٣	التقران المتي	٨٨٥
متلازمة فون هيل — ليندو	٨٧٤	التقران المتي الحزازاني	٨٨٥
متلازمة كليل — ترينولي — وير	٨٧٤	أشكال خاصة	٨٨٦
الوحمة العنكبوتية	٨٧٥	التقران المتي الشبيه بالتأليل المسطحة	٨٨٦
توسع الشعيرات الوراثي التزفي	٨٧٥	جلاد الثنيات المصطبغ الشبكي	٨٨٦
الوحمة القمرية (فقيرة الدم)	٨٧٦	الشوكوم الملاني	٨٨٦
الوحمة الوعائية المختلطة	٨٧٦	متلازمة ليزر — تريلا	٨٨٦
		التقران المتصق	٨٨٦
٥٣ . الكيسات	٨٧٧	الشوكوم رائق الخلايا	٨٨٧
الكيسات الحقيقية والأورام الكيسية	٨٧٧	الشوكوم كبير الخلايا	٨٨٧
الدُخَيْنَات	٨٧٧	أورام الجريبات الشعرية	٨٨٧
الكيسات البشرية	٨٧٩	ورم غمل التقرن التؤلولي	٨٨٩
الكيسات البشرية الثانوية	٨٧٩	الظهاروم الشعري	٨٨٩
الكيسات البشرية الصفنية	٨٧٩	ورم غمد الشعرة الخارجي (الغدوم الشعري) ...	٨٨٩
الكيسات الظهارية الرضحية	٨٨٠	أورام الغدد العرقية	٨٩٠
الزؤان العملاق	٨٨٠	أورام الغدد العرقية الناتجة	٨٩٠
كيسات الأشعار الزغبية الطفحية	٨٨٠	الأسطوانوم (الورم الأسطواني)	٨٩٠
كيسات غمد الشعرة الخارجي	٨٨٠	الورم الغدي (الغدوم) العرقى	٨٩٠
كيسات غمد الشعرة الخارجي التكاثرية	٨٨١	الغدوم الغدي (الغدوم) العرقى حول الوقين	

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
(الحجاج)	٨٩٠	السرطانة قاعدية الخلايا المصمتة	٩١٠
الورم الغدي (الغدوم) العرقى المنتثر	٨٩١	السرطانة قاعدية الخلايا المتفرحة	٩١٠
الغدوم الخلزوني الناتج	٨٩١	القاعدوم الشاقب	٩١٠
المساموم (الورم المسامي) الناتج	٨٩١	السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة	٩١١
ورم القناة الأدمية	٨٩٢	السرطانة قاعدية الخلايا القشمية الشكل	٩١١
أورام الغدد العرقية المفترزة	٨٩٢	السرطانة قاعدية الخلايا الجدرية	٩١١
الغدوم العرقى القنوي الكيسي الحليمي	٨٩٢	السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية	٩١١
الغدوم العرقى الحليمي	٨٩٢	السرطانة قاعدية الخلايا السطحية	٩١١
الورام الغدي في الحلمة	٨٩٢	السرطانة قاعدية الخلايا العملاقة	٩١١
الغدوم الليفي للثدي	٨٩٣	الورم الظهاري الليفي	٩١٢
٥٥ . الآفات ما قبل السرطانية	٨٩٤	متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا	٩١٢
آفات محتملة التسرطن الإجبارية	٨٩٤	قاعدوم تنف الأشعار	٩١٢
التقران السافع (الضيائي)	٨٩٤	التشريح المرضي النسجي	٩١٢
التقرانات الشعاعية	٨٩٦	السرطانة قاعدية الخلايا متبدلة النمطية من النمط المختلط	٩١٣
التقرانات في جفاف الجلد المصطبغ	٨٩٦	السرطانة قاعدية الخلايا متبدلة النمطية من النمط المتوسط	٩١٣
التقرانات الزرنيخية	٨٩٦	التشخيص والتشخيص التفريقي للسرطانة قاعدية الخلايا	٩١٣
التقرانات القطرانية	٨٩٧	معالجة السرطانات قاعدية الخلايا	٩١٤
القرن الجلدي	٨٩٧	الاستئصال الجراحي	٩١٤
داء بوفن	٨٩٧	أشكال خاصة للمعالجة	٩١٤
أحمرية كيرات	٨٩٨	المتابعة والإنذار	٩١٥
داء باجيت	٨٩٩	السرطانة وسفية الخلايا	٩١٥
الطلاوان	٩٠٠	الأشكال الخاصة	٩١٩
الشامة الخبيثة	٩٠١	سرطانة الجلد النقيية أو الثانوية	٩٢٠
الحالة مقدمة السرطان (قبيل السرطانية) الاختيارية	٩٠٢	٥٨ . الملانوم الخبيث	٩٢٢
الحالات الانتهاية المزمنة	٩٠٢	ملانوم الشامة الخبيثة	٩٢٣
الحالات التنكسية المزمنة	٩٠٣	الملانوم السطحي المفترش (المنتثر) ، (م س م)	٩٢٣
الأورام السليمة	٩٠٣	الملانوم العقيدي	٩٢٤
٥٦ . السرطانات الكاذبة	٩٠٤	ملانوم شامات النهايات	٩٢٤
الورام الحليمي الجلدي السرطاوي	٩٠٤	الملانومات (الأورام الملانية) الخبيثة الأخرى	٩٢٥
الورام الحليمي القموي المزدهر	٩٠٥	السر والإنذار	٩٢٥
الظهاريوم الإسفيني الشكل	٩٠٥	المراحل السريرية	٩٢٥
الشوكوم القرني	٩٠٦	حجم الورم البدني ومستوى غزوه	٩٢٥
المفهوم المؤنف العملاق	٩٠٨	ثخانة الورم ، الفعالية الانقسامية القليلة ، ومنسب	٩٢٦
٥٧ . الأورام الظهارية الخبيثة	٩٠٩	الإنذار	٩٢٦
السرطانة قاعدية الخلايا	٩٠٩	التوضع	٩٢٦
السرطانة قاعدية الخلايا البدئية	٩١٠	الجنس	٩٢٦

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
التشخيص التفريقي	٩٢٦	القرنومات الوعائية	٩٣٩
تشخيص الملائوم الخبيث	٩٢٧	القرنوم الوعائي الجسدي المحدد	٩٣٩
المعالجة	٩٢٧	التقران الوعائي (القرنوم الوعائي) لميللي	٩٣٩
الإتقاء	٩٢٩	التقران الوعائي الصفني والتقران الوعائي الفرجي	٩٣٩
		الحبيوم المقيح	٩٣٩
٥٩ . الأورام اللحمية المتوسطة	٩٣٠	الورم الكبلي	٩٤٠
أورام النسيج الضام	٩٣٠	غرن كابوزي	٩٤٠
الأورام الحميدة	٩٣٠	الغرن الوعائي في الفروة والوجه	٩٤٢
الجدرة	٩٣٠	أورام الأوعية اللمفية	٩٤٢
الليفوم	٩٣١	الوعاؤومات اللمفية	٩٤٢
ليفوم مول	٩٣١	الوعاؤوم اللمفي المحدد الكيسي	٩٤٣
الليفوم الجلدي	٩٣٢	الوعاؤوم اللمفي الكهفي تحت الجلد	٩٤٣
الورام الليفي العدسي المتثر مع تاكل العظام .	٩٣٢	الغرن الوعائي اللمفي (ستوارت — تريفرز)	٩٤٣
الورام الليفي الجلدي حول الجريبات مع		أورام العظم ، العضلات ، والغضروف	٩٤٣
سيلات قولونية	٩٣٢	العضلوم الأملس	٩٤٣
القرصوم الشعري	٩٣٢	الغرن العضلي الأملس	٩٤٤
التليف العقيدي الأنفي	٩٣٣	الغضروم (الورم الغضروفي) الحميد « العظموم	
القرنوم الليفي المكتسب	٩٣٣	(الورم العظمي) الحميد	٩٤٤
ورم المنسجات	٩٣٣	أورام النسيج الشحمي	٩٤٤
الحبيوم الأصفر الفتوي / الشباني	٩٣٣	الشحموم (الورم الشحمي) — الورام الشحمي ..	٩٤٤
الورم الزليلي ذو الخلايا العملاقة الحميد	٩٣٤	متلازمة لونوا — بنسودا	٩٤٥
الأغران الكاذبة في الجلد	٩٣٤	الورام الشحمي العنقي	٩٤٥
الليفوم الجلدي الغرني الكاذب	٩٣٤	الشحامة المؤلة	٩٤٥
التهاب الصفاق العقيدي تحت الجلد	٩٣٤	أورام الجهاز العصبي	٩٤٥
الورام الليفي الهاليني الفتوي / الشباني	٩٣٥	العصبوم	٩٤٥
الورام الليفي الأصبي عند الأطفال	٩٣٥	ورم غمد الليف العصبي	٩٤٥
الورام الليفي العدواني عند الأطفال	٩٣٥	ورم الأرومة العصبية	٩٤٦
الصفروم الليفي اللا نموذجي	٩٣٥	الليفوم العصبي	٩٤٦
الغرن الليفي الجلدي الناشز	٩٣٥	الورام الليفي العصبي المعمم	٩٤٦
أغران الجلد	٩٣٦	ورم الخلايا المحبة	٩٤٧
الغرن الليفي	٩٣٦	سرطانة خلايا مركل	٩٤٨
أورام الأوعية الدموية	٩٣٦		
الوعاؤومات الدموية	٩٣٦	٦٠ . اللمفومات الكاذبة في الجلد	٩٥٠
الوعاؤوم الدموي الكهفي	٩٣٦	التنسجات اللمفية الحميدة في الجلد	٩٥٠
متلازمة مافوسي	٩٣٨	الغداد اللمفي الجلدي الحميد	٩٥٠
متلازمة كازاباخ — ميريت	٩٣٨	الارتشاحات لمفاوية الخلايا في الجلد	٩٥١
متلازمة الوحمة المجلة المطاطية الزرقاء	٩٣٨	الارتشاح اللمفاوي في الجلد (جنسر — كانوف)	٩٥١
الوعاؤوم العقودي الشرياني	٩٣٨	الحمامي الهاجرة الحلقة المقوسة الجسوسة	٩٥٢
الوعاؤوم الشخشي	٩٣٨	التفاعل الدوائي	٩٥٢
وعاؤوم هامش الشفة	٩٣٩	تفاعلات مفصليات الأرجل	٩٥٢

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
تفاعل ما بعد الخلأ النطاقي	٩٥٢	التبدلات الجلدية النوعية	٩٧٤
الحطاط للمفواني	٩٥٣	كثرة الخلايا النقية المحدد	٩٧٤
الشباكاني السفمي	٩٥٣	الموجودات الجلدية في الابيضاضات ذات الخلايا غير المتمايزة	٩٧٤
فرط التنسج الوعائي للمفاوي مع كثرة الحمضات	٩٥٤	الموجودات الجلدية في ابيضاض الوحيدات	٩٧٥
اعتلال العقد اللمفية الوعائي المناعي الأرومي	٩٥٥	الموجودات الجلدية في الابيضاضات الأخرى	٩٧٥
الاعتلال العقدي اللمفي الجلدي	٩٥٥	الايبيضاض بالأسسات	٩٧٥
٦١ . اللمفومات الجلدية الخبيثة	٩٥٦	الايبيضاض بالحمضات	٩٧٥
التصنيف	٩٥٦	نظير ابيضاضى بالحمضات في الجلد	٩٧٦
الفحص السريري	٩٥٧	٦٣ . كثرة الخلايا البدنية	٩٧٧
داء هودجكين	٩٥٧	بيلة الخلايا البدنية ووظيفتها	٩٧٧
اللمفومات اللا هودجكينية الجلدية ذات الدرجة الخفيفة من الخباثة	٩٦٠	كثرة الخلايا البدنية الجلدي	٩٧٨
اللمفومات لمفاوية الخلايا	٩٦٠	ورم الخلايا البدنية الموضع	٩٧٨
ايبيضاض الدم للمفاوي المزمن	٩٦٠	ورم الخلايا البدنية المنتثر	٩٧٨
الفطار الفطواني	٩٦٠	الشرى الصباغي	٩٧٨
متلازمة سيزاري	٩٦٤	الشرى الصباغي الكهلي	٩٧٩
الشباك الباجتاني	٩٦٦	كثرة الخلايا البدنية الجلدي المنتشر	٩٨٠
ايبيضاض الدم بالخلايا المشعرة	٩٦٦	كثرة الخلايا البدنية المجموعي	٩٨٠
لمفوما المنطقة T	٩٦٧	كثرة الخلايا البدنية الخبيث	٩٨٠
لمفومات الخلايا المناعية	٩٦٧	٦٤ . كثرة المنسجات الجلدية الحميدة والخبيثة	٩٨٢
ورم الخلايا المناعة الشبيهة باللمفاويات والمصوريات	٩٦٧	كثرة المنسجات الحميدة	٩٨٢
ورم المصوريات	٩٦٨	الحبيوم الأصفر الفتوي / اليفعاني	٩٨٢
لمفوم بخلايا مركز الجريب	٩٦٩	الحبيوم الأصفر ذو البلى الحيوي	٩٨٣
لمفوم بخلايا الجريب - أرومات خلايا مركز الجريب	٩٦٩	ورم المنسجات الشبكي	٩٨٣
اللمفوم كبير الخلايا ذو الانحياز الوعائي	٩٧٠	كثرة المنسجات الشبكي المنتثر	٩٨٣
لمفومات لاهودجكين الجلدية ذات الخباثة العالية	٩٧٠	كثرة المنسجات الشبكية الجلدية ذات السر الحميد	٩٨٤
لمفوم بأرومات خلايا مركز الجريب	٩٧٠	كثرة المنسجات الخبيثة	٩٨٥
لمفومات بأرومات اللمفاويات	٩٧٠	كثرة المنسجات مجهول السبب	٩٨٥
لمفوم بأرومات المناعة	٩٧١	داء أبت - ليرر - سيوي	٩٨٥
٦٢ . الابيضاضات الجلدية	٩٧٢	داء هاند - شولر - كريستيان	٩٨٧
الموجودات الجلدية في الابيضاض للمفاوي	٩٧٢	الحبيوم الحمض في العظم	٩٨٨
التبدلات الجلدية اللانوعية	٩٧٢	ايبيضاض الوحيدات	٩٨٩
التبدلات الجلدية النوعية	٩٧٢	كثرة المنسجات الشبكي لكروستي	٩٨٩
الغداد اللمفي الجلدي المحدد	٩٧٢	كثرة المنسجات الخبيثة	٩٨٩
الأحمرية الابيضاضية للمفاوية النوعية	٩٧٣	اللمفوم الناسج	٩٩٠
الموجودات الجلدية في الابيضاض النقياني	٩٧٣	الشباكات الجلدية	٩٩٠
التبدلات الجلدية غير النوعية	٩٧٣		

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
٦٥ . الملazمات المواكبة للأورام	٩٩١	المراهم الدهنية أو نفورة الماء	١٠١٥
٦٦ . مبحث أمراض المستقيم في طب الجلد	٩٩٤	المراهم	١٠١٥
البواسير	٩٩٥	الرهيمات	١٠١٥
الإكزيمة الشرجية	٩٩٧	المستحلبات المائية (الدهنات)	١٠١٦
الأرغوتية المواتية الشرجية الجلدية	٩٩٨	التراكيب والصيغ	١٠١٦
الشق الشرجي	٩٩٨	القواعد في انتخاب السواغات المناسبة	١٠١٩
اختار حول الشرج	٩٩٩	المعالجة الموضعية النوعية :	١٠٢٠
الزغمات (الزوائد الجلدية) الشرجية	٩٩٩	انجبال الأدوية ضمن الأساسات	١٠٢٠
النواسير الشرجية والخراجات حول الشرج	٩٩٩	الملونات	١٠٢٠
		القطران	١٠٢٠
٦٧ . المعالجة الموضعية للجلادات	١٠٠٠	قطران الفحم	١٠٢٠
الأساسيات في المداواة الجلدية الموضعية	١٠٠٠	صبغة القطران	١٠٢١
المعالجات الموضعية اللا نوعية : المعالجة بأساسات		القطران الحجرية	١٠٢١
(سواغات) جلدية	١٠٠١	قطران الخشب	١٠٢١
المحاليل المائية	١٠٠٢	الأدوية المطهرة	١٠٢٢
الحمامات	١٠٠٢	الغويات	١٠٢٢
الضمادات الرطبة	١٠٠٢	الفينولات	١٠٢٢
الضمادات الرطبة المغطاة :		التيمول	١٠٢٢
(الضمادات الرطبة الجلدية لمايو كلينيك) ..	١٠٠٣	الهالوجينات والهالوجينات المركبة	١٠٢٢
الضمادات الرطبة مع المراهم	١٠٠٤	العوامل المؤكسدة	١٠٢٣
الضمادات الرطبة الكتيمة	١٠٠٤	أملاح المعادن الثقيلة	١٠٢٣
المحاليل الغولية (الكحولية)	١٠٠٤	المعالجات الفعالة بالسطح	١٠٢٤
الصبغات الجلدية	١٠٠٦	المواد الأخرى	١٠٢٤
الطلاءات	١٠٠٧	الصادات	١٠٢٥
الردافات	١٠٠٧	الأدوية المضادة للفطور	١٠٢٦
المساحيق	١٠٠٧	الأدوية المضادة للحكة	١٠٢٧
الدهونات	١٠٠٨	الأدوية المبنجة	١٠٢٨
هلام الزنك	١٠١٠	الأدوية المبيغة	١٠٢٨
الشرائط اللاصقة	١٠١٠	الأدوية الحالة للقرنين	١٠٢٨
الهلامات	١٠١١	الأدوية الرأية القرنية	١٠٣٠
الهلامات المائية	١٠١١	الأدوية القابضة	١٠٣٠
الأساسات (السواغات) الذوبة في الماء	١٠١١	الأدوية الكاوية	١٠٣١
المساجين	١٠١١	الأدوية المثبطة لتكاثر الحمات الراشحة	١٠٣١
الزيوت	١٠١٣	الأدوية الموقفة نمو الخلايا	١٠٣٢
الزيوت المعدنية	١٠١٣	المنفترات	١٠٣٣
الزيوت النباتية	١٠١٣	مبيدات الطفيليات	١٠٣٣
الزيوت الحيوانية	١٠١٤	الأدوية المضادة للتعرق	١٠٣٤
زيوت الحمام	١٠١٤	المواد المزيلة للأشعار	١٠٣٥
		الدارتات الشمسية	١٠٣٥
		الأدوية المزيلة للتصبيغ	١٠٣٥

الموضوع	الصفحة	الموضوع	الصفحة
الأدوية الموهمة والمصبغة	١٠٣٦	الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية	١٠٥٢
المراهم الواقية للجلد	١٠٣٧	مضادات الحساسية	١٠٥٣
المراهم الواقية الصناعية	١٠٣٧	مضادات البرداء	١٠٥٤
منظفات الجلد	١٠٣٧	الريتينويدات	١٠٥٤
الشامبوات	١٠٣٨	الإثريتينات (التيفازون)	١٠٥٤
الأدوية المضادة للالتهاب	١٠٣٩	إيزوترتينوئين (أكوتان ، روكيوتان)	١٠٥٥
المواد المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية	١٠٣٩	المستحضرات الصيدلانية النفسية	١٠٥٥
الستيروئيدات القشرية	١٠٣٩		
الستيروئيدات القشرية اللطيفة	١٠٤٠	٦٩ . المعالجة الفيزيائية	١٠٦٠
الستيروئيدات القشرية معتدلة الشدة	١٠٤٠	البرودة	١٠٦٠
الستيروئيدات القشرية القوية	١٠٤٠	الحرارة	١٠٦١
الستيروئيدات القشرية العالية القوة	١٠٤١	سنفرة الجلد	١٠٦٢
التأثيرات الجانبية	١٠٤١	الكهرباء	١٠٦٣
المستحضرات المركبة المتضمنة على		الجراحة الكهربائية	١٠٦٤
ستيروئيدات	١٠٤٢	الإشعاع البصري	١٠٦٥
		المصادر الطبيعية للإشعاع اللا مؤين	١٠٦٥
٦٨ . المعالجة المجموعية للجلادات	١٠٤٥	المصادر الصناعية للإشعاع اللا مؤين	١٠٦٦
الستيروئيدات القشرية	١٠٤٥	اللازرات / الليزرات	١٠٦٨
المهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH	١٠٤٧	إجراءات التشخيص الضوئي	١٠٦٩
الصادات	١٠٤٧	المعالجة الضوئية	١٠٧٠
السلفوناميدات ، الكوتريموكسازول ، السلفون	١٠٥١	فائق الصوت	١٠٧٣
موقفات التكاثف الخلوي	١٠٥١	الإشعاع المؤين (المبرد)	١٠٧٣
كابيتات المناعة	١٠٥٢	الأشعة السينية (إكس)	١٠٧٣

الفصل الأول

مبادئ تشخيص الأمراض الجلدية

Principles of Dermatological

Diagnosis

د . صالح داود

المسنون : يؤدي جفاف الجلد عند المسنين إلى الحككة (الحككة الشيخية) . ويزداد تأثير العوامل البيئية لدى الشيوخ (الآفات السفعية « الضيائية » المزمنة ، التهاب الجلد التخرشي) ، وتكثر إصابة الشيوخ بالأورام الجلدية . ويصاب هؤلاء برهاب السرطان أيضاً .

برنامج معالجة الأمراض الجلدية في داخل المشفى أو في العيادات : يمكن معالجة غالبية مرضى الجلد خارج المشفى . ويفضل قبول المرضى في المشفى في الحالات التالية :

– الحالات التي تحتاج إلى دراسة شاملة وموسعة ، مثل الحالات الجلدية التي تحتاج إلى كشف أسبابها الخفية غير الواضحة .

– في حالات الاضطرابات الجلدية التي يمكن أن تترافق مع تظاهرات مجموعية (جهازية) ، أو تتلازم معها ، كما في التهاب الجلد والعضل ، وتصلب الجلد المجموعي المترقي ، والذئب الحمامي ، والمتلازمات الموكبة للسرطان Paraneoplastic Syndromes .

– في حالات الاضطرابات الجلدية التي تصيب مساحات واسعة من الجلد ، كالصداف المتشعر الشديد ، والإكزيمة المنتشرة ، والفقاع الشائع .

– في الحالات التي تتطلب إجراء معالجة نوعية في المشفى ، كالتدخلات الجراحية الكبيرة مثلاً ، أو في الحالات التي تحتاج إلى مراقبة سريرية مستمرة كما في الحالات الجلدية التي تعالج بسمات الخلايا .

– في الحالات التي تخفق فيها المعالجات الخارجية في العيادات في بلوغ الهدف المطلوب لمعالجة المرضى ، كالحالات صعبة المعالجة ، أو الحالات التي لا يمكن معالجتها في البيت بسبب السن ، أو لعدم تطبيق المريض النصائح المطلوبة منه للمعالجة . جميع هذه الحالات تستدعي قبول المريض في المشفى للمعالجة .

فحص المرضى المصابين باضطرابات جلدية :

القصة :

القصة العائلية : يمكن معرفة الأمراض الجلدية الوراثية (الجلادات الوراثية) بأخذ القصة العائلية للمريض بدقة ، حيث يجب السؤال عن الأمراض الوراثية في الشجرة العائلية للمريض ، ومثال تلك الأمراض الوراثية : السماك ، والتقران الراحي الأخصي ، وانحلال البشرة الفقاعي وغيرها .

قد يكون ثمة استعداد وراثي في بعض الأمراض الجلدية ، كما في داء الصدف ، والأهبة الأرجية (حمى الكلا أو الإكزيمة

المرضى المراجعون باضطرابات جلدية :

وقوعات الاضطرابات الجلدية : تؤلف أمراض الجلد نسبة واحد إلى ٤ – ٦ مرضى من الذين يراجعون الطبيب الممارس . وتعتبر أمراض الجلد أكثر الأمراض شيوعاً في المناطق المدارية . ولهذا يعد من الضروري لكل طبيب أن يكون ملماً بتشخيص ومعالجة معظم الاضطرابات الجلدية الشائعة وذات الأهمية . ومن المفيد أن نذكر أن الكثير من الاضطرابات الجلدية السريرية يتعلق بالعمر .

الولدان والرضع : غالباً ما يحمل الأهل صغارهم في هذا السن إلى عيادة الطبيب من أجل التشوهات الخلقية (علامات ولادية Birthmark ، وحمات ، حالات جلدية وراثية كالسماك) أو أكرمية الرضع .

الأطفال : يراجع الأهل الأطباء لإصابة أطفالهم بحالات جلدية حكة (مثال ، الشرى الحطاطي ، التهاب الجلد التأتبي) أو بأخماج جلدية (ثآليل ، قوباء ، جرب ... إلخ) .

المراهقون : يعتبر العد الشائع Acne Vulgaris من أكثر الأسباب التي تدعو المراهقين إلى استشارة الطبيب ، وتلعب الناحية الجمالية عند الفتى دوراً ذا أهمية بالغة ، وقد يراجع لحالة يرى أنها تسيء لجماله . وتثير الاندفاعات في الناحية التناسلية عند المراهق الخوف من الأمراض الزهرية ويولها أهمية أيضاً .

البالغون : يراجع البالغون عادة من أجل النصيحة الطبية لإصابتهم بآفات ظهرت لديهم على المناطق المكشوفة من الجلد ، إما لأن الحالة أصابت مناطق واسعة ، أو إذا ما ترافقت بالتهاب شديد ، أو بسبب الحككة ، والسؤال الذي يطرحه البالغ هو مدى تعلق آفته الجلدية هذه مع مهنته ، وهذا بدوره ذو أهمية بالغة بالنسبة لحالات الضمان والتعويضات . ويسأل النساء عادة عن معالجة آفات غالباً ما تكون بسيطة ، ولكنها آفات غير مستحبة وغير جميلة ، تسيء للناحية الجمالية لديهن . وأخيراً تعد الأمراض المنتقلة بالجنس (STD) من الأمراض التي تصيب هذه الفئة أكثر من غيرها .

(التأنيب) . ومن المعروف أن السكري الوراثي يذهب لأمراض جلدية كثيرة ، وخاصة الأخماج بالمبيضات البيض . ويمكن أن تنتقل بعض الأمراض الخمجية عن طريق الولادة أثناء الحمل أو بعد الوضع ، ومنها الإفنجي ، الخمج بالحمة الراشحة التي تؤدي إلى عوز المناعة المكتسب HIV ، ويمكن أن تنتقل بعض الأخماج عن طريق التماس الصميمي بين أفراد العائلة كما في تقيحات الجلد ، والقمل ، والجرب .

القصة المرضية العامة : يبدو للوهلة الأولى أن لا علاقة لحياة المريض ونشاطاته بالحالة الجلدية ، وعلى العكس من ذلك قد يكون لها علاقة سببية بالمرض الجلدي .

المهنة وأمراض الجلد : أول ما يخطر ببال الطبيب بخصوص العوامل المسبب لالتهاب الجلد Dermatitis هي العوامل الخارجية التي هي بتماس مع المريض في مكان عمله . وتحدث الآفات الجلدية لالتهاب الجلد بالتماس في مكان تماس الجلد مع المواد المؤرجة ، وتميل الآفات إلى التراجع عادة بالابتعاد عن التماس مع هذه المواد ، كما يحدث عندما يتعد المريض عن عمله بإجازاته السنوية أو لأسباب مرضية أخرى ، وحتى أحياناً في الإجازات الأسبوعية . وتعد الأمراض الجلدية من ضمن الأمراض الأكثر حدوثاً نتيجة للصناعات الحديثة . وإذا ما أيقنا أن المرض الجلدي هو مرض مهني ، علينا أن نجد الإجراء المناسب لاستقصاء الحالة ولتفادي تفاقم حالة المريض والمشاكل الناجمة للشركة التي يعمل بها المريض .

وإلى جانب المواد المؤرجة الكثيرة التي تحدث التهابات جلدية ، هنالك عوامل أخرى محتملة تؤدي الجلدي ، وتشمل أشعة الشمس ، والحرارة ، والبرد ، ومواد التجميل ، ومزيلات الروائح ، والمنظفات ، والمواد الكيميائية والمواد التي يستخدمها الفرد في نشاطاته المختلفة . كل هذه العوامل والمواد يمكن أن تترن مع عمل المريض ويحتمل أن تلعب دوراً إمرضياً للجلد . ولا بد من الإشارة إلى أن مكان توضع الآفات الجلدية في مكان تعرض الجلد للعوامل المؤذية ، يبين أهميتها الكبيرة في تشخيص السبب في هذه الأمراض الجلدية المهنية .

التماس مع الحيوانات : يمكن أن يؤدي التماس مع الحيوانات إلى تفاعلات أرجية كما في الربو ، أو التهاب الجلد التأنيبي وتحدث هذه التفاعلات بسبب الأرج من شعر هذه الحيوانات . ويمكن أن تنتقل بعض الأخماج من الحيوانات إلى الإنسان كالفطور والحمراية Erysipeloid وغيرها .

العوامل المجموعية : تؤدي بعض الأمراض المجموعية الداخلية إلى إحداث آفات جلدية متناظرة غالباً ، ويمكن أن تكون متعددة الأشكال أو حصبوية الشكل أو قرمزية الشكل أو

طفوح شروية ، حيث يمكن أن تكون هذه الاندفاعات تظاهرات لتفاعلات أرجية نتيجة تناول أدوية عن الطريق العام أو بسبب تناول بعض الأطعمة . وقد تكون من تظاهرات بعض الأخماج .

عوامل الطقس وأمراض الجلد : لا يخفى ما لعوامل الطقس المختلفة من أثر في إحداث بعض الأمراض الجلدية ، أو الاضطرابات الجلدية التي يسببها الضياء ، وأكثر ما تشاهد في الربيع والصيف . ويتكرر حدوث البورفيرية الجلدية الآجلة والدخنيات وعسر التعرق في فصل الصيف ، ويغلب حدوث الحمامي المتعددة الأشكال والنخالية الوردية في فصل الربيع . ويكثر حدوث الأمراض الجلدية المتسببة عن البرد في الأوقات الباردة ومنها ازرقاق الأطراف ، والزرارق الاحمراري والشرث .

الأمراض المرافقة للحمل والطمث : تزداد حدة بعض الجلادات قبيل الطمث كالعُد الشائع ، وبعض الطفوح الأخرى عندما تتناول المريضة بعض الأدوية بشكل نظامي قبيل الطمث ، ثم توقف هذه الأدوية بسبب الطمث .

وتحدث بعض الجلادات الخاصة أثناء الحمل وتميل عادة للتراجع بعد الوضع ، ومن الجلادات المتعلقة بالحمل : الأكال الحملي ، الكلف الحملي ، الحلا الحملي Herpes Gestationis .

السوابق المرضية Patient's Past History : تعتبر الأمراض الجلدية التي أصيب بها المريض سابقاً ذات أهمية في القصة المرضية الحالية . ويمكن أن تشير جلب الحليب Crusta Lactea إلى أهبة تأتية Atopic Diathesis . وإن إصابة الطفل بالحصبة أو جدري الماء تحول دون إصابته ثانية بهذين المرضين . كما أن معرفة الطبيب بسوابق المريض الداخلية مهم أيضاً . ففرط شحوم الدم ، على سبيل المثال ، يجعلنا نفكر بأدواء الصفار الجلدية ، والمريض السكري يصاب بالتهاب الجلد بالمبيضات البيض ، ويمكن أن تؤدي الأورام الداخلية إلى نقائل جلدية . وعلى العكس من ذلك ، قد تكون الآفات الجلدية العلامات الأولى التي تدل على آفات داخلية ، فالإصابة بالتهاب الجلد بالمبيضات البيض يوحي بالسكري . وقد يترافق التهاب الجلد والعضل وداء الشواك الأسود بنجاثات داخلية . وتشاهد الحمامي الراحية في بعض حالات تشمع الكبد . هذا وتحدث بعض الأمراض في الجلد والأحشاء الداخلية في وقت واحد كما في الذأب الحمامي المجموعي ، وصلابة الجلد المترقية ، وبيضاض الدم ، وبعض الأمراض الاستقلابية .

القصة المرضية الحالية : تقدم فترة الإصابة بالمرض الجلدي معلومات قيمة للطبيب علينا أن نسأل المريض متى ظهر الاندفاع ؟ وأين بدأ ؟ وهل بقيت الاندفاعات مستمرة وثابتة أم

والمهددات إضافة إلى أسئلة خاصة أخرى لكي يتذكر المريض أنه يتناولها . وخلاصة القول يحتاج الحصول على قصة مرضية صحيحة وشاملة إلى وقت كافٍ وصبر من قبل الطبيب . وبنفس الوقت يخلق ذلك ثقة متبادلة بين الطبيب والمريض ، وهذا ذو قيمة كبيرة في معالجة الاضطرابات الجلدية المزمنة .

الفحص الفيزيائي (السريري) للمريض :

من الضروري إجراء فحص كامل الجلد ، ويجب أن يتضمن الفحص الملحقات (الأشعار ، والأظافر) ، والأغشية المخاطية ، والمنطقتين التناسلية والشرجية ، وجس العقد اللمفية . وإذا ما توقع الطبيب مرضاً انسدادياً وعائياً شريانياً توجب جس النبض في المناطق المناسبة . ويجب أن يقدم الفحص معلومات عن مدى انتشار الجلادات وأشكال الآفات . وليس لكل آفة نلاحظها قيمة في التشخيص ، حيث أن بعض الاضطرابات الجلدية الوخيمة قد لا يفيدنا في تشخيصها سوى بضع اندفاعات بدئية .

ومن المفيد أن نذكر أن الفحص الجيد قد يكشف عن آفة أخرى ذات أهمية بالغة ولم يراجع المريض من أجلها ، وإنما من أجل آفة أخرى . ومثال ذلك كشف ميلانوم على ظهر مريض جاء لمعالجة التهاب جلد اليدين . وأخيراً ، ينبغي أن نعلم أن توضع الآفات الجلدية في مناطق جلدية معينة ينتج عن عوامل كثيرة ، ليست كلها معروفة .

الاختلافات في تراكيب الجلد وعلاقتها بأمراض الجلد Differences in the Structures of the Skin :

تصاب فروة الرأس بأمراض جلدية خاصة بالأجربة الشعرية عادة . والمناطق الغنية بالغدد الزهمية كالوجه ، والجزء المركزي من الصدر (منطقة القص) ، والظهر هي المناطق المعرضة للإصابة بالعد الشائع والإكزيمة الزهمية (التهاب الجلد الزهمي) والراحتان والأخمصان غنية بالغدد العرقية الناحية ، وبشخانة الطبقة المتقرنة ، وغياب الأشعار والغدد الزهمية وبذلك فهي مؤهلة للإصابة ببعض الأمراض . كما أن الإصابة بتخلل التعرق والاندفاعات الشبيهة بها تصيب الراحتين والأخمصين .

تتوضع الغدد المفترزة تحت الإبط وحول حلمة الثدي وفي المنطقة التناسلية وحول الشرج ، وهذا يحدد إصابة الغدد المفترزة في هذه المناطق بمرض فوكس - فوردايس ومرض باجيت . ويكرر توضع الحلأ البسيط والاندفاع الدوائي الثابت وآفات ما قبيل السرطانات والسرطانة الوسفية في المناطق الانتقالية Transitional Zones بين الجلد والأغشية المخاطية كالشفتين ، والمناطق التناسلية والشرجية .

الاختلافات الوظيفية للجلد :

يمكن تنميط الجلد تبعاً لمقدار إفرازاته الزهمية (الدهنية) ،

تظهر بشكل متقطع ؟ تظهر الوحمات والجلادات الوراثية عادة في وقت مبكر منذ الولادة ، أو في الطفولة الباكرة . وتظهر الجلادات المزمنة والتي يتصف بعضها بالتشكلات الحبيبية وتطور وتبقى في مكانها لسنوات عديدة مثال ، الذأب الشائع Lupus Vulgaris . وكذلك تبقى بعض اندفاعات الأمراض الاستقلابية فترة طويلة أيضاً كأدواء الصفار ، أو الأمراض المجموعية التي تصيب الجلد كالساركوئيد ، وصلابة الجلد المنتشرة . بينما تسير بعض الأمراض الجلدية سيراً حاداً ، ومنها الأمراض من منشأ خارجي كالأخماج الجلدية (التقيحات والآفات الحموية) . وكذلك بعض الأمراض الناتجة عن عوامل فيزيائية - كيميائية ومنها حروق الشمس ، والحروق الكيميائية ، والأمراض الأرجية التي منها التهاب الجلد بالتماس الحاد ، والاندفاع الدوائي . وكلها بوجه عام ذات سير حاد .

تتألف الأعراض الشخصية في بعض الجلادات من حكة ، وحس حرقة وزر ، وفرط تعرق ، وحاصات . وإن تقيم هذه الأعراض ذو أهمية في التشخيص . تقيم الحكة مثلاً ودرجتها ذو أهمية في تشخيص المرض الذي أدى إليها . ولنأخذ مثلاً ، اندفاعات الأفرنجي الثانوي غير حاكة بناتاً . تأخذ الحكة درجات مختلفة بحسب الأمراض الجلدية : فبعض هذه الأمراض حككتها مخدشة شديدة Scratching تؤدي إلى خدوش خطية كالأمراض الجلدية حيوانية المنشأ وكذلك الإكزيمة ؛ وبعضها حككتها فاركة Rubbing كالخزاز المسطح والشرى ، حيث لا تؤدي حككتها إلى ترك أثر على الجلد عادة . بينما تؤدي حكة بعض الأمراض الجلدية إلى خدش الجلد في بعض الآفات بالأظافر حيث تترك ندبات واضحة كما في السحجات العصبية والحكاك العقيدي Prurigo Nodules .

الأدوية المستعملة : يجب سؤال المريض عن الأدوية المستعملة في المعالجات السابقة ، ومدة استعمالها ، ومدى تحملها ونجاعتها وفائدتها . إذ يمكن أن تغير الأدوية التي استعملت في معالجات الجلادات من صورتها السريرية (تشبه المراثيات السريرية Metamorphosis) . حتى أن الحبيب بهذه الأمراض يضطر إلى إيقاف هذه المعالجات لفترة من الزمن لترجع الصورة إلى وضعها المرضي السابق للمعالجات ، بالتالي يمكن وضع التشخيص الدقيق . ويمكن أن تؤدي بعض المعالجات إلى صعوبات إجراء بعض الاختبارات أو استحالتها مثال ، تحري الفطور وزرعها بعد استعمال مضادات الفطور . ويمكن أن تمنع المعالجة بالصادات من تشخيص الإفرنجي والسيلان البني ، إذا لم يشخص قبل البدء بمثل هذه المعالجات . هذا بالإضافة إلى أن بعض الأدوية التي توصف لمعالجة بعض الاضطرابات الجلدية يمكنها إحداث طفوح دوائية . وعلى الطبيب أن يسأل عن بعض الأدوية بأسمائها كالمسكنات وممانعات الحمل والمليينات

حيث أن جلود بعض الناس تفرز كمية عالية نسبياً من الزهم مما يجعل جلودهم زيتية القوام ، وبالعكس نجد آخرين ذوي جلود جافة عديمة الزهم وغالبية الناس تقع بين هذين النوعين المختلفين من الجلود .

نمط الإفراز الغدي وأمراض الجلد : تترافق بعض الأمراض الجلدية كالعد والإكزيمة الزهمية بنمط جلدي زهمي ، بينما تكون جلود المصابين بالإكزيمة التأتبية والسيك الشائع جافة . ويكون ذووا الجلود الزهمية أكثر استعداداً للأخماج بالمقيحات ، وإن معرفة النمط الإفرازي للجلد ذو أهمية أيضاً من أجل العناية الصحية الجلدية وكذلك بالنسبة لانتخاب شكل المعالجات أيضاً .

قصور الدوران المحيطي وأمراض الجلد : يوجب قصور الدوران المحيطي لحدوث بعض الجلادات كازرقاق الأطراف والجلد المرمري في المناطق القاصية من الأطراف ، وتبدي منظراً على الأطراف مشخصاً لهذه الآفات . وعدا عن ذلك فهي مؤهبة للإصابة بالثآليل وبعض الفطارات الجلدية ، والدآب الشائع والشرث .

المذح Intertrigo : تشاهد هذه الحالة في الثنيات بسبب تطابق الجلد على بعضه ، كما هي الحال في الحفرة الإبطية ، وتحت الثديين ، ومنطقة السرة ، والمنطقة الأربية ، ومنطقة حول الشرج ، والأفوات بين الأصابع ، وخاصة عند الأشخاص المسنين . ويساعد خلل وظيفة الجلد التعرقية واضطراب التوسف غير المرئي للطبقة المتقرنة على زيادة رطوبة الجلد وتعطنه ، وبالتالي يصبح ملائماً للأخماج الجرثومية والفطرية ؛ أو يصبح قابلاً للتخريش أو التهاب الجلد التحسسي . وإن العديد من الجلادات تميل إلى تشكيل اندفاعات ذات تكرار حليمي في الثنيات كالفقاع النابت .

عوامل مجهولة في توضع الأمراض الجلدية : ما يزال ميل بعض الأمراض الجلدية للتوضع في مناطق معينة من الجلد غير واضح . والتوضع على الأغشية المخاطية من صفات بعض الأمراض الجلدية كالفقاع الشائع ، بينما لا يصيب التهاب الجلد الخلئي الشكل الأغشية المخاطية إلا نادراً . وهذا عامل مهم في التشخيص التفريقي بينهما .

الآفات الجلدية Skin Lesions :

موقع الآفات الجلدية :

يجب فحص الجلد بكامله من مسافة تسمح للطبيب برؤية المريض ككل . وتشكل رؤية المريض كاملاً - الوجه ، والقامة كلها ، والعمادات - جزءاً مهماً من الفحص . ويجب على الطبيب أن يولي أهمية إلى تناظر الآفات أو عدم تناظرها ، وهل

هي في جانب واحد أو في الجانبين . ويكون سبب الآفات غير المتناظرة عادة تأثير عوامل خارجية كالأخماج الموضعة ، أو التماس مع أذية فيزيائية أو كيميائية . أما الآفات المتناظرة أو المتوضعة في جانبي الجسم فغالباً ما تنشأ من أسباب داخلية ، ومثال ذلك الحمى القرمزية ، والحصبة والحماق ، والجدري ، والطفوح الدوائية ، والحزاز المسطح والصداف الشائع .

الدراسة التحليلية للآفات الجلدية :

من الضروري بعد معرفة التوضعات المختلفة للآفات الجلدية ومدى اتساعها وانتشارها أن نفحص المريض بدقة ونعاين الآفات بعناية . ويسمى الطفح على الجلد بالطفح الظاهر Exanthem وعلى الأغشية المخاطية يسمى بالطفح الباطن Enanthem ، وهما يتألفان من عناصر أولية . وتتضمن الدراسة والفحص الجلديين للمريض معرفة توضع الطفوح الظاهرة واتساعها ونظام توزيعها . وهكذا فالفحوص السريرية الجلدية هي بالدرجة الأولى لضرورة التعرف على شكلياء الاندفاع وخصائص عناصره . هذا وإن معرفة العناصر الجلدية والإلام بخصائصها وصفاتها أساسي لوضع التشخيص الأكيد والتشخيص التفريقي .

ديناميات Dynamics الآفات الجلدية : تبدي الطفوح الظاهرة (عناصر الاندفاع) دينمات مثل الآفات الجلدية ، فهي تتغير ، وترددها ، وتراجع ثم تلتئم . تبدأ الآفات بعناصر أولية ثم تتغير ويظهر على إثرها العناصر الثانوية . يوضع التشخيص عادة على أساس الآفات الأولية ولكن ذلك لا ينطبق على كل الحالات ، ومن المهم جداً معرفة الخصائص الشكليائية والتغيرات التي تجري للآفات الجلدية .

البقع Macules : تعرف البقعة بأنها تغير محدود في لون الجلد دون تغير في مستوى الجلد من ارتفاع أو انخفاض . ويختلف قد البقع (قياساً) بين قد العدسة إلى قد قطع العملة المعدنية ، وبالقياس من ٣ إلى ٥ ملم وتكون البقع واضحة الحدود أو غير واضحة ، ويمكن أن تأخذ أشكالاً مختلفة ، وألواناً متنوعة كما في الجدول ١ - ١ .

الجدول ١ - ١ : البقع : ألوانها المختلفة وأسبابها

اللون	السبب
أحمر	تبيغ Hyperemia (حمى) توسع الشعريات خروج الدم من الأوعية (الفرغيات)
أزرق	زراق Cyanosis ، ورم دموي (دموم) . ملانين في الأدمة
بنّي	ملانين

أما القُرت **Suggillations** فهي بحجم قطعة العملة المعدنية ، والكدمة **Ecchymoses** فتشمل مساحات أكبر . ويأخذ الورم الدموي **Hematoma** شكلاً شبيهاً بالورم وينتج عن نزف داخل الجلد و/أو ما تحته من الأنسجة .

البقع الناتجة عن تغيرات الميلانين الجلدي : يدعى زيادة صبغ الميلانين بفرط التصبغ **Hyperpigmentation** ويدعى قلته أو غيابه بنقص التصبغ **Hypopigmentation** ، أو زوال الصبغ نهائياً **Depigmentation** . ويدعى فرط التصبغ المشاهد أثناء سير المرض تملن الجلد **Melanoderma** ، وزوال الصبغ الثانوي يدعى الوضع **Leukoderma** . أما مصطلح الوضع الكاذب فهو للمساحات المحدودة الأخف لوناً والتي ليس فيها زوال صبغ كامل ، وهو بالحقيقة ظاهرة تباين لوني ترجع إلى التصبغ الشديد المحيط يقع الوضع الكاذب . ونعطي مثلاً على ذلك : إذا غطينا مساحة من الجلد وترك الباقي عرضة لضوء الشمس ، لوجدنا أن الجلد المعرض أكثر تصبغاً من الجلد الذي يترك دون تغطية قسم منه . ويمكن أن يصبح الجلد حول الآفات الجلدية أكثر قتامة من الآفات نفسها بسبب الأدوية المطبقة على الآفات وما حولها كما في المعالجة بالقطران ، وتصبح الآفات أخف لوناً وأكثر وضوحاً بعد الشامها . وأخيراً يمكن أن توجد مساحات من الجلد فاتحة اللون ويرجع ذلك إلى التشنج الوعائي .

الارتشاح الذبألي **Lupoid Infiltration** : يدي ارتشاح الأدمة بالخلايا (اللمفاويات ، الناسجات) بقعاً لونها بلون جمد التفاح ، إذا ما ضغطت بصفيحة زجاجية . وتسمى هذه الظاهرة ، الارتشاح الذبألي وهي من صفات الذأب الشائع **Lupus Vulgaris** .

البغ الفاعل **Active Hyperemia** : تدعى البقع الجلدية الحمراء بالحمامى **Erythema** وتنتج عن ببغ فاعل . وتبدي الحمامى الكبيرة حرارة مرتفعة بالمقارنة مع الجلد السليم . تغيب الحمامى بالضغط بواسطة الصفيحة الزجاجية ، ويمكن أن تكون ناتجة عن تفاعلات المحرك الوعائي **Vasomotor** ، كما في احمرار الوجه **Blushing** ، أو تكون بسبب التهاب حاد كما في الحمرة ، وتأخذ الحمامى أشكالاً وأقطاراً بحسب الأمراض ، حيث تكون وصفية لبعض الأمراض كالحصبة والقرمزية .

البغ المنفعّل **Passive Hyperemia** : وينتج عن احتقان الأوردة الصغيرة في الجلد . ويكون لون الحمامى في هذه الحالة أحمر مزرقاً شبيكياً إلى حد ما ، وتدعى في هذه الحالة الزراق **Cyanosis** (الاختناق) ، وتكون المناطق المصابة أبعد من

أبيض	هيموسيدرين غياب الميلانين (زوال الصباغ) فقر الدم وضع كاذب تشنج وعائي كاروتين
أصفر	شحميات أصبغة صفراوية نسيج أصفر مرن ميلانين
سجاني أسود	زرنبيخ فضة ، زئبق متسخ ، غبار الفحم ، بارود ، ذرات فولاذ ، قطران ، انترالين
ألوان مختلفة	الوشم

توضع الأصبغة الخارجية في الجلد : تدخل الأصبغة إلى الجلد بطرق مختلفة ، وذلك بإدخال مواد صباغية وملونات إلى داخل الجلد ، أو مواد انفرست في الجلد (كذرات الرماد ، والبارود ، وذرات الفولاذ) ، وقد تكون بسبب المعالجات الخارجية (كالقطرانينات ، والإنترالين ، ونترات الفضة ، وبرمنغنات البوتاسيوم) ، أو بسبب تناول بعض المواد عن الطريق العام عن طريق الفم (كالكناكين ، والبزموت ، والفضة ، والزئبق) .

المواد الداخلية المستقبلية وتوضعها في الجلد : من هذه المواد التي تتوضع في الجلد الهيموسيدرين ، والأصبغة الصفراوية ، الكاروتين ، والشحميات .

البقع الناتجة عن تسرب الدم من الأوعية : وهي حالات شائعة ، وإذا ما كان في عمق الأنسجة أعطى لوناً أزرق ، وأعطى لوناً أحمر إذا كان سطحياً ، والتغير الذي يطرأ على اللون في هذه الحالات يتطور من أحمر ، فأحمر مزرق ، إلى أصفر ضارب للأخضر ، ثم إلى أصفر . وترجع هذه التغيرات اللونية إلى انقلاب الهيموغلوبين إلى هيموسيدرين ، وبخلاف الحمامى لا يغيب اللون الأحمر في الفرفريات بالضغط بواسطة صفيحة زجاجية (معاينة الشفوية) .

تسميات تسرب الدم **Nomenclature of Extravasations of Blood** : تعرف الفرفرية بأنها بقع تظهر بأعداد كبيرة نسبياً ، متناظرة غالباً ، وهي بقع صغيرة تنتج عن تسرب الدم من الشعيرات .

والحبر **Petechiae** : بقع صغيرة من خروج الدم خارج الأوعية .

المناطق المجاورة الطبيعية . يزول اللون بالضغط الزجاجي . يكون الزراق بسبب محرك وعائي أحياناً كما في زراق الأطراف (اختناق الأطراف) أو الجلد المرمري . تتم في المناطق الجلدية المصابة بالزراق عمليات التهابية مزمنة لونها أحمر مزرق على الأطراف بينما يكون لونها أحمر على الظهر .

نقص الإمداد الدموي Diminished Blood Supply : يؤدي نقص إمداد الدم إلى الأنسجة إلى ابيضاض في الجلد المصاب ، ويعزى ذلك إلى نقص خلقي في الشعيرات الدموية في مناطق محدودة كما في الوحمة الفقيرة الدم (الفقرية) أو يمكن أن يكون بسبب تشنج وعائي موضع كما في اختناق الأصابع .

الانتبارات (Wheals (Hives :

الانتبارات آفات جلدية محدودة ، مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، سريعة التشكل والذوال ، وحكة بشدة ، لونها أحمر فاتحاً . ويعود ذلك إلى توسع الأوعية (شربة حمراء Urtica Rubra) أو تنتج عن بيغ ، وقد يكون لونها أبيض بسبب انضغاط الأوعية بالوذمة الأدمية (الشربة البورسيلينية ، أو فقيرة الدم) . تختلف أقطار الانتبارات من ٢ - ٣ ملم إلى ٠,٥ - ٢ سم ، وتصل حتى عدة سنتيمترات ، وقد تأخذ أشكالاً تشبه الخريطة الجغرافية . والآفات كما ذكرنا حكة بشدة ، ولكنها لا تؤدي عادة إلى خدوش . تحدث الانتبارات بسبب خروج المصورة من الأوعية وبالتالي حدوث وذمة أدمية . تراجع الآفات خلال ساعات ، وتغيب بسبب عودة المصورة إلى الأوعية . وتحدث في بعض الحالات وذمة في الطبقة تحت الجلدية ، محدودة ، وتظهر بانتفاخ كروي مرتفع قليلاً وقد يأخذ مساحة كبيرة . ويسمى الشرى في هذه الحالة الوذمة الوعائية (وذمة كونيكة Quincke) .

الحطاطة المصلية Seropapule : هذا الاندفاع عبارة عن حويصل صغير يتشكل في مركز الانتبار كما في الشرى الحطاطي عند الأطفال ، أو في الحكاك البسيط تحت الحاد .

الحطاطات Papules ، العقيدات Nodules ، العقد Nodes والأورام Tumors :

تتصف جميع هذه الاندفاعات بأنها تلتئم ببطء ، وترتفع فوق سطح الجلد ، كما أنها تحدث بسبب التكاثر الخلوي النسيجي أو الارتشاح الخلوي ، وتختلف أقطارها بحسب الاندفاع ومن شكل إلى آخر .

الحطاطات : اندفاعات محدودة مرتفعة عن سطح الجلد تتراوح أقطارها بين ١ ملم وحتى ١ سم وهي تظاهرات لأمراض جلدية مختلفة . تتكون الحطاطات البشروية من ثخانة محدودة في البشرة كما في التآليل الشائعة . أما الحطاطات الأدمية فتنتج عن

تكاثر عناصر الأدمة ، كما في حطاطات الإفنجي حيث تتكاثر خلايا التهابية . ومن الحطاطات ما هو بشروي أدمي ينتج عن التكاثر البشروي والأدمي معاً كما في الحزاز المسطح .

يعرف الارتشاح Infiltration بأنه تسمك في الجلد في مساحة كبيرة نسبياً ، وغالباً ما يترافق بالالتهاب والاحمرار كما في الإكزيمة والفطار الفطراتي .

ويعرف التحرز Lichenification بأنه تسمك التهابي في الجلد مع ازدياد في البروزات الجلدية وزيادة عمق الارتسامات (التفضينات Creases) .

الدرة Tuber : وهي تبارز على سطح الجلد يشبه الحطاطة تميل كثيراً للتقرح والتندب وتميز بناءً على ذلك بسيرها . ويساعد كثيراً في التشخيص تواجد مجموعة من الدرنات بجانب بعضها بعضاً ، وميلها لتشكيل الندبات الضمورية كما في الإفنجي الدرني الزاحف Tuberoserpiginous ، وتفسررق عن الحطاطات بأن الأخيرة لا تتقرح .

العقيدات والعقد : تكاثر نسجي قاسي ومحدود . يمكن تمييزها بوضوح عن النسيج المحيطة بها ، وتشكل في الجلد أو في الطبقة ما تحته Subcutis . ويستعمل المصطلحان العقيدات والعقد للدلالة على العقيدات الالتهابية مثال : العقيدات الرئوية ، والحمامى العقدة . ويمكن للعقدة أن تتقرح كما في صمغة الإفنجي Gummata of Syphilis وما القيمة Phyma إلا عبارة عن عقيدات التهابية ، ومثالها قيمة الأنف .

والورم كتلة من النسيج المتكاثر في الجلد . وكل عقيدة كبيرة هي ورم . وليس الورم مرادفاً للتشوهات ، والورم يمكن أن يكون سليماً أو خبيثاً ، ولكن غالباً ما يشك بأنه تشو .

الحويصلات Vesicles (نفاطات صغيرة) والفقاعات (نفاطات كبيرة) :

ترتفع هذه الآفات عادة فوق الجلد وتحتوي سائلاً ، يتراوح حجم الحويصل بين رأس الدبوس وحتى حبة البازلاء . أما الفقاعة فهي أكبر من ذلك . وقد يتألف الحويصل من حجرة واحدة (الحويصل البسيط) ، أو يتألف من عدة حجرات (الحويصل متعدد الحجرات) . ويمكن أن يكون محتوي النفاطة مصلياً أو دموياً (الحويصلات والفقاعات المصلية أو الدموية) .

توضع النفاطات Sites of Blisters : يمكن أن يتشكل الحويصل أو الفقاعة تحت الطبقة المتقرنة كما في القوباء المعدية أو في داخل البشرة كما في الإكزيمة والفقاع الشائع ، أو تحت البشرة كما في الفقاعاني الفقاعي ، أو في الأدمة كما في انحلال البشرة الفقاعي الحثلي . ويعتمد تحمل النفاطة للضغط على

سماكة وسلامة سقفها وعندما تتمزق النفاطة تترك تآكلًا Erosion في مكانها .

إمراض النفاطات Pathogenesis : يختل نظام خلايا البشرة وترتيبها بوجود الودمة بين خلاياها ، أو بموت بعض الخلايا (التنكس الباليوني في الحلا البسيط Herpes Simplex) ، وتؤدي الودمة ما بين الخلايا البشرية إلى انفصال الخلايا المقرنة (التسفنج) كما في الإكزيمة ، أو بفقدان جسور جسيمات الربط كما في انحلال الأشواك في الفقاع الشائع .

تحدث النفاطات تحت البشرة نتيجة تنكس الخلايا القاعدية كما في الحزاز المسطح الفقاعي ، وبانفصال الموصل بين البشرة والأدمة كما في الفقاعاني الفقاعي ، أو اضطراب في الأدمة تحت الغشاء القاعدي .

الأسباب المؤدية لتشكيل النفاطات : تحدث الحويصلات أو الفقاعات من جراء عوامل عديدة منها : العيوب الوراثية (انحلال البشرة الوراثي) ، أو بعوامل فيزيائية - كيميائية (حروق الشمس ، الحروق الكيميائية) ، أو كيميائية البسيط ، الحلا النطاقي) ، أو بآلية مناعية (التهاب الجلد بالتماس الأرجي ، الفقاع الشائع) ، أو بأسباب غير معروفة (كما في الحزاز التصليبي الضموري) .

البثرات Pustules :

تحتوي البثرات القيح ، ويمكن أن تتشكل البثرات مباشرة كما في البثرات الأولية في الصدف البشري . وإن ما تحتويه من الكريات البيض ليس بسبب عامل خمجي فهي في الواقع عقيمة . ويمكن أن تنبثر الحويصلات والفقاعات (البثرات الثانوية) حيث يتم تحول محتواها المصلي إلى قيح كما في القوباء . وتحتوي البثرات في القوباء على الجراثيم المقيحة . ويطلق التقوؤ على حدوث الخمج الثانوي بالجراثيم المقيحة في أمراض جلدية هي بالأصل غير جرثومية .

الجلب Crusts والجلب المتخثرة Necrotic Scab :

تنتج الجلب عن جفاف المفرزات الموجودة على الالتكالات أو القرحات ، وقد تكون هذه المفرزات مصلية (الجلب الصفراء المصلية) ، أو دموية (جلب حمراء مسودة نزفية) ، أو مفرزات قيحية (جلب صفراء عسلية مخضرة) . يمكن إزالة الجلب بترطيبها بتطبيق الضادات الرطبة أو المراهم . والجلب تحجب الآفات البدئية وبإزالتها تصبح الآفات أكثر وضوحاً . تسمى الجلب السميكة الرقائقية التي تشبه قواقع الحار الجلبي المتسخة Rupoid Crusts .

أما الحثارة (موت) Sphacelus أو الجلبي المتخثرة فتنتج عن موت نسجي محدود (نخر Necrosis) ، ويصعب إزالة

بعض هذه الجلبي أحياناً لأنها جزء متكامل مع الجلد ، يعرف النخر الجاف بالتحنيط Mummification والنخر الرطب بالموت Gangrene . ويتراوح لون الحثارة بين الرمادي المتسخ وحتى الأسود . ويعود موت الخلايا فيها إلى اضطراب في تدفق الدم وإرواء النسيج (كما في التصلب الشرياني ، والانصمام Embolism والأمراض الوعائية النهائية) ، أو يحدث الموت الخلوي أيضاً بأسباب خارجية كما في الحروق بمواد كيميائية أو بسبب البرد كما في تجمد الأطراف .

الوسوف Scales (الحراشف Squames) :

الوسوف خلايا ظاهرية متقرنة . ويتوسف الجلد باستمرار بشكل طبيعي وبشكل غير ملحوظ ، غير أن التوسف يصبح ملحوظاً عندما يزداد التقرن أو عندما يكون مرضياً ، وتختلف الوسوف باختلاف أبعادها :

- الوسوف النخالية الشكل وهي وسوف صغيرة كالتخالة (الهبرية Dandruff) .
- توسف صدافي الشكل وهي وسوف بيضاء غير متماسكة كما في الصدف .
- وسوف صفاحية Lamellar صغيرة ، أو صفاحية الشكل صغيرة كما في الإكزيمة .
- توسف سماكي الشكل Ichthyosiform ، وهي وسوف كبيرة كما في داء السهاك .
- التوسف التقشري : وهو وسوف كبيرة ملائية الشكل Sheet - like ، كما في التوسف التالي للقرمزية .
- توسف طوقي ، وهي الوسوف المحيطة في آفات النخالية الوردية . وتختلف الوسوف بحسب ألوانها إلى :
 - الوسوف البيضاء الفضية كما في الصدف الشائع .
 - وسوف زيتية صفراء مبللة بالزهم كما في التهاب الجلد الزهمي .
 - جلبي متوسفة (متفلسة) Scaly Crusts ، وهي طبقات سطحية تتألف من وسوف مغطسة بالمفرزات المصلية أو الدموية أو القيحية التي تجففت .

التقرانات Keratosis :

وهي تشكلات متقرنة تلتصق بقوة بالجلد حيث يصعب إزالتها عنه . يمكن أن تحدث بآلية وراثية من شذوذات في التقرن كما في فرط التقرن الراجحي الأحمصي الوراثي ، أو يمكن أن تنتج عن التعرض المديد للضوء كما في التقرن السفمي (الضيائي) Actinic Keratoses . هذا وإن التقرن الجرابي ما هو إلا فرط تقرن في فوهة الجراب كما في الذأب الحمامي القرصي والحزاز التصليبي الضموري .

الامتكالات ، القرحات ، الجروح :

هذه الاندفاعات الثانوية تنتج عن ضياع نسجي وبدرجات متفاوتة .

التآكل Erosion :

يتبع التآكل تمزق الحويصلات ، والفقااعات أو البثرات وفقدان سقفاها ، وكذلك يمكن أن ينتج عن نخر البشرة بفعل الأشعة ، أو بسبب الحروق بالمواد الكيميائية ، أو بسبب تعطين البشرة كما في المناطق المصابة بالمذح .

آلية حدوث التآكلات : تتبع التآكلات تمزق الحويصلات والفقااعات أو البثرات وفقد الجلد المغطي للنفاطة . وقد تحدث عن تخر البشرة الناجم عن التشعيع أو الحروق بالمواد الكاوية أو عن انفصال البشرة المتعطنة في المناطق المذحية .

القرحات Ulcers : تنتج القرحات عن ضياع مادي عميق في الجلد يصل حتى الأدمة أو حتى الطبقة ما تحت الأدمة . تلتئم القرحات عفويا ببطء أو يمكن أن تؤدي إلى ندبات تختلف بحسب عمقها .

آلية حدوث القرحات : تحدث القرحات بأسباب كثيرة ، منها الرضوح الخارجية (رضوض) للجلد كما في الحروق والتجمد ، وتأثير المواد الكيميائية والإشعاعات (حروق الدرجة الثالثة) ، ويمكن أن تسبب عن الأخماج الموضعية . ينتج الموت الخلوي ويؤدي إلى القروح أيضاً بسبب نقص الدوران كما في التصلب الشرياني ، والانصبام ، والأمراض الوعائية الالتهابية ، أو بسبب الضغط كما في قرحة الاستلقاء . ويمكن أن تتقرح الحبيبات بآلية تنكسية كما في السل أو صمغة الإفرنجي . وأخيراً يمكن أن تتقرح الأورام الخبيثة . تلتئم القرحات عادة ببطء بسبب التأذي النسجي ، ويعتمد الالتئام على تشكل النسيج الحبيبي في الطبقات العميقة من قعر القرحة ، والتقلص النسجي ، والتجدد الظهاري من محيط الآفة . وبالنسبة لتشكيل مكان القرحة نسيج ندبي و/أو فرط تصبغ أو نقصه أحياناً .

شكليات القرحات Morphology of Ulcers : بودي دراسة القرحة بعمق إلى معرفة سببها وإنذارها ويجب أن تتضمن الدراسة :

- مكان وتوضع القرحات وعددها .
- حجم القرحة ، عمقها وشكلها (دائرية ، بيضوية ، كلوية الشكل ، متعددة الدوائر وأشكال غريبة) .
- قعر القرحة (حبيبي ، نخري ، قيحي ، نظيف لماع) .
- محيط القرحة (مدى عمقها تحت مستوى الجلد) .
- مدى تماسك النسيج المجاور للقرحة (طري ، صلب ،

قاسر قساوة صخرية) .

- النسيج المحيط بالقرحة (جلد طبيعي ، التهاوي ومحمر ، ناز ومرتشح) .

الجروح Wounds : عيب في الجلد الطبيعي يحدث بسبب الرضوح (إصابات عمليات) ، يمكن للجروح أن تترك ندبات ، ولكنها بعكس القرحات تميل للندب العفوي عادة .

التسحجات ، الفلوع ، الشقوق :

التسحجات Excoriations : وهي عبارة عن عيب نسجي سطحي يصل حتى الطبقة الحليمية من الأدمة ، ويؤدي بذلك للزف وتشكل الجلب ، ومن التسحجات : التسحجات Abrasion أو الخدوش .

الفلوع Rhagades : وهي عبارة عن شروخ Cracks أو مزقات Tears تسبب عن شد الجلد المش المؤهب للإصابة كما في ثنيات اليدين وزوايا الفم التي تتعرض للحركة كثيراً .

الشقوق Fissure : وهي خطوط عميقة في الجلد ، وتشمل الشقوق الشرجية . وتأخذ هذه منظرًا متشعراً وهي عميقة عادة ومؤلمة وتحدث في محيط الشرج .

الندبات (Cicatrices) Scars :

الندبات تشكل ليفي دائم ثانوي لآفات بدئية سابقة . وإن التشكل النسجي للندبات ينقصه البناء الطبيعي للجلد . يكون لون الندبات الحديثة أحمر إلى أحمر ضارباً للزرقة ، بينما يكون لون الندبات القديمة مائلاً إلى البياض ، ويمكن مشاهدة نقص التصبغ أو فرطه عليها أيضاً . تكون البشرة رقيقة وضامرة في الندبات ، وتنمحي الطبقة الحليمية في الأدمة ، وتغيب ملحقات الجلد ، والجريبات الشعرية والغدد الزهمية والعرقية . تأخذ الحزم الكلاجيلية Collagen فيها منظرًا متوازياً ، مكان البنية الطبيعية . وتغيب الألياف المرنة ، وهذا يقلل من مقاومة الندبات . تؤدي زيادة التكاثر للنسيج الضام في الندبة إلى الندبة الضخامية Hypertrophic Scar ، بينما يؤدي التجدد غير الكافي إلى ندبات ضمورية تحت مستوى الجلد المحيط بها .

والندبات هي المراحل النهائية لتطور العديد من الأمراض الجلدية الخيرية . ولا تستطيع الفحوص السريرية والنسجية إعطاء الصورة الحقيقية للاضطراب الجلدي الذي أدى إليها . باستثناء ندبات العد الشائع بتوضعها وشكلها النموذجيين . والأنماط المميزة لبعض الندبات الأخرى هي الندبات الجدارية الشكل التي تتوضع على مسير عصب إذ توحى بإصابة سابقة بالحلا النطاقي ، والندبات المتصلة بجيوب تشكل عادة في العد المكعب ، وسمل العقد اللمفية الرقبية ، أو الأخماج الجلدية المزمنة .

الضمور Atrophy :

يعرف الضمور بأنه ترقق في البشرة والأدمة مع غياب الملحقات الجلدية ، ولا يقتصر الضمور على البشرة . يتشارك الضمور مع الندبات بالعديد من الملامح والمثال الأكثر دلالة على هذا ، الضمور الشيخوي أو السفعي الذي يصيب ظهر البدن .

الجلادات والضمور : لا يؤدي العديد من الأمراض الجلدية إلى الضمور ومثالها الصدف ، بينما يسبب بعضها الآخر الضمور كالحزاز التصلبي الضموري والذئب السلي ، وهذا ذو أهمية بالغة في تشخيص هذه الآفات . ومن الممكن التمييز بين الضمورات الرخوة Slack Atrophy والضمورات الصلبة (القاسية Rigid) .

الجلد الضامر الرخو Slack Atrophic Skin : يعتبر هذا النموذج رقيقاً ورخوياً قابلاً للانشاء ، ويمكن طيه كورق لفافة التبغ ، ويصبح لماعاً إذا ما شد ، ويمكن مشاهدة الأوعية الدموية من خلاله ، وتعود طيائه ببطء إلى الوضع الطبيعي . ومن الأمثلة الدالة على هذا النموذج التهاب جلد النهايات الضموري المزمن في مراحله النهائية .

الجلد الضامر الصلب Rigid Atrophic Skin : يكون الجلد قاسياً ومشدوداً ويلتصق عادة بالنسيج الذي يقع تحته ، ويصعب طيه وتقيب فيه التفضينات والجريبات . ويكون سطحه صقيلاً ولماعاً . تؤدي زيادة تشكّل الكلاجين فيه إلى التصلب Sclerosis (Sclerotic Atrophy) . ويغلب ظهور السرطانات وقبيل السرطانات في مناطق الضمور الصلب .

تبكل الجلد Poikiloderma (الجلد المبقع) : يتصف الجلد المتبكل بالضمور ، بالإضافة إلى بقع مفرطة التصبغ وبقع ناقصة التصبغ ، وإلى توسع الشعيرات ، ومثال الجلد المتبكل الأذى الشعاعي كما في التهاب الجلد الشعاعي المزمن ، وبعض الأمراض الجلدية الوراثية كالتبكل الولادي ، وبعض الجلادات الكسبية كما في التهاب الجلد والعضل .

الضمور الكاذب Pseudoatrophy : وهي حالة عابرة حيث يشبه الضمور فيها سريرياً وليس نسجياً كما في داء بروك Brocq's Disease .

ثخن الجلد (تغلظ الجلد) Pachyderma : يصبح الجلد ثخيناً نتيجة تشكّل التليف ، وتغطيه عادة كسل من التقرانات الثلولية الشكل .

طراز الآفات الجلدية Pattern of Lesions :

عندما يعرف أماكن توزيع الآفات وأشكالها ، لا بد لنا من معرفة مدى انتشارها ونظام توزيعها وحجمها وغير ذلك .

توزيع الآفات : يمكن للطفوح الجلدية أن تكون منتشرة Disseminated على مساحات واسعة نسبياً من الجلد ، أو يمكن أن تكون منتشرة Diffuse ، وتصيب مساحات كبيرة دون أن تترك جزءاً من الجلد السليم فيما بينها . ويجب معرفة أماكن توزيع الآفات بوجه عام .

نظام توزيع الآفات : يمكن أن يكون توزيع الآفات الجلدية نظامياً أو غير نظامي ، مجتمعة على شكل مجموعات ، أو غير مجتمعة . ويوصف اجتماع حويصلات على قاعدة حمامية بالنظام الحلثي الشكل Herpetiform كما في الحلاّ البسيط . ويمكن لنظام التوزيع أن يكون خطياً أو قطعياً على مسير عصب .

يمكن للآفات الموزعة بشكل نظامي أن تكون خطية أو دائرية ، وتتبع بذلك سير الأوعية والأعصاب . وتدعى الآفات التي تظهر في فوهة الجراب بالاندفاع الجريبي Follicular كالحطاسة الجريبية ، والتقرانات الجريبية . وتسمى الآفات المفردة بالوحيدة Solitary أو المحددة .

قد الاندفاعات Size of Lesions : يقارن قد الاندفاعات بقدر بعض المواد ، فبعضها يأخذ قد رأس الدبوس ، أو قد حبات الدخن (دخني Miliary) ، أو حبة العدس (عدسي Lenticular) أو الدرهم (درهمي Nummular) وغير ذلك .

وبينا يعتبر معرفة قد الآفة مهماً ، يجب معرفة القياس الحقيقي لأبعاد الآفات . وعلى سبيل المثال ، إن معرفة قد وأبعاد الميلانوم الخبيث هام جداً في إنذار هذا الورم كما أن التغير في قد القرحة الركودية ينبئ عن مدى استجابة هذه الآفة للمعالجة .

هوامش (محيط) الآفات Margins of Lesions : يمكن أن تكون الآفات الجلدية واضحة الحدود ، أو مبهمة الحدود . فالتهاب الجلد السمي واضح المعالم ، ويحدث مكان التعرض فقط ، وكذلك حرق الشمس والحروق الكيميائية . بينما يمكن أن تنتشر آفات الإكزيمة الأرجية بالتماس في مناطق بعيدة عن التماس مع المواد المؤرجة كما في إكزيمة التماس بالنيكل والكروم .

أشكال الاندفاعات : تكون غالبية الآفات الجلدية دائرية أو بيضوية ، ويفرض الشكل طبيعة منطقة الجلد المصاب . يحدث الشكل الحلقي Annular أو المتحلق Circinate بسبب الالتئام المركزي واشتداد الآفة في المحيط حيث تسير الآفة سيراً نابذاً . وتسمى الآفة التي تأخذ عدة دوائر في مكان واحد بالهدفية Trajet Lesion ، وريده Rosette ، وقد تأخذ الآفات شكلاً مغزلياً . وإذا ما تطورت الآفات وانحصرت وأدت إلى حلقات متلاقية سميت بالآفات الملتفة Gyrate . وقد تأخذ الآفات شكلاً زاحفاً Serpiginous متموجاً ، وإذا ما أخذت

الآفات عدة عناصر دائرية متصلة مع بعضها سميت الآفات متعددة الدوائر Polycyclic Lesions .

الفحص العام والفحوص المخبرية :

الاضطرابات الجلدية المحصورة في الجلد : يعرف عن العديد من الجلادات أنها محصورة في الجلد ، ويعني ذلك أن لا تغيرات مرضية في الأعضاء الأخرى . ويكفي في هذه الحالة توصيف الشكل السريري لهذه الآفة أحياناً .

الاضطرابات الجلدية التي تشكل جزءاً من مرض مجموعي : تصيب بعض الأمراض الجلدية أعضاء أخرى ، ومن هذه الأمراض التهاب الجلد والعسل ، والذآب الحمامي المجموعي ، وتصلب الجلد المجموعي المترقي ، والتهاب ما حول الشريان العقد ، واللمفوما الخبيثة . وفي مثل هذه الأمراض يجب فحص المريض من قبل الطبيب الجلدي في المشفى بالإضافة إلى استشارة الاختصاصيين الآخرين .

الاضطرابات الجلدية كظاهرة ثانوية لآفة مجموعية : يمكن للآفات الجلدية أن تكون تظاهرات ثانوية لإصابات مجموعة (جهازية) ، ويمكن أن يراجع المريض في هذه الحالات الطبيب من أجل آفته الجلدية ، حيث يتم التشخيص البدئي ، ويتأكد التشخيص بالوسائل المناسبة . ومثال هذه الحالات المرض الكبدية في البرفيرية الجلدية الآجلة Prophyria Cutanea Tarda ، أو فرط بروتينات الدم الشحمية التي تؤدي إلى الصفرومات Xanthomas ، أو آفات انتقالية من سرطانات حشوية . وتترافق بعض الأمراض الجلدية مع السرطانات الحشوية وهذا ما يدعى بالمتلازمات المواكبة للتنشؤات .

تأثير أمراض الجلد على العضوية : يمكن لأمراض الجلد أن يكون لها تأثير بالغ على كامل العضوية . فالحروق الواسعة ، والسمط Scald ، والفقاخ الشائع ، واحمرار الجلد (الأحمرية) Erythroderma ، جميعها تؤثر على بروتينات العضوية ، والشوارد واستقلاب الماء والطاقة . هذا ويمكن أن تؤثر المعالجات الجلدية تأثيراً سلباً على الأعضاء الأخرى ، ومثال ذلك المعالجات الستيرويدية القشرية ، ومضادات البرداء ، وسامات الخلايا Cytotoxic Agents ، وكابتات المناعة وغيرها . وهذا يستدعي دقة التشخيص وإعطاء المعالجات الإضافية الأخرى الضرورية .

فحوص مخبرية خاصة بالأمراض الجلدية : تجري الفحوص المخبرية في طب الجلد ، كما في الاختصاصات الأخرى ، بغية وضع التشخيص الصحيح ، وخاصة الاختبارات التالية :

– الاختبارات الرقعية والاختبارات داخل الجلد في الأمراض الأرجية .

– التحريات الجرثومية والفطرية والحموية والاختبارات المصلية في الأمراض التي يشك أن منشأها متعضيات .

– اختبارات التآلق المناعي Immunofluorescence في الأمراض مناعية الذات .

– تصوير الأوعية (الشرايين ، الأوردة ، الأوعية اللمفية) ودراستها بالوسائل المختلفة وذلك في الحالات التي تصاب بالقصور .

– فحص المستقيم في الأمراض التي تصيب الشرج .

– جميع الاختبارات والتحليلات الدموية والكيميائية التي يتطلب المرض الجلدي إجرائها ، هذا وإن جميع الاختبارات والتحريات المختلفة المطلوبة ستم مناقشتها بالتفصيل في حينه في كل فصل من الفصول .

كان قصدنا بهذا الوجيز عن التحريات تبيان العلاقة الصميمية بين أمراض الجلد والفروع الطبية الأخرى . وتوجد علاقات خاصة بين طب الجلد والطب الداخلي بفروعه ومنها العصبية والنفسية وكذلك أمراض الأذن والأنف والحنجرة ، والعينية وطب الأطفال والجراحة التصنيعية ، والجراحة الوعائية وأمراض النساء والبولية .

الخزعة والفحص النسجي :

يعتبر التشخيص النسجي ذو أهمية كبرى في تشخيص الجلادات والأورام الجلدية . ولقد تطور التشريح المرضي النسجي الجلدي في الوقت الحاضر وأصبح فرعاً من فروع الاختصاص الدقيق في طب الجلد . وتحتوي معظم المستشفيات الجلدية على مخابر تشريحية مرضية وتدرس حالاتها والحالات المرسلة إليها من الخارج .

استطباب التشريح المرضي النسجي : يجب أن تدرس جميع الحالات التي يجري لها استئصال جراحي دراسة نسيجية مهما كانت طريقة الاستئصال . وإن التثبت من التشخيص بالتشريح المرضي وحده غير كافٍ إلا في حالات معينة . وينصح بإجراء الخزعة الجلدية ودراستها نسيجياً في جميع الحالات التي تستطع بها سمات الخلايا وذلك قبل وصفها للمريض ، حتى في الحالات الذي يبدو أن التشخيص واضح لا لبس فيه . وينطبق هذا على المعالجات الشعاعية حيث يجب إجراء خزعة نسيجية قبل تطبيق الأشعة ، لأن الخزعة لا تعتبر مناسبة للدراسة النسيجية بعد تطبيق الأشعة . وعندما تزال الأورام جراحياً تُجرى لها دراسة نسيجية لمعرفة ما إذا كانت حواف القطع قد تحررت من الخلايا الورمية . ويُجرى في بعض الحالات ما يسمى الجراحة المراقبة مجهرية Microscopic Controlled Surgery حيث تجرى مقاطع متتالية لمعرفة حواف الاستئصال ومدى سلامتها . تحتاج بعض الجلادات إلى دراسة تشريحية

أو متوتر ، و يلتئم بسرعة ، وتكون الندبة الحاصلة في درجاتها الأصغر .

معاملة الخزعة بعد إجرائها : توضع الخزعة مباشرة بعد أخذها في أوعية خاصة تحتوي سائلاً مثبلاً . وينصح بعدم ضغطها أو عصرها . ويجب أن لا يتجاوز النسيج المخزوع ١ سم^٣ ، ويؤخذ من الخزعة ذات الشخانة القليلة أكثر من ذلك . وإذا كان النسيج المخزوع كبيراً يمكن قطعه إلى عدة أجزاء ، ويعلم كل جزء ، ويعامل بالخبر منفصلاً عن القطع الأخرى .

يجب أن لا يقل السائل المثبت عن ٢٠ مثل حجم الخزعة . ويجب تعليم الزجاجات التي ترسل بها الخزعة قوراً وبكتابة اسم المريض أو بالأرقام وذلك تجنباً للالتباس والوقوع في الخطأ .

السوائل المثبتة : يتألف السائل المعياري لتثبيت الخزعات من ١٠٪ فورمالدهيد دارني 10% Buffered Formaldehyde ويمكن استعمال محلول بوين Bouin وتركيبه كالآتي :

حمض المر Picric Acid المشبع المائي 15.0

فورمالدهيد 40% 5.5

حمض الخل الثلجي 1.0

ويضاف الأخير حين أخذ الخزعة .

بعض الاستثناءات من الإجراءات النسجية المعيارية : لا يمكن استعمال بعض مواد التثبيت الروتينية وخاصة في بعض الدراسات النسيجية ، حيث لا توضع الخزعة في هذه المثبتات ، ولكنها تمرر في عمليات خاصة ، ومنها على سبيل المثال لا الحصر : المقاطع التي تجرى بالتجميد ، والتحريات الجرثومية في الخزعات كالتهري عن عصيات السل مثلاً . وتبها خزعات اللومضان بطرقها الخاصة كما في الأمراض الففاقية ، والذأب الحماسي ، وكذلك في الدراسات النسجية - الكيميائية والخلاوية الكيميائية ، والاختبارات الخلوية كما في اللمفومات والجهاز الإلكتروني .

المعطيات السريرية والفحص النسجي : يعتمد المشرحون المرضيون على المعطيات السريرية : موقع الخزعة ، وعمر المريض ، ولون الجلد ، ويجب تقديم قصة قصيرة موجزة لهم ، ولا ننسى المعالجات السابقة ، والموجودات السريرية ، والتشخيص التفريقي السريري ، والتشخيص المرجح والمحمّل .

مدى فائدة التشريح المرضي الجلدي في التشخيص : تحد الأخطاء في أخذ الخزعة من قيمة التشريح المرضي في التشخيص ، ويعود ذلك أحياناً إلى عدم الالتزام والتقيّد بالأساسيات التي ذكرناها سابقاً . ويحدّ من التشريح المرضي أيضاً مكان الخزعة غير المناسب ، أو بسبب صغر الخزعة أو

مرضية لمعرفة المرحلة التي وصل إليها المرض ، كما في الفطار الفطري ، أو نحتاج إلى دراسة عمق الآفة وإلى أي حد وصلت الخلايا الخبيثة في العمق كما في الميلانوم الخبيث ، حيث يفيدنا في الإنذار والمعالجة . يفيد أخذ الخزعات المتعاقب بفواصل أسابيع أو أشهر كـ Monitor لترقي المرض أو مدى استجابته للمعالجة .

وأخيراً وليس آخراً تعتبر الشرائح التشريحية المرضية سجلاً حقيقياً يمكن حفظها ، والرجوع إليها في أي وقت لمراجعة الحالة إذا احتاج الأمر ذلك .

اختيار مكان أخذ الخزعة : من انهم جداً معرفة اختيار مكان أخذ الخزعة . وتعتبر الآفات البدئية الحدية تشكل أكثر الأماكن المفضلة لأخذ الخزعة . ولا تعطي الأماكن المشوهة بالخدوش ، أو التي تشكلت عليها الجلب ، أو التي طبقت عليها المعالجات معلومات مفيدة من الناحية التشريحية المرضية . أما إذا كانت الآفات الجلدية متناثرة ، علينا اختيار موقع الخزعة ، بحيث لا تؤدي الندبة الحاصلة بعدها إلى تشوهات جمالية ، أو إعاقة وظيفية ما أمكن ذلك ويجب أن نضع في البال التأهب لتشكيل الجدرات وخاصة في منطقة العنق والقص . ويتعرض التام الجروح في منطقة العقب والظنوب إلى الاختلاطات وخاصة عند المرضى المصابين بالاضطرابات الدورانية .

إجراءات أخذ الخزعة : تزال الآفات الصغيرة بشكل كامل بالمشروط بعد تحديدها موضعياً (خزعة استئصالية) . أما في الآفات الأكبر ، فتؤخذ خزعة جزئية من الآفة . ويفيد أخذ جزء صغير من الجلد السليم المجاور الذي يبدو سليماً . ويفيد أخذ الخزعة على شكل اسفيني Wedge حيث تعتبر من أفضل الطرق جمالياً ولغاية التشخيص . ويمكن أحياناً أخذ الخزعة بالتجريف بواسطة الجفرة وهي على شكل حلقة ، أو إجراؤها بالجراحة الكهربائية . ومن الطرق الأخرى المسهلة للإجراء ، أخذ الخزعة بواسطة المثقب Punch ، باستعمال مثاقب Kromayer's or Keyes' Punch ، أو بطريقة الكشط بشفرة الخلاقة أو بالمشروط العادي أو بالمقص .

قد الخزعة وعمقها : يعتمد قد الخزعة وعمقها في كل حالة على حدة ، والخزعة بالكشط كافية إذا ما كانت الحدية المرضية قريبة من سطح الجلد ، كما في السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية . بينما تؤخذ بعمق أكثر في الآفات العميقة ، كما في الورم الحبيبي الخلقي ، وفي التهاب السبللة الشحمي Panniculitis . ويجرى الشق الجراحي ما أمكن تبعاً لخطوط ارتقاء الجلد ، وهي تطابق التفضينات في جلود الشيوخ ، غير أنها لا تتطابق مع خطوط لانجر Langer . وإذا ما أخذ الشق الجراحي تبعاً لخطوط ارتقاء الجلد ، يكون الجرح غير مشدود

نقص التقرن Hypokeratosis : يتصف بقلة ثخانة الطبقة المتقرنة كما في الجلد الشيخوي مثلاً . كما تميل الطبقة الحبيبية إلى قلة ثخانتها أيضاً .

خطل التقرن Parakeratosis : يعرف خطل التقرن بأنه تقرن ناقص أو غير طبيعي ، وينتج عن اضطراب استقلابي في الخلايا كما في الصدف . حيث تبقى النوى في الخلايا المتقرنة وتغيب الطبقة الحبيبية . هذا وإن فرط التقرن وخطل التقرن لا يلتقيان كثيراً ، وإن تواجدهما معاً يسمى خطل فرط التقرن **Orthokeratosis** . أما التقرن السوي **Parahyperkeratosis** فيعرف بأنه تقرن طبيعي في الخلايا مع غياب النوى وفي مرحلة سابقة لانتقال هذه الخلايا إلى الطبقة المتقرنة .

خلل التقرن Dyskeratosis : وهو تقرن مبكر غير تام في بعض الخلايا المقرنة **Keratinocytes** ، وتنفصل عن الخلايا البشرية الأخرى الطبيعية التي لم يتم فيها التقرن بعد . ومثال هذه الخلايا ما يحدث في داء باجيت .

التحجب Granulosis/فرط التحجب : وهو زيادة في ثخانة الطبقة الحبيبية ويأخذ بؤراً كما في بعض الأمراض كاللحزاز المسطح .

الشواك Acanthosis : وهو ازدياد في عدد طبقات الخلايا الشائكة **Spinous Cells** (الطبقة المالبكية) . ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تطاول حلقات البشرة وزيادة في عرضها كما في الصدف .

ضمور البشرة Atrophy of the Epidermis : يؤدي ضمور البشرة إلى قلة في عدد صفوف الطبقة الشائكة ، وعادة ما يكون مترافقاً مع ضيق الطبقة الحبيبية والطبقة المتقرنة ، ويتبدل الشكل الموجي للموصل البشري الأدمي إلى انحناء في الحلقات وذلك بسبب ضمور الحلقات ، كما في التهاب جلد النهايات المزمن المضمر .

السفاج Spongiosis (الوذمة البشرية) : يعرف السفاج بأنه تخلخل في خلايا البشرة ، ينجم عن الوذمة بين هذه الخلايا ، ويؤدي إلى انفصال الخلايا ودورانها حول جسيمات الوصل ، مما يؤدي إلى وضوح المظهر الشائك للخلايا المقرنة في الطبقة المالبكية .

إن تزايد ضياع الاتصال في جسيمات الوصل (انحلال الأشواك الصغير **Microacantholysis**) ، مع زيادة المسافات بين الخلايا بسبب الوذمة وبسبب تمزق الزوايا الخلوية ، كل ذلك يؤدي إلى حدوث الحويصل السفاجي كما في التهاب الجلد .

سطحيتها . أو أنها تكون مضغوطة أو ممزقة ، أو أن نسيج الخزعة مخثر تخشيراً كهربائياً . غير أنه بالرغم من أخذ الخزعة وتحضيرها الجيدين ، ودقة المعلومات السريرية المعطاة ، وبالرغم من دراستها من قبل مشرح مرضي خبير ، فإن هذا كله لا يكفل دوماً وضع التشخيص الأكيد والنهائي ، ويستدعي ذلك في مثل هذه الحالات فحص المريض والخزعة معاً وبأن واحد .

وبينما تكون الصورة النسيجية واضحة وجلية في العديد من الأورام ، فإنه يصعب معرفة وتمييز بعض الجلادات النهائية . إذ لا يمكن تشخيصها إلا استناداً إلى السريري والتشريح المرضي معاً . ولكي ندرك حدود وإمكانات التشريح المرضي في الأورام ، نضرب مثلاً على ذلك ، وهو صعوبة التمييز أحياناً بين الشوكوم القرني **Keratoacanthoma** والسرطانة الوسفية (الشائكة) **Squamous Cell Carcinoma** . وكذلك الحال بين الميلانوم الخبيث والورم مغزلي الخلايا ووحمة سبيتز **Spitz Nevus** .

ومن الصعوبات التي يواجهها المشرح المرضي الجلدي الحبيومات حيث لا يكون التشخيص التفريقي دائماً سهلاً فيما بين الذأب الشائع **Lupus Vulgaris** والفرناوية (الساركويد) ، والإفرنجي الشائلي ، والجدام ، والأخماج الفطرية العميقة والحبيومات الأخرى .

مبادئ التشريح المرضي الجلدي :

لا بد للطبيب من معرفة مبادئ التشريح المرضي الجلدي والإلمام بالموجودات والعلامات الرئيسية على الأقل ، وذلك لفهم أمراض الجلد وآلياتها الإراضية . يمكن أن تكون التغيرات التشريحية المرضية في البشرة ، وملحقات البشرة ، والغدد ، وفي الأدمة و/أو طبقة ما تحت الجلد . وتشمل تغيرات استقلابية وبنوية ، كما في التقرن غير الطبيعي وفي الالتهابات (الوذمة ، الخلايا الالتهابية) والتنشؤات الخبيثة منها والسليمة .

التغيرات النسيجية في البشرة والطبقة القاعدية :

فرط التقرن Hyperkeratosis : يعرف فرط التقرن بأنه زيادة في ثخانة الطبقة المتقرنة **Stratum Corneum** . ونحن نفرق ما بين فرط التقرن الاحتباسي **Retention Hyperkeratosis** مع قلة ثخانة الطبقة الحبيبية ، وقلة توسف الخلايا المتقرنة كما في السالك الشائع ، وبين فرط التقرن التكاثري **Proliferation Hyperkeratosis** حيث يتصف بشخانة الطبقة الحبيبية وزيادة الطبقة المتقرنة كما في الثفن . وعلى ضوء الأبحاث الحديثة يبدو التقسيم السابق مبسطاً جداً .

التبدل الفجوي ، التبدل البالوني ، والتكس الشبكي

Alteration Cavitaire, Ballooning and Reticular Degeneration : يتصف التبدل الفجوي بحدوث وذمة داخل

الخلايا البشرية مع تفجج حول النواة . ويعرف التكس البالوني بحدوث وذمة شديدة داخل الخلايا البشرية مما يؤدي إلى تمدد جسم الخلية حيث يأخذ شكلاً يشبه البالون ، وتصبح النواة مسطحة ومضغوطة باتجاه الجدار الخلوي . ويشاهد التكس البالوني في الخلأ البسيط والخلأ النطاقي ، وتحدث بهما حويصلات ضمن البشرة . أما التكس الشبكي فينجم عن بقايا الجدر الخلوية في البشرة .

انحلال الأشواك Acantholysis : تخضع جسيمات الوصل في الجسور الخلوية في البشرة إلى تبدلات مستمرة ، وهي بحالة فعالة حيث تتخرب باستمرار ويعاد بناؤها من جديد بشكل مستمر . ويؤدي انحلالها إلى تكوّن الخلايا البشرية وتشكل حويصلات داخل البشرة ، ويبدأ تشكلها في الطبقة فوق الطبقة القاعدية . ويؤدي تفرق الخلايا المالبكية عن بعضها إلى ما نسميه بانحلال الأشواك كما في داء الفقاع الشائع .

البثرة السفاجية الشكل Spongiformis Pustule : تنجم البثرة السفاجية عن تشكل يشبه الشبكة ، ناجم عن البقايا الخلوية في الطبقات العليا من البشرة ، مع وجود كريات بيض ضمن عيون هذه الشبكة . وهذه الآفة مميزة للصداف البثري . **القيح أو التكس القبيح الفجوي للخلايا القاعدية :** قد يؤدي التكس الفجوي للخلايا القاعدية إلى انحلالها الكامل ، ويؤدي بالنتيجة إلى تشكل حويصلي تحت الطبقة القاعدية كما في الحزاز المسطح والذئب الحمامي .

السلس الصباغي Incontinentia Pigmenti : يؤدي تخرب الخلايا القاعدية أو تنخرها إلى إطلاق أو تحرر الميلانين داخل الخلايا ، ويسقط إلى الأجزاء العلوية من الأدمة حيث يخترن ضمن الخلايا البالعة الكبيرة كما في الحزاز المسطح ، والاندفاع الدوائي الثابت .

تدعى البالعات الكبيرة التي تبتلع الميلانين ببالعات الميلانين الكبيرة أما مصطلح حامل الميلانين Melanophore ، الذي كان يستخدم سابقاً ، فيستخدم حالياً وفقاً على الخلايا الملانية الحاوية على الميلانين عند بعض الحيوانات مثل الأسماك والزواحف . وتسمح هذه الخلايا بحدوث تبدل سريع في لون الجلد .

الانقضاء/التسرب Exocytosis : وهو عبارة عن هجرة الخلايا الالتهابية من الأدمة إلى البشرة ، مثل اللمفاويات والخلايا وحيدة النوى كما في الإكزيمة . ويؤدي حدوث تجمعات صغيرة بهذه الخلايا في البشرة إلى تشكل خراجات صغيرة تميز بعض الأمراض ، مثل خراجات مونزو ، وهي تتألف من عدلات

مجمعة في الطبقة المتقرنة كما في الصدف . أما الخراجات الدقيقة لبوترية فهي عبارة عن تجمعات صغيرة لخلايا وحيدة النوى في الطبقة الشائكة من البشرة كما في حالة اللمفوما ثائية الخلايا .

التبدلات التشريحية المرضية في الأدمة :

وهي تبدلات مألوفة عادة ولذلك لا نحتاج إلا لشرح بسيط لها .

الورام الحليمي Papillomatosis : وهو عبارة عن تطاول في عرض الحليمات الأدمية وتفرعها ، وهي أكثر وضوحاً في الأورام الحليمية القنبيطة الشكل (مثالها الثآليل الشائعة) ، ويؤدي توسع عرى الأوعية الدموية الشعرية وارتشاح المصورة في الأدمة الحليمية إلى حدوث الوذمة في الأدمة الحليمية .

الرشاحة الخلوية الالتهابية : يحدث الارتشاح الخلوي الالتهابي في الكثير من الجلادات ، وتأخذ الرشاحة الالتهابية أنماطاً مميزة تساعد في وضع التشخيص التشريحي المرضي للأمراض الجلدية الالتهابية .

تنجم الأنماط المختلفة للرشاحة عن كيفية ومكان توزيعها حيث يمكن أن نطلق عليها طبوغرافية الرشاحة الالتهابية ، وعن أنواع الخلايا الالتهابية في الرشاحة ، والتبدلات المرافقة في البشرة وملحقاتها ، وبنية الأدمة عموماً ، وكل ذلك يلعب دوراً في وضع التشخيص .

التصنيف الطبوغرافي للخلايا الالتهابية : قد تكون الرشاحة حول الضفائر الوعائية السطحية للأدمة فقط كما في التهاب الجلد ، أو حول الضفائر الوعائية السطحية والعميقة بأن واحد كما في ابيضاض الدم اللمفاوي .

تميز الرشاحة الشريطية الشكل الكثيفة مع تخرب الموصل البشري الأدمي بعض الأمراض كالحزاز المسطح . ترتبط الرشاحة بالملقحات كما في العد الشائع . وأحياناً لا ترتبط بالملقحات ولا بالأوعية كما في التهاب بجلد النهايات المزمن المضمّر .

وأخيراً توجد بعض الأمراض التي تغور فيها الرشاحة وتصل إلى السبلة الشحمية وتكون فصيصية أو ما بين الفصيصات في الحجب كما في التهابات السبلة الشحمية Panniculitis .

أنواع الخلايا في الرشاحة : قد تكون الرشاحة الالتهابية في غالبيتها من اللمفاويات ، أو لمفاوية وناسجة ، أو ناسجة ، أو كريات بيضاء (معتدلات ، حمضات) ، أو خلايا مصورية ، أو خلايا بدنية . ويمكن التمييز نسبياً بين الرشاحة الالتهابية وحيدة الشكل الخلوي ، أو متعددة الأنواع الخلوية . وإلى جانب الأشكال الأساسية في الأدمة نجد خلايا خاصة على حساب سلسلة الخلايا وحيدة النواة والخلايا الناسجة ،

الكيميائية الخلوية الحمائية . ومن الوسائل التشخيصية المساعدة الأخرى الدراسة المناعية الخلوية بوحيدات النسيطة Monoclonal للتمييز بين أشكال الخلايا اللمفية . ونحتاج أحياناً المجهر الإلكتروني في دراسة بعض الخلايا كما في كثرة المنسجات X .

التبدلات الأخرى التي تصيب الأدمة : يمكن الكشف عن التبدلات المرضية في الغشاء القاعدي للبشرة ، والملحقات الجلدية ، والأوعية الدموية ، والمادة الأساسية في الأدمة بين الخلايا ، باستخدام ملونات خاصة منها Hale - PAS .

ويمكن الكشف عن وجود بنى بللورية داخل أو خارج الخلايا كالكوليسترول أو السيليكات باستخدام المجهر المستقطب . ويمكن في بعض الأمراض أن تتخرب الألياف المرنة (تمزق الألياف المرنة) . وقد يخضع المفراء للتكسب الأساسي (المران الضيائي) ، أو يتمزق إلى فتحات صغيرة ، أو يفقد خصائصه التلوينية بسبب التنخر .

وبالعات الكبيرة والخلايا البشراية Epithelioid Cells والخلايا الرغوية الخلوية على الشحوم (الخلايا الصفرومية) ، والخلايا العملاقة (لانغهانس ، توتون ، الخلايا العملاقة الخاصة في الجسم الأجنبي) ، وبالعات الحديد الحاملة للهيموزيدرين ، وبالعات الميلانين الحاملة له .

وأخيراً قد نجد أشكالاً خلوية شاذة من الخلايا في الأمراض المجموعية الخبيثة الخاصة بالجهاز اللمفاوي أو الجهاز المولد للدم .

تحديد هوية الخلايا الالتهابية : يمكن عادة تحديد أشكال الخلايا الالتهابية ومعرفتها باستخدام المحضرات النسجية الروتينية الملونة بالهيماتوكسيلين - إيزرين . ونحتاج أحياناً إلى ملونات خاصة لتحديد هوية بعض الخلايا ، كما في الخلايا البدينة (ملون التوليدين الأزرق وملون غمزا) ، أو اختزان الهيموسيدرين (ونحتاج إلى ملون برلين الأزرق للحديد) . وفي بعض الحالات الضرورية قد تلجأ للدراسة الكيميائية الخلوية وخاصة

أما على الأجناف فتتطور بشكل انتقائي ثآليل خيطية ذات جذوع طويلة خيطية الشكل ، وكثيراً ما يُظن خطأً على أنها أورام ليفية . (انظر الشكل ٢ - ١) .

وفي ناحية اللحية تظهر الثآليل بأعداد كبيرة وتكون مدوّرة أو خيطية الشكل ، وهي تقطع بسهولة أثناء الحلاقة مما يؤدي إلى انتشارها بشدة وكثافة عن طريق العدوى الذاتية (راجع الشكل ٢ - ٢) .

أما في الأفوات بين أصابع القدمين واليدين فإن المسافة الضيقة بين الأصابع تحمي الثآليل من المؤثرات الخارجية فتبقى بنيتها أكثر حلّمية . وتأخذ الثآليل على السطح الراحي لليدين والأصابع شكلاً مزيقاً بسبب التأثير الميكانيكي للاحتكاك ، وتدعى بالثآليل المزيقية Mosaic ، حيث تبدو عليها نقاط صغيرة ذات لون بني أو أسود (بسبب التخثر الحاصل في غرى الشعريرات ووجود الكريات الحمر في الطبقة المتقرنة) .

أما على الفروة فتأخذ الثآليل شكلاً أصعباً أو زغائياً . وهي أشكال شائعة في هذه النواحي (الثآليل الأصعية) وتشبه بذلك الأورام الليفية الحليمومية .

على الشفرين الصغيرين تكون الثآليل في هذه الناحية ذات شكل حلّمي أو خيطي عادة .

وفي الأنف تنضغط الثآليل بشدة بسبب وزن الجسم وتأخذ شكلاً مزيقاً .

الأغشية المخاطية : تظهر الثآليل على الأغشية المخاطية الفموية ، وبشكل خاص على اللسان (ذروته) وظهر اللسان واللحم (الثآليل المخاطية) . وهي عبارة عن ثآليل حليمومية حُمية تأخذ شكلاً دائرياً مقبباً أو مسطحاً ، لونها رمادي مائل للبياض (الأورام اللقمية المسطحة) . ويجب أن نفرقها عن الأورام اللقمية المؤنفة التي تصيب الأغشية المخاطية التناسلية ، وكثيراً ما يصعب مثل هذا التمييز .

جسم القضيب والأوجه الخارجية للشفرين الكبيرين : تتطور في هذه الناحية حطاطات بلون الجلد ثؤلولية الشكل ، وحيدة أو متعددة . ومن الناحية النسجية ، يؤدي وجود الخلايا الشاذة إلى صعوبة في التشخيص التفريقي إذ تختلط مع داء بوفن Bowen والحطاط البوفناني على القضيب والفرج .

طبّات الأظافر : الثآليل الداحمية شائعة وهي تؤدي إلى تشكّل مستعمرات في أي ناحية من الطبقات الظفرية وفي الأخاديد الوحشية والقرية من سرير الظفر . وإذا ما توضع في الأخدود الوحشي لسرير الظفر فإنها يمكن أن تنمو ممتدة تحت الصفيحة الظفرية ومؤدية في النهاية إلى انحلال الظفر

٢ HPV	ثآليل اليدين والأصابع
٤ HPV	الثآليل المزيقية
١ HPV ، ٤ ، ٧	ثآليل الجزارين
٣ HPV ، ١٠ ، ١١	Plane Juv.
٢٩	Warts
٦ HPV ، ٧	Pointed warts
٣ HPV ، ٥ ، ٨	ثدن البشرة ثؤلولي الشكل
١٤ ، ١٥ ، ١٧	داء ليفاندوفسكي
١٩ ، ٢٥ ، ٢٦	لوتس
٢٩	
٦ HPV ، ١١	الأورام الحليمية الحنجرية
١ HPV ، ١٣	داء هيك Heck
١٦ HPV ، ١٨	Bowenoid Papulosis

الثآليل الشائعة Verrucae Vulgaris أو Common Warts :

وهي الشكل الأكثر انتشاراً ، قد تكون مفردة أو متعددة . ويبدو أنه يوجد تآهب خاص للإصابة بها . وتعتبر النهايات أكثر تعرضاً للإصابة بسبب نقص الأكسجة ، وذلك لأن دخول الحماض أسهل عندما يضعف الدوران الدموي وتضعف المقاومة ، كما أن دخولها جلد الأطفال أسهل وبخاصة ذوي البنية التآتية أو الجلد الجاف .

الموجودات السريرية : لا يتجاوز حجم الثؤلول في البدء حجم رأس الدبوس ، وبذلك فهو لا يختلف عن الثؤلول الفتوي المسطح ، حيث يبدو على شكل عقيدة جلدية قاسية وبارزة . وبالتدرّج ، فإن حجم الثؤلول يكبر ويخشن سطحه بزيادة التقرن . الحدود واضحة جداً . ويكسل السطح بفرط التقرن الذي يتشقّق ويأخذ لوناً أصفر مائلاً إلى الرمادي . كما تبدو أحياناً بقع سوداء نقطية ناجمة عن ترسبات دموية . تكبر بعض هذه الثآليل وتأخذ حجم حبة البازلاء أو الفاصولياء ويسمونها بالثؤلول الأم . أما الثآليل النبات فتتطور حول الثؤلول الأم بالعدوى الذاتية . وتختلف بنية الثآليل وشكلها حسب الناحية التشريحية المتوضعة فيها .

فالثآليل على الأصابع وظهر اليدين تكون مفردة التقرن ، نموذجية .

الجزئي . تنتقل التآليل الداحسية عن طريق مص الأصابع أو عضها (ظاهرة كوبنز الكاذبة) ، لأن الحمات التؤلوية تستطيع بسهولة أن تستعمر النواحي البشرية المؤوفة بسبب الرض الناجم عن هذه العادات السيئة . (راجع الشكل ٢ - ١) .

سرير الأظافر Nail bed : نادراً ما تتطور التآليل بشكل بدئي تحت الظفر . وعندما يحصل ذلك فإن التآليل تأخذ شكلاً ورمياً ، مؤلماً ، وخاصة عند الضغط عليها ، وتتوضع مباشرة فوق سرير الظفر وتحت الصفيحة الظفرية ، وقد تؤدي في النهاية إلى ائتكال العظم المستبطن . وفي البداية تحصل تبدلات في الأظافر شبيهة بما نشاهده في الصدف (بقعة الزيت) . ويجب في التشخيص التفريقي أن نميزها عن ائشوكوم القرني ، والسرطانة وسفيه الخلايا ، والورم الكبي ، والأعران العظمية تحت الأظافر ، والغضروم Chondroma وأحياناً عن التغيرات الصدفية .

التوضعات الأخرى : يمكن للتآليل أن تتوضع في أي ناحية من الجسم مثل المنتحمة ، وفوهتي الأنف ، ومخاطية الأنف ، والجذع وغيرها ... كما قد تظهر التآليل الشائعة متوافقة مع ظهور التآليل المسطحة (الفتوية) الشبابية أو مع الأورام اللقمية المؤنفة . وقد تتعمم التآليل عند المصابين بعيوب مناعية (داء التآليل المعممة) ، كما هي الحال أثناء المعالجة بمثبطات المناعة عند المصابين بابيضاض الدم ، متلازمة ويسكوت - ألدريش Wiskott - Aldrich ، أو في الإيدز . وعند الأطفال المصابين بالإكزيمة التأبئية قد تتطور عندهم التآليل بأعداد هائلة نتيجة العدوى الذاتية ، وبعد الاستعمال المديد للمراهم الكورتيزونية (الإكزيمة التؤلوية ، الداء التؤلوي التأبئي) .

التشريح المرضي النسيجي : هناك بعض الاختلافات النسيجية بين الأشكال السريرية المختلفة للتآليل ، لكن هذه الاختلافات غير كافية لتحديد نوع الحمة الحليمومية الإنسانية بشكل مؤكد . إن الصورة الخلوية للتؤلول الشائع مميزة : تكاثر بشروي (شواك acanthosis) ، حلقات أصبعية الشكل من النسيج الضام (تحلم) بين استطالات بشرية متطاولة بشدة ، خلايا فجوية كبيرة (خلايا بالونية) مع أجسام اندخالية ذات تلون أسّي وذلك في طبقة الخلايا الحبيبية وفي القسم العلوي من الطبقة الشائكة . تغطي البشرة بطبقة من فرط التقرن النابت الذي يحوي بشكل وصفي على بؤر من خطل التقرن Parakeratosis واندخال كريات حمراء ووجود تجاويف صغيرة حاوية على المصل في ذرى الحلقات الأدمية .

الاستجهار بالمجهر الإلكتروني : لا يمكن إظهار الجزئيات الحموية إلا في المقاطع المأخوذة من التآليل الحديثة . ويمكن

الكشف عن عناصر الأجسام الحموية الحليمومية الوصفية ، وعلى وجه الحصر تقريباً ، في الخلايا البالونية في القسم العلوي من الطبقة الشائكة وفي الطبقة الحبيبية ، وفي البقايا النووية الموجودة في بؤر خطل التقرن . وتجتمع عناصر الحمات الراشحة على شكل بلّوراني عادة ، لكنها تكون مبعثرة أحياناً أو موضوعة على شكل سلاسل أو مجموعات . (راجع الشكل ٢ - ٣) .

السرير والإنذار : تشفى التآليل الشائعة عفوياً بعد مدة تتراوح بين عدة أسابيع أو أشهر أو حتى سنوات . ويشير التحول الالتهابي ، الذي يكون غالباً من النوع الحزازاني ، إلى حدوث تفاعل دفاعي مناعي في الجسم يتبعه في الأغلب شفاء الآفة .

التشخيص التفريقي : وهذا يختلف اعتماداً على توضع التآليل : فعندما يتوضع على الأذن أو الشفاه يجب أن يفرق عن الشوكوم القرني ، وفي نفس التوضعات (على الأذن والشفاه) وعند المصابين بتخرب ضيائي في الجلد يجب تفريقها عن السرطانة وسفيه الخلايا ، والقرن الجلدي المتوضع على تفران ضيائي ، وداء بوفن . ويجب أن تفرق التآليل أيضاً عن التقرانات المثية وورم خلل التقرن المتألل لـ Szymanski والغمدوم الشعري الخارجي ، والحطاط البوففاني ، والحزاز المسطح التؤلوي (وبشكل خاص في توضعاتها على الساقين) ، وعلى الأخص عندما تكون هذه التآليل حاككة . ويختلط التشخيص بالتقران النقطي على راحتين والأخصصين وبعض الإفرنجيات وسل الجلد التؤلوي في اليدين والقدمين .

التآليل الأخمضية Verrucae Plantares أو Planter warts :

الموجوات السريرية : التآليل الموضوعة في أخمص القدم ليست سوى شكلاً خاصاً من الأورام الحليمية الحموية ، وهي بالحقيقة شكل من التآليل الشائعة . ويمكن أن نشاهد لها أشكالاً عدة : فقد تكون تؤلولاً أخمضياً وحيداً ، يشبه التؤلول الشائع تماماً ويحيط به فرط تقرن بما يشبه الثفن .

التآليل المزينة : وهي عبارة عن تآليل أخمضية تبدو بأعداد كبيرة في الأخمصين ، وخاصة في الوجه الأخمضي للأباحس Toes . تنضغط هذه التآليل إلى داخل الجلد لتقل الجسم الواقع على هذه الأماكن وتنعما من أن تكون ناكثة إلى الخارج . وتنتشر التآليل المزينة بسرعة ، وهي غير عرضية عادة . وتعتبر التآليل الأخمضية سارية بشكل خاص . ويمكن أن تتم العدوى في الأماكن العامة التي يمشي فيها الناس حفاة بالعادة كالمساح وملاعب الجمناز والمشاخ والحمامات العامة . (راجع الشكل ٢ - ٤) .

التآليل الناجمة : هذا الشكل من التآليل الأخمضية مؤلم جداً وتؤدي أحياناً إلى عدم القدرة على المشي أو العمل ، تحيط بها

بخطاطات لماعة بنفسجية اللون تبدي خطوط ويكهام . وتُفرق عن الحزاز الدقيق ، وتقران النهايات الثُلُولِي الشكل الذي هو عبارة عن تقران مرافق لداء داريسه ، والثُلُول المِثِي Seborrheic Wart المشاهد عند كبار السن .

اللقمومات المؤنفة Condylomata Acuminata :

وتسمى بالثآليل التينية Fig Warts .

التعريف : هي ثآليل خمجية تظهر في ثنيات الأغشية المخاطية ، ولها ثلاثة أشكال مختلفة :

– اللقمومات المؤنفة وهي أورام لُقمية مؤنفة (الشكل المدرسي) .

– اللقمومات المسطحة وهي شائعة الحدوث على عنق الرحم والقفلة .

– اللقمومات العملاقة : شكل مخرب من لقمومات عملاقة (ورم Buschke – Löwenstein) .

اللقمومات المؤنفة (الشكل المدرسي) :

الإمراض : لا بد لحدوث الخمج الحموي من وجود بنية خاصة تتميز بالرطوبة والتعطن وغيوب بشرورية . ولهذا السبب نجد أن اللقمومات المؤنفة تصيب الأشخاص المصابين بتضيق في القلفة ، أو التهاب إحليل مزمن سيلاني وغير سيلاني ، أو مذح أو ضائعات مهبلية ، أو حين وجود آفة إفرنجية ثانوية « أو أكزمية في الناحية الشرجية ، أو التهاب مستقيم مزمن ، أو داء الأقصور Oxyuriasis . وقد أمكن تجريبياً إثبات انتقال هذه الآفة عن طريق الجنس . فالنقل التجريبي لهذه الآفة ، إلى الذراع مثلاً ، أدى بعد عدة أشهر إلى ظهور ثآليل شائعة ؛ وكما تم نقلها على شكل خيطي فقد ظهرت أيضاً على شكل خيطي . وتتراوح فترة الحضانة من ٣ – ٦ أسابيع . (راجع الشكل ٢ – ٦) .

الموجودات السريرية : من الشائع توضع هذه الآفة على الأعضاء التناسلية ، وتشكل بدئياً من خطاطات صغيرة جداً بحجم رأس الدبوس ، ثم تأخذ لوناً أبيض بسبب التعطن ، وقد تأخذ لوناً مائلاً للحمرة في أحيان أخرى حيث تصبح شبيهة بالثآليل الثابتة . ويزداد حجمها بالتدرج لتصبح حلليمومية ، وتنمو أكثر فأكثر لتأخذ شكل القنبيط ، وقد تغطي في النهاية كامل الأعضاء التناسلية الخارجية . وتتطور هذه النابتات حيث يمكن لأغصانها أن تتفرع . ونتيجة لتعرضها للضغط من الجانبين ، فإنها تسطح آخذة شكل عرف الديك . وإذا كانت الناحية المؤنفة جافة فإن اللقمومات تبقى جافة أيضاً وتحافظ على شكلها جيداً . وقد تتحد التشكلات الحلليمومية مع بعضها

مساحة واسعة من فرط التقرن (على هيئة ثفن) . ويمكن إظهار هذه الثآليل لدى الضغط على مركزها . وإذا فحصت عن قرب ، شوهد عدد كبير من النقاط أو الخيوط السوداء الناجمة عن النزوف التمشية أو التخثر ضمن الأوعية الدموية الموجودة في ذرى الحلقات الأدمية . تنتقل هذه النزوف إلى البشرة مؤدية بدورها إلى انتقال الكريات الحمر إلى الطبقة المتقرنة . وتفيد هذه النزوف في التشخيص التفريقي بين الثآليل والأفنان .

الثآليل العملاقة : تظهر هذه الثآليل عادة في أخمص القدم ناحية العقب ، وهي كبيرة الحجم وتمتد كثيراً نحو العمق . ويجب أن تفرق تشخيصياً عن السرطانات وسفيه الخلايا والظهاروم الإسفنجي Cuniculatum .

الثآليل المسطحة الشبابية أو الفتوية Verrucae Planae Juveniles أو Plane Warts [Doyon و Besnier] : [١٨٨١]

التعريف : انتشار مفاجيء لمئات من الثآليل المسطحة الصغيرة عند الأطفال واليافعين وأقل من ذلك عند البالغين . (راجع الشكل ٢ – ٥) .

الموجودات السريرية : خطاطات بشرورية مسطحة تماماً بقطر من ١ – ٤ ملم . تظهر على ظهر الأصابع واليدين والمعصمين وفي الأجزاء البعيدة من الساعدين ، والوجه ، وناحية اللحية بشكل خاص حيث تم العدوى عن طريق الحلاقة ، وعلى الصدغين . وهي خطاطات مدورة أو بيضاوية الشكل ونادراً ما تكون مضلعة ، قليلة الوضوح بسبب لونها الرمادي أو الرمادي الضارب إلى الصفرة ، أو الأصفر المائل للبيج ، سطحها قليل التقرن . وهي تأخذ على الوجه لوناً أصفراً ، فتشبه بذلك الصفرومات Xanthoma ، أو تكون بلون القهوة الضارب للبيج قليلاً ، وقد تكون مائلة للون الأحمر أو حمراء بوضوح . ويشير الإحمرار أو التحول الالتهابي لهذه الثآليل عادة إلى وجود تفاعل مناعي في الجسم ضدها . إذ تشفى بعد ذلك بفترة قصيرة جداً ، ولو أن هذا التفاعل لا يحدث إلا بعد أشهر أو حتى سنوات .

التشريح المرضي النسيجي : شواك متوسط الشدة ، وقلما نجد بعض التحلُّم ، مع فرط تقرن بسيط مترافق مع خطل تقرن . كما نجد العديد من الخلايا البالونية في القسم العلوي من الطبقة الشائكة وفي الطبقة المتقرنة . لا توجد أية تبدلات أدمية بشكل أساسي إلا أن الثآليل المسطحة التي هي في طور النشوء تبدي رشاحة لمفاوية شريطية حزازانية الشكل .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الحزاز المسطح الذي يتميز

مصل . كما يجب تمييز اللقمومات المؤنفة عن الفقاع النابت الذي لا تقتصر إصابته على النواحي التناسلية فقط ، بل تترافق عادة مع إصابات في الأغشية المخاطية الفموية ونواحي أخرى من الجسم ؛ علاوة إلى أن نابتات الفقاع النابت ليست قنبيطية الشكل . وإن وجود بثرات في محيط الآفة مع تشققات بشرية بسبب انحلال الأشواك يقود إلى التشخيص الصحيح .

اللقمومات المسطحة *Condylomata Plana* :

التعريف : هي عبارة عن شكل خاص من اللقمومات المؤنفة في الناحية التناسلية .

الموجودات السريرية : تفضل هذه التآليل عنق الرحم ولكنها قد تصيب القلفة أيضاً . ومن الأهمية بمكان أن نعلم أن ٣٠ - ٥٠٪ من حالات خلل التنسج البدئي في عنق الرحم تحوي على مستضدات الحمة الحليمومية الإنسانية ، ويشاهد سرطان عنق الرحم في ١٠٪ من الحالات .

اللقمومات العملاقة *Condylomata Gigantea* :

[Buscke - Löwenstein ١٨٩٦ - ١٩٢٥] :

التعريف : وُرام حليمي حموي ذو تطور ونمو مخرب يشاهد عادة في القلفة وناحية ما حول الشرج .

الإمراض : تسمح البيئة الرطبة بشكل خاص بالإضافة إلى حالة نقص المقاومة عند المرضى بالتطور السريع لهذه اللقمومات العملاقة .

الموجودات السريرية : تتطور كتل ورمية من اللقمومات العملاقة بسرعة فائقة في ناحية القلفة وما حول الشرج . تغزو هذه الأورام الأجسام الكهفية وقد تؤدي إلى انثقاب القلفة وجلد جسم القضيب . ويندر تطور هذه الآفات نحو الخباثة ، إلا أن المعالجة الموضعية بالبودوفيلين قد تؤدي إلى تبدلات موضعية توحي بحدوث الخباثة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن اللقمومات المسطحة اللاطئة C. Lata التي تكون لاطئة أو مسطحة ، ولا تأخذ شكلاً حليمومياً . واللقمومات العملاقة ذات صلة وثيقة بالورام الحليمي الفموي الوردي الذي يصيب الغشاء المخاطي الفموي ، وبالورام الحليمي الجلدي السرطاوي (Gotttron) المشاهد في أسفل الساقين ، وبالظهاروم الإسفني الذي يتوضع في أخمص القدمين . (راجع الشكل ٢ - ٨) .

التآليل المخاطية *Mucosal Warts* :

ونميز لها ثلاثة أشكال سريرية :

- التآليل المخاطية المنفردة .
- التآليل المخاطية المنتثرة .

البعض فتشبه بذلك العناقيد ، وتأخذ لوناً مطابقاً للون الجلد أو لوناً لؤلؤياً مع لمعان باهت يكسوها غطاء تقرني مميز . أما إذا كانت الناحية رطبة فإنها تعطن ويصبح لونها بلون الخرف الصيني الأبيض ، كما تصبح طرية لينة الملمس ، وتبقى أجزاؤها المتوضعة في عمق الثنيات حمراء رطبة . ويمكن أن يشمل التعطين مساحات واسعة من سطح الآفات وعند قاعدتها فتصبح نازة ، تبعث منها رائحة كريهة ، ثم تتنخر أخيراً . أما التوضعات المفضلة لهذه اللقمومات فهي :

عند النساء : على الشفرين الكبيرين والصغيرين وحتى مدخل المهبل . وشكل انتبني يشبه بتقريب هو الشكل الأكثر شيوعاً عندهن . كما يمكن أن تشاهد دخول نهمل وعلى عنق الرحم .

عند الرجال : في الثلم الإكليلاني ، والغشاء القلبي الداخلي . وهي تأخذ شكلاً منتبناً في الثلم الإكليلاني وتشبه التآليل الحليمومية كثيراً ، ويصاب اللجيم بشكل شائع نسبياً وأقل من ذلك الحشفة ، وقد تظهر في صماخ البول ، وقد ترى بنيات حليمومية في الغشاء المبطن للإحليل أثناء تنظيره . ويؤدي التعطين والإنسان الثانوي إلى التهاب الحشفة وإلى تآكلات انضغاطية التهابية قد تؤدي إلى انثقاب القلفة نحو الخارج إذا كان سطحها مصاباً بشكل كامل بهذه الأورام . ومن الملفت للنظر الشبه الشديد بين هذه الآفات والسرطانة Carcinoma . وفي الناحية الشرجية والمغنية يمكن لهذه اللقمومات أن تنضغط من الجانبين لتأخذ شكل عرف الديك . (راجع الشكل ٢ - ٧) . ويجب توجيه عناية خاصة لمنع التعطين الذي يؤدي إلى زيادة نسبة الإصابة بهذه التآليل كالمفرزات الصادرة من الشرج (البواسير الداخلية ، التهاب المستقيم المزمن ، هبوط الشرج ، السيلان المستقيمي ، داء الأقصور) . كما يجب الانتباه عند توضع التآليل المخاطية في المستقيم (فهي مصدر للنكس) . وتشيع إصابة الجنوسيين ومرضى الإيدز باللقمومات كما يمكن أن تظهر في أماكن أخرى غير الناحية الشرجية والتناسلية ، فمثلاً قد تظهر في السرة أو تحت الثديين أو في الثنية الأنفية الشفوية عقب الإصابة بالمذح أو السيلان الدهني أو الإكزيمة .

الإنذار : بالرغم من أن اللقمومات المؤنفة تبدي تكاثراً واضحاً وقد تؤدي إلى تنكس نخري مما يذكر بالسرطانات ، إلا أنها لا تتطور أبداً نحو الخبيث .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق عن اللقمومات المسطحة اللاطئة (Condyloma Lata) التي هي عبارة عن حطاطات مسطحة غير حليمومية والتي لا يمكن الفصل بينها باستخدام رأس كليل . وإن اللقمومات المؤنفة ، إذا ما تعطنت ، يمكن أن تلتبس باللاطئة ، غير أنها إذا كانت جافة فإنها لا تفرز أي

– الأورام الحليمية الخنجرية .

التآليل المخاطية المعزولة :

ويمكن أن تصيب الشفاه ، واللسان ، والجم اللسان ، والأغشية المخاطية لباطن الخدين .

التآليل المخاطية المنتشرة :

الموجودات السريرية :

وتسمى بالورام الحليمي الفموي أيضاً . وتتصف بظهور حطاطات صغيرة ثؤلولية الشكل ، لونها مائل إلى الأبيض ، تتوضع داخل ناحية الفم وقد يصل تعدادها إلى المائة . وتختلف مدة الإصابة بها وقد تتطور نحو الشفاء العفوي خلال أشهر أو سنوات .

التشخيص التفريقي : فرط التنسج الظهاري البؤري (داء Heck) وداء كودن Cowden الذي تحدث فيه أورام ثؤلولية الشكل صغيرة الحجم في ناحية الفم وعلى الوجه (قد تكون أورام غمد الشعرة Trichilemmomas) . وقد تبين وجود حمات حليمومية في هذه الآفات غير قابلة للتمييز عن الحمات الحليمومية الإنسانية من الناحية الشكلية . لكنه لم يتم العثور على حمات حليمومية إنسانية بطريقة تهجين الدنا DNA . وما يدخل في التشخيص التفريقي أيضاً الوحة المخاطية البيضاء (الوحة الإسفنجية البيضاء) ، التي تتوضع في الأغشية المخاطية الفموية ، أو الأنفية أو المهبلية أو الشرجية . وهي لا تشفى عفوياً ويبدو فيها تبدلات مجهرية تتوافق مع فرط التقرون الحال للبشرة .

ثدن البشرة الثؤلولي الشكل Epidermodysplasis Verruciformis [Lutz و ١٩٢٢] :

المترادفات : داء التآليل المعمم .

التعريف : مرض نادر يتميز بحدوث تآليل ناجمة عن الحمات الراشحة ، وهي تآليل عديدة الأشكال واسعة الانتشار ، شبيهة بالتآليل المسطحة الفتوية ، وقابلة للتحويل نحو الحباثة .

الإمراض : لوحظ وجود قصة عائلية في أكثر من $\frac{1}{3}$ الحوادث مع كون الأبوين أقارب . وحدوث تخلف عقلي . ولقد تم وصف شكلين لهذه الآفة : شكل سليم تسببه الحمه HPV3 ويتظاهر بأورام حليمية مسطحة ، وشكل يحمل ضمن طياته إمكانية التحويل باتجاه الحباثة وتسببه الحمات HPV ٥ و ٨ .

الموجودات السريرية : تظهر التبدلات الجلدية منذ الولادة أو في سن الطفولة . وتبدو هذه الآفات على شكل حطاطات حزازانية ثؤلولية الشكل . ومن الصفات المميزة لهذا الداء هو أن اندفاعاته تظهر على النواحي المعرضة للضياء بشكل مستمر

كظهر اليدين والوجه . لكنها قد تصيب المناطق الأخرى غير المعرضة للضياء المستمر كالراحتين والأخصين والحفرتين الإبطيتين والأعضاء التناسلية الخارجية . ولا تصاب الأغشية المخاطية في هذا الداء . وقد تتصل التآليل ببعضها البعض وخاصة على المرفقين والركبتين والجذع . ومن الموجودات السريرية الواضحة حدوث الانتشار والامتداد الهائلين لهذه الاندفاعات الثؤلولية . وتكون الآفات على الوجه والجذع مسطحة ، لونها مائل للبي والأصفر ، وهي تتوسف فتشبه بذلك النخالية المبرقشة .

السير : تخضع بعض الآفات للتحويل الخبيث . فقد نجد حالات تتطور فيها الآفات باتجاه داء بوفن أو السرطانة وسفيه الخلايا . ويجب عدم استعمال الأشعة السينية أو فوق البنفسجية للمعالجة لأنهما قد يحرضان على التحويل الخبيث .

معالجة التآليل :

يجب أن لا تكون المعالجات الموجهة للتآليل عنيفة ، ذلك لأنها أورام حليمية حموية تعتبر من الأحماج المؤقتة . والأهم من ذلك أن لا تخلف المعالجة أية ندبات . والاستثناء الوحيد لهذه القاعدة هو وجوب استئصال الأورام الحليمية الخاضعة للتبدل الخبيث حين الإصابة بثدن البشرة الثؤلولي الشكل .

تختلف طريقة المعالجة حسب نوع التآليل وعددها وحجمها وتوزعها ، وعلى الخيرة الشخصية ، مع الأخذ بعين الاعتبار رغبات المريض بطريقة معينة من العلاج . ويوصى على العموم بالمعالجات المحافظة بسبب الشفاء العفوي الذي تخضع له التآليل .

المعالجة الجراحية : تُزال التآليل الشائعة المفردة بمجرفة أو مكشطة حادة بالاستعانة بالتجميد بكلور الإيثيل أو التخدير الموضعي .

عروة الإنفاذ الحراري أو التخثير الكهربائي : نفس الطريقة المتبعة بالمكشطة الحادة مع أخذ الحذر الكافي لإمكانية حدوث الندبات . وتعتبر اللقمومات المؤقتة أهم استطباب للمعالجة بالتخثير الكهربائي .

الاستئصال الجراحي تحت التخدير الكامل : نادراً ما ينصح بها ، وذلك لمعالجة التآليل الأخصية والنكس فيها شائع .

التجميد بالآزوت السائل : المبدأ الأساسي للجراحة القرية Cryosurgery هو إحداث حويصل تحت البشرة مما يؤدي إلى إزالة الثؤلول ، ويجب فتح الحويصلات المتوترة بعد عدة أيام . وكقاعدة عامة يحدث الشفاء دون ندبات ، وتختلف مدة التجميد باختلاف حجم وعمق الثؤلول .

حلّ القرين Keratolysis : تناسب هذه الطريقة معالجة التآليل

وايتانول ٦٠٪ حتى ١٠٠) .

المعالجة الكيميائية الضوئية : وذلك بتطبيق ٨ - ميتوكسي بسورالين بتركيز ١٥,٠٪ على شكل محلول ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجية . وبشكل عام فإن الثآليل تشفى إذا حدث تفاعل ضيائي انسامي فقاعي .

المعالجة النفسية أو المعالجة بالإيحاء : هذه الطريقة جديرة بالتجريب في الثآليل الشائعة والمسطحة عند الأطفال ، وتم المعالجة بالإيحاء بوصف المحاليل الصبغية « عصير الحلزون » كشراب سكري لزج أو باستخدام خلاصات نباتية (*Thuja Occidentalis* D6 عن طريق الفم ١٥ نقطة ٣ مرات يومياً قبل الطعام لعدة أسابيع) ، أو أن يطلى الصباغ الحقيقي لخلاصة *Thuja Occidentalis* .

المعالجة الشعاعية : لا تتوفر في الثآليل الشروط اللازمة للمعالجة الشعاعية ناهيك عن النتائج السلبية البعيدة الأمد الناجمة عن هذه المعالجة . ولذلك يحرم استخدام هذه الطريقة بالرغم من أنها فعالة جداً .

الماء الساخن : يمكن تطبيق الماء الساخن حتى درجة ٥٢° مئوية لمعالجة الثآليل المفردة الكبيرة على الأطراف أو الشفة .

العناصر الموقفة لتكاثر الحُمات الراضحة : لا توجد عوامل موقفة لتكوّن الحُمات ذات تأثير إيجابي في معالجة الثآليل ، ولقد عدّلت هذه الطريقة باستخدام ٥ - فلوروراسيل .

تدابير إضافية : يجب تحقيق استجابة وعائية مناسبة باستخدام العلاجات الموضعية الموسعة للأوعية ، أو باستخدام الجوارب المدفّعة والقفازات والأحذية المناسبة في حالة زراق النهايات . ويجب السيطرة على البيئة المناسبة لانتشار التمدح الحموي . ويتضمن ذلك معالجة المفرزات المهبلية وفرط التعرق ويجب استخدام الطلاءات المجففة أو تطبيق القطن المعقم أو إجراء الختان ... إلخ للحدّ من حدوث النكس وبشكل خاص بالنسبة للقمومات . كما يجب معالجة آفات المستقيم (بواسير داخلية ، التهاب المستقيم المزمن ، داء المبيضات البيض ، داء الأقصور ، السيّلان المستقيمي) . وعندما تكون اللقمومات مقتصرة على الناحية الشرجية فيجب معالجة الآفات البدئية المستبطنة جميعها (المفرزات الجرثومية ، الأدوية الفطرية) مع الأخذ بعين الاعتبار حالة تثبيط المناعة أو متلازمة عوز المناعة المكتسب . كما يجب معالجة الزوج الآخر وبأن واحد وخاصة في حالة اللقمومات بسبب كثرة النكس .

تدابير مختلفة : يجب معالجة اللقمومات المتوضعة في الحفرة الزورقية أو عميقاً في الإحليل من قبل اختصاصي بالجراحي البولية . كما يجب إجراء فحص نسائي كامل للقضاء على الثآليل

الشائعة فقط . وينصح بالمعالجة المشتركة في معالجة الثآليل مفرطة التقرن وخاصة الأخصية منها . مثلاً : تعطى المعالجة نصف المحافظة بتطبيق شريط لاصق حاوٍ على حمض الصفصاف (بنسبة ٦٠٪) يطبق لمدة ٤٨ - ٩٦ ساعة تزال بعدها الكتلة المتقرنة باستخدام المقص أو المشروط ، ثم يطبق مرهم خاص لعلاج الثآليل مرتين يومياً (مثل : الأنترالين ٠,٥ - ١ حمض الصفصاف ١٢,٥ ، البارافين ٢,٥ والفازلين حتى ٥٠ غ) والذي ينصح بتغطيته بشريط مرن (يوجد الشريط اللاصق لحماية الجلد الطبيعي) . ومن المراهم الأخرى نذكر فورمالدهيد أو ٢٠٪ من الزئبق النشادري *Ammoniated Mercury* . يعاد تطبيق الشريط اللاصق الحاوي على حمض الصفصاف بعد عشرة أيام ثم يتم دهن المرهم السابق مرة أخرى . وتتوفر أنواع مختلفة من المحاليل والطلاءات الحاوية على حمض الصفصاف الحال للقرنين أو الذرّاح *Cantharidin* . وقد تستغرق المعالجة أسابيع أو أشهراً .

٥ - فلوروراسيل وحمض الصفصاف : تتم المشاركة بين ٥ - فلوروراسيل كعنصر مثبط للتكاثر الخلوي مع حمض الصفصاف الحال للقرنين . وتعتبر الثآليل الشائعة استجابة لهذه المعالجة . يُركب العلاج على شكل محلول حاوٍ على ٠,٥٪ من ٥ - فلوروراسيل و ١٠٪ من حمض الصفصاف . ويدهن بهذا المحلول ٢ - ٤ مرات يومياً . وتعتبر هذه الطريقة متوسطة الفعالية وقليلة التأثيرات الجانبية إذا كانت الآفة محدودة .

البودوفيللين : تعتبر اللقمومات استجابة مناسبة لهذه الطريقة العلاجية ، حيث يطبق محلول البودوفيللين الغروي بنسبة ٢٠ - ٢٥٪ مرة واحدة في الأسبوع لمعالجة اللقمومات التناسلية . ويجب ألا تزيد مساحة السطح المؤوف المعالج عن ٨ - ١٠ سم^٢ في الجلسة الواحدة وذلك لتجنب حدوث التأثيرات الجانبية الناجمة عن الامتصاص والانسام بالبودوفيللين . وينصح بغسل الناحية بالماء العادي بعد ٣ - ٦ ساعات لتجنب حدوث التهاب الجلد الانسامي .

العناصر الموسّفة : تناسب هذه الطريقة معالجة الثآليل المسطحة الشبائية (الفتوية) حيث يستخدم التريتينون *Tretinoin* ، فيتامين آ الحامضي (*All - Trans - Retinoic Acid*) كمحلول أو مرهم أو هلام وبتركيز مقداره (٠,٠٥٪) مرة أو مرتين في اليوم عند الإصابة بالثآليل المسطحة على الوجه .

ومن العناصر الموسّفة الأخرى حمض الصفصاف بنسبة ٢٪ ، الريزورسين كمحلول غولي ٢٪ ، أو معجون الزنك الريزورسيني بنسبة ٥ - ١٠٪ مرة واحدة أو مرتين في اليوم لمعالجة الثآليل المسطحة الفتوية ، أو محلول فابري *Fabry* (الفينول السائل ١ ، ريزورسين ٢ ، حمض الصفصاف ٢)

المليساء المُعدية *Molluscum Contagiosum*

[١٨١٧ Bateman] :

المُرادفات : الظهاروم المعدي - الثآليل الانطباعية .

العامل المرضي : إن الحُمة الخاصة بالمليساء المُعدية عبارة عن حمة مكعبية الشكل من نوع الـ DNA . وهي لا تنتمي لمجموعة الحمات الحليمومية الإنسانية المسببة للثآليل ، وإنما تنتمي لمجموعة الحمات الجلدية . تصيب البشرة فقط وحجمها كبير نسبياً فأقطارها حوالي ٢٤٠ X ٣٢٠ نانومتر .

فترة الحضانة : من أسابيع إلى أشهر . (راجع الشكل ٢ - ٩) .

طريق العدوى : تنتقل الآفة من إنسان إلى إنسان آخر . والمستودع الحقيقي للحمة غير معروف تماماً . وتدخل الحمة إلى الجلد عبر تفرق اتصال بشروي أو بطريقة غير مباشرة بواسطة الملابس والمناشف والمحارم .

الموجودات السريرية : عقيدات قاسية شبيهة بالآلئ مع انطباع صغير في القمة ، لذا سميت بالثآليل الانطباعية ، تظهر هذه العقيدات على جلد سليم وترتكز عليه بقاعدتها العريضة . تكون وحيدة أو متعددة وتتوضع على شكل خطي أحياناً (ظاهرة كوبز الكاذبة) ، لونها أبيض أو أصفر أو زهري شاحب . إذا ضغطت من جانبها بواسطة ملقط يخرج من مركزها كتلة بيضاء دهنية الشكل . وإذا ما فحصت هذه الكتلة تحت المجهر تبين وجود بُنيات بيضوية الشكل شبيهة بالخلايا البشرية ، لونها متجانس ، عديمة النواة ، تدعى بأجسام المليساء ، وهي عبارة عن خلايا بشرية مصابة بالحمة الراشحة . وقد تكون الإصابة وحيدة الاندفاع ، ولكنها في العادة آفات متعددة ذات أحجام مختلفة يتجاوز عددها أحياناً عدة مئات .

وبالرغم من أن المليساء المُعدية قد تحدث في أي سن إلا أنها تكثر عند الأطفال واليافعان وأكثر النواحي عرضة للإصابة هي الوجه والعنق والأجزاء العلوية من الجسم : الذراعين ، الحفرتين الإبطيتين والحفرتين المرفقيتين ، والناحية التناسلية الشرجية . والآفات الصغيرة منها شبيهة بالدُخينات ، ونادراً ما تكون اندفاعاتها مُسَوَّقة (المليساء المعدية المُسَوَّقة) أو عملاقة (المليساء المعدية العملاقة) . وقد تجتمع اندفاعاتها مع بعضها لتشكيل ما يشبه عنقود العنب . كما قد تتعرض اندفاعاتها للالتهاب في حال المقاومة المناعية أو عندما تتلوث بالعوامل المقيحة للمرض . وقد تكون آفات حاككة بشدة مما يؤدي إلى تزايد عددها بسبب العدوى الذاتية الناتجة عن الحكّة . ويمكن الكشف عن وجود مستضدات للحمة في الخلايا البشرية

أو للقمومات المتوضعة داخل المهبل ، وتفحص الناحية الشرجية للغاية نفسها . والجنوسيون هم أكثر من يعاني من لقمومات داخل الشرج . وقد تحتاج اللقمومات الشديدة الانتشار في الناحية البولية - التناسلية إلى معالجة سريرية وربما تحت تأثير التخدير قصير الأمد ، ويمكن استخدام أشعة الليزر بنجاح .

هذا ويجب عدم استئصال أو تجريف الثآليل الأخصية لأنها تؤدي إلى حصول ندب مؤلمة بالضغط . ويجب مراقبة المصابين بشدن البشرة الثؤلولي الشكل باستمرار حتى يتم استئصال الآفات الورمية باكراً ما أمكن . ويبدو أن الإترينينات والإيزوترينون يحملان آمالاً جديدة لهؤلاء المرضى باعتبار أن هذه الثآليل تراجعت عندما عولجت بهذا الدواء الحديث ، غير أن مدة المهجوع غير معروفة .

أمراض أخرى شبيهة بالثآليل :

فرط التصنع الظهاري البؤري *Focal Epithelial Hyperplasia* [Archad و Heck و Stanley ١٩٦٥] :

ويسمى بداء هيك . وهو عبارة عن فرط تصنع بشروي ثؤلولي الشكل يتوضع في الأغشية المخاطية الفموية عند الأطفال وخاصة عند الهنود الأمريكيين .

الحدوث : يغلب حدوثها عند الأطفال واليافعان وخاصة عند الهنود الأمريكيين وقاطني أمريكا الجنوبية ، وكثيراً ما توجد قصة عائلية .

الأسباب : هي حطاطات ثؤلولية الشكل أشبه ما تكون بالثآليل الشائعة . وباستخدام التقنية الحديثة لتجين الـ DNA ثم الكشف عن وجود DNA الحمات الحليمومية الإنسانية رقم ١ في إحدى الآفات وبعدها تم كشف HPV - 13 وأحد أشكالها الفرعية ، وحتى الآن تم الكشف عن وجود الـ DNA لـ HPV - 13 في جميع الآفات الفموية مما يفترض كونها مسؤولة عن هذا الاضطراب .

الموجودات السريرية : حطاطات متعددة ثؤلولية الشكل ، بلون مخاطية الفم ، تميل للالتصاق ببعضها البعض ، تتوضع على الأغشية المخاطية للفم والشفاه . وقد تبقى هذه الآفات على حالها لأشهر أو لسنوات . ويبدو أنه لا يحدث تحول نحو الحياة .

التشريح المرضي النسيجي : شواك Acanthosis مع وجود خلايا رائقة في القسم العلوي من البشرة بالإضافة إلى تحلُم Papillomatosis خفيف وخطل تفرن .

المعالجة : وتكون باستئصال الآفات تحت التخدير الموضعي إذا اضطربنا إلى ذلك .

الأمراض الناجمة عن حمة الحلاّ البسيط

Herpes Simplex

تؤدي حمة الحلاّ البسيط إلى أمراض تصيب الجلد والأغشية المخاطية . وبالرغم من أن لهذه الحمات ميول شاملة إلا أنها ذات انحياز اختياري للجهاز العصبي . ويعتمد الإنذار على عمر المريض وعلى الإصابة المجموعية الثانوية . وهناك فرق بين الإصابة البدئية والإصابة الثانوية . قد يصاب الجلد والأغشية المخاطية والعينان والجهاز العصبي المركزي . وهناك حالات معممة قد تصاب فيها جميع أجهزة الجسم تقريباً . وقد يحدث خمج حثي عند حديثي الولادة غالباً ما يكون مميتاً . ومن الشائع حدوث التهاب الفم والثلة الحثي ذي السير الشديد عند الأطفال ، بينما تكثر حالات الحلاّ البسيط الناكس عند البالغين . تنجم الأنحاج الحثية عن حمة الحلاّ البسيط التي تتواجد دوماً وفي كل مكان . وثمة نموذجان لهذه الحمة (نموذج ١ و ٢) .

تحدث الإصابة الأولى غالباً في سن الطفولة ، وتمر عادة بشكل غير ملحوظ ويمكن الكشف عن حدوثها بزيادة الأضداد المتماثلة تركيبياً . وينجم النكس في الحلاّ البسيط عن آليات أو عوامل محرضة مثل التعرض لأشعة الشمس (الحلاّ البسيط على الشفاه) ، والرضوح أثناء المصارعة مثل على ذلك (الحلاّ البسيط عند المجالدين) . وغالباً ما تؤدي الأنحاج المرافقة لدرجة الحرارة إلى الإصابة بالحلاّ البسيط الشفوي (حويصلات الحرارة) .

الحلاّ البسيط التناسلي والسرطانة التناسلية : تكثر سرطانات عنق الرحم عند النساء المصابات بأنحاج حمة الحلاّ البسيط . إذ تحدث سرطانة النواحي التناسلية عند ١٨٪ من النساء اللواتي يشتكين من الأنحاج التناسلية بحمة الحلاّ البسيط فيحدث خلل تنسج في عنق الرحم وسرطانات عنق الرحم الموضوعة والغازية بنسبة تزيد عن أربع مرات في النساء المصابات بالحلاّ التناسلي مقارنة بالنساء غير المصابات به . وهناك دلائل أخرى تشير إلى الميول السرطانية لحمة الحلاّ البسيط :

١ - تحدث الإصابة بهذه الحمة (وخاصة HSV-2) على حدود البشرة الانتقالية ، المكان الذي تكثر فيه أورام عنق الرحم .

٢ - تبذل الحمة HSV-2 الخلايا في المستنبتات الخلوية وهي مسرطنة لأنواع مختلفة من الحيوانات .

٣ - يمكن الكشف عن أضداد حمة الحلاّ البسيط وعن DNA الحمة وال RNA الناسخ في سرطانات عنق الرحم . وتجري الآن دراسة العلاقة بين سرطان عنق الرحم الناجم عن حمة الحلاّ البسيط من النموذج ٢ ومستضد الكريات البيضاء

المصابة ، وعن وجود أضداد جّوالة مضادة لهذه المستضدات عند ٩٠٪ من المرضى وذلك باستخدام تقنيات الومضان المناعي . ويمكن للاندفاعات الخاصة بالمليساء المعدية أن تنتشر على شكل دخني عند المضعفين مناعياً مثل الأطفال المصابين بابيضاض الدم أو متلازمة ويسكوت - الدريش - Wiscott Aldrich والبالغين المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) ، وكذلك كل من يتناول الأدوية الموقفة للخلايا والكورتيزونات بمقادير عالية نوعاً ما لفترة مديدة . كما قد تتطور مفات من هذه الاندفاعات بشكل خاص في النواحي المعالجة موضعياً بمراهم الكورتيزون (نقص مناعة موضع) عند مرضى الإكزيمة المزمنة والإكزيمة التأتبية ، وتدعى هذه الحالة عندئذ بالإكزيمة المليسية .

التشريح المرضي النسيجي : المليساء المُعدية عبارة عن شوكم ظهاري Epithelial Acanthoma . تتألف بنيتها الأساسية من فصيصات تتفرق بعضها عن بعض بواسطة نسيج ضام أديمي يتوزع بشكل شعاعي ، فيشبه بذلك اليرتقالة التي تقسم بشكل معترض . وتحتوي الفصيصات الشبيهة بالأكياس على خلايا بشرية مصابة بالحمة . وتتراكم أعداد كبيرة من الخلايا الأسنة فوق خلايا الطبقة القاعدية الأسطوانية الشكل والخلايا الشائكة ، يزداد حجم هذه الخلايا التي تحتوي في داخلها على جسيمات اندخالية (حمات راشحة) مع وجود ال DNA في هيولاهها دافعة بالنواة ، التي تصبح ذات شكل شوكي أو نجمي ، باتجاه جدار الخلية . أما في المستحضرات اللطاخية فتبدو الخلايا المتبدلة كأجسام المليساء . وبالإضافة إلى ذلك هناك خلايا غير حاوية على أجسام المليساء في طبقة الخلايا الشائكة تخضع للتطور السويّ لحديثة التقرن ، ويتوضع بينها كثير من الخلايا ذات الاستحالة البالونية الحاوية على الحمات في الطبقة المتقرنة حيث تأخذ شكلاً بيضاًواً . (راجع الشكل ٢ - ١٠) .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الدخينات ، والأورام الكيسية الناشئة على حساب الغدد العرقية ، والتأليل الشائعة .

المعالجة : تعصر العقيدات باستخدام ملقط ذو نهايات معقوفة وتزال بمجرفة حادة ، وربما بعد شقها بالمشروط . ويمكن السيطرة على النزف باستعمال محلول كلور الحديد $FeCl_3$ ، ثم يتم تطبيق المطهرات . ويكفي أحياناً تغطية الآفات بلاصق طبي يحوي على حالات القرنين وخاصة عند الأطفال . وقد يضطر الأمر لإجراء معالجة سريرية تحت التخدير الموضعي إذا كانت الآفات كثيرة العدد ، وخاصة عند صغار الأطفال . ويمكن كي بعض هذه الآفات بالآزوت السائل .

الإنساني (HLA) ، وذلك بالمقارنة مع العلاقة السببية بين حمة الحلاّ البسيط في الموثنة وسرطان الموثنة .

الوقاية : وتكون بواسطة اختبارات اللطاخات الخلوية Papanicolaou عند النساء اللواتي يشتكين من الحلاّ البسيط التناسلي الناكس .

العامل الممرض : حمة الحلاّ البسيط عبارة عن حمة محبة للنواة من نوع الدنا (DNA) . وهي تنتمي لزمرة الحمات الخلوية إلى جانب حمة الحلاّ النطاقي وحمة أبشتاين بار والحمة المضخمة للخلايا ، ويتراوح قطرها بين ٩٠ - ١٥٠ نانومتر ويمكن أن نميز لها نموذجين : (راجع الشكل ٢ - ١١) .

حمة الحلاّ البسيط نموذج ١ (HSV1) : وهي السلالة التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية وتشكل بؤراً صغيرة على الغشاء المشيمي للفائقي وتميز بفوعة صغيرة في الفئران .

حمة الحلاّ البسيط نموذج ٢ (HSV2) : وهي السلالة التي تصيب الناحية التناسلية وهي أكثر التماذج وجوداً . وتصيب النواحي التناسلية والنواحي الأليوية وتشكل بؤراً كبيرة على الغشاء المشيمي للفائقي ، وهي أكثر فوعة في إحداث الأخماج التناسلية عند الفئران .

يتم تمييز هذين النموذجين بطرق الومضان المناعي . ولا تقتصر إصابات الحلاّ البسيط من النموذجين ١ و ٢ على النواحي المذكورة ؛ فإن الممارسة الجنسية القموية تؤدي إلى حدوث أخماج في نواحي أخرى .

فترة الحضانة : وتمتد من يومين إلى سبعة أيام .

الوبثيات : غالباً ما تحدث الإصابة الأولى في سن الطفولة المبكرة قبل سن الرابعة من العمر . وأكثر من ٦٠٪ من المصابين بالحمة يقعون حمة لها مدى الحياة . ولقد ازداد معدل الحاملين للحمة بسبب ازدياد معدل الإصابة بها وهي تبلغ الآن حوالي ٨٥٪ من البالغين و ٩٠٪ من كبار السن . وتنتقل العدوى عن طريق الرذاذ والتماس مع مفرزات الاندفاعات (الولادة ، التقبيل ، الجماع) . ويعتبر الإنسان المستودع الوحيد لهذه الحمة . وتدخل الحمة عبر الأذيات الصغيرة في الجلد والأغشية المخاطية للجهاز البولي التناسلي والجهاز الهضمي وملتحمة العين ، وقد تنتقل الإصابة من الأم لجنينها عن طريق الدم ، وهناك خطر خاص لدى انتقال الحمة من الأم إلى وليدها أثناء الولادة .

الإمراض : تعتمد طبيعة التظاهرات السريرية على حالة المناعة للشخص المصاب ، ويبدأ تشكل الأضداد بعد الإصابة البدئية غير الملحوظة . ومع ذلك يبدو أن جسم الإنسان لا يتخلص من حمة الحلاّ البسيط ، وإنما تبقى عناصرها موجودة في الجسم على

شكل خمج هاجع مستمر طيلة الحياة . وإذا لم يتمّ التمتع فإن الحمة تدخل الجسم عبر أذية صغيرة في الجلد أو الأغشية المخاطية وتؤدي إلى الإصابة البدئية المميزة (حويصلات حلية الشكل ، قلاع) ، ويتلو ذلك دخول الحمة إلى الدم . ويبدو من المحتمل أن تنتقل هذه الحمات عبر الأعصاب وكذلك من خلية إلى أخرى . وتؤثر الزيادة في تفاعل ارتباط المتمة إلى حدوث الخمج البدئي بحمة الحلاّ البسيط . وتبقى عيارات أضداد هذه الحمة ثابتة طوال الحياة . وقد يحدث النكس في الحلاّ البسيط دون أن تنخفض عيارات الأضداد في الدم . ويحدث انخفاض في عيار الأضداد المتعلقة بالحمة (V. antibodies) ولكن ليس على حساب الأضداد S (ويرمز بـ S للأضداد المنحلة) ، حيث أن الأضداد S تنخفض قبل حدوث النكس .

ويؤدي كثير من الناس استعداداً للإصابة بالحلاّ البسيط الناكس ، والنكس قد ينجم عن عدوى ذات مصدر خارجي أو بسبب العوامل الممرضة التي تؤدي إلى تفعيل الداء الهاجع باعتبار أنه لا يمكن الكشف عن حمة الحلاّ البسيط في الفترات التي يكون فيها الإنسان خالياً من الأعراض الخاصة بها . فربما تكون الحمة موجودة في الجسم على شكل الدنا ، فإذا ما تعرضت الدنا للعوامل الممرضة فإن ذلك يؤدي إلى إنتاج حُمات ذات فوعة إمراضية . وهناك نظرية أخرى تفترض أن الحمات الخلوية البسيطة تتواجد في العقد الخلفية للنخاع الشوكي وتهاجر على طول الأعصاب الحسية إلى الناحية الموافقة من الجلد أو الأغشية المخاطية وذلك بعد تعرضها للعوامل الممرضة .

المحدول ٢ - ٣ : الأخماج الأولية والثانوية الناجمة عن حمة الحلاّ البسيط

الخمج الأولي	الخمج الثانوي
التهاب الفم واللثة الحثلي	الحلاّ البسيط
(التهاب الفم القلاعي)	الحلاّ البسيط الناكس
الداء القلاعي الشكل لبوسيشل - فيرتر	الحلاّ البسيط التناسلي
التهاب الفرج والمهبل الحثلي	الحلاّ البسيط التناسلي الناكس
التهاب الدماغ والسحايا الحثلي	التهاب القرنية والملتحمة الحثلي
الإنتان الحثلي عند حديثي الولادة	الحثلي الراجع
الإكزيمة الحثلية	الإكزيمة الحثلية
التهاب القرنية والملتحمة الحثلي	
الحلاّ البسيط البدئي	

الأخماج البدئية بحمة الحلأ البسيط Primary HSV : Infections

التهاب الفم واللثة الحلئي Gingivostomatitis : Herpetica

المرادفات : التهاب الفم القلاعي ، التهاب الفم التقرحي .

التعريف : خمج بدئي شائع بحمة الحلأ البسيط ، يصيب الأطفال واليفعان . ويتميز الداء بسير حاد وظهور تبدلات حويصلية قلاعية في الغشاء المخاطي للفم يترافق مع أعراض عامة .

الموجودات السريرية : الأطفال الصغار أكثر عرضة للإصابة وأقل من ذلك يصيب الرضع والشباب . تم العدوى عن طريق الرذاذ أو التماس مع أشخاص مصابين بآفات حموية أخرى ، ويمكن أن يؤدي إلى هجمة وبائية (في المشافي ورياض الأطفال) .

بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٧ أيام يحدث ترفع حروري مترافق مع أعراض وصفية في تجويف الفم (التهاب الفم التقرحي) ، وبالإضافة إلى أعراض بدئية مثل التعب والهياج ، تحدث أعراض عامة مثل الترفع الحروري والدعث والإقياء والتشنج مع علامات التهاب اللثة وغشاء باطن الفم ، يتلو ذلك حدوث توذم واحمرار التهابي مؤلم في الغشاء المخاطي للفم مع رائحة فم كريهة وفرط إفراز اللعاب يرافقها صعوبة في تناول الطعام ، إضافة إلى تشكل عدد كبير من القرحات القلاعية النموذجية (من ٢٠ - ٥٠ قرحة) ، وتتوضع بشكل خاص في القسم الأمامي من جوف الفم . تبدأ هذه القرحات على شكل اندفاعات حويصلية ، وهي سطحية دائماً ، وتنف عن اللوزتين ، وكثيراً ما تترافق الحالة مع توذم مؤلم في العقد اللمفاوية الناحية . (راجع الشكل ٢ - ١٢) .

السير : تتوالى الأعراض بسرعة وتتمد خلال أسبوع واحد . وفي حالات نادرة قد تصاب الشفة العليا وفوهتي الأنف والأصابع (الداحس الحلئي) .

الإنذار : جيد بشكل عام ، وهناك اختلاط شديد هو التهاب السحايا والدماع الحلئي ، لكنه نادر .

التشخيص : البداية الحادة للمرض مع التهاب فم ولثة وقرحات قلاعية الشكل كثيرة العدد عند الأطفال بشكل خاص ، ونادراً عند الشباب الذين لم يعانون في سوابقهم من الحلأ البسيط .

المعالجة : عرضية ومضادة للحمات .

جهازياً : يمكن إعطاء الأسيكلوفير (Zovirax) كدواء موقف لتكاثر الحمات . ويمكن إعطاؤه وريدياً أو عن طريق الفم ،

ويؤدي إلى نتائج إيجابية . تبلغ الجرعة للبالغ ٢٠٠ ملغ خمس مرات يومياً ، ولمدة من ٥ - ١٠ أيام . وإذا استخدم العقار بشكل مديد لمنع حدوث التكرار فيعطى بمقدار ٢٠٠ ملغ ثلاث مرات يومياً لعدة أشهر . أما إذا كان سير الداء شديداً فيمكن إعطاء الصادات واسعة الطيف لتلافي حدوث الخمج الجرثومي الثانوي . كما يمكن إعطاء الأدوية المضادة للالتهاب ما عدا الستيروئيدات . ويفيد أيضاً إعطاء الأدوية المنشطة للمناعة مثل (الإيزوبرينوزين Isoprinosine) .

موضعباً : تستخدم غسولات فموية (بالتراسيكولين ، المطهرات) كما تطبق الملونات ذات السواغ المائي (بنفسجية الجنسيان بنسبة ٠,١ - ٠,٣ ٪) والمسكنات (الكسيلوكاين على شكل محلول أو هلام) .

الداء القلاعي الشكل لبوسيشيل - فيرتر Aphthoid
Feyrter - Pospischill [Pospischill : ١٩٢١
و Feyrter ١٩٣٨] :

التعريف : مرض نادر ، يشابه أو يماثل الخمج البدئي بحمة الحلأ البسيط إذا كان الشخص غير ممنوع ضد هذه الحمة سابقاً ، لذلك يمكن اعتباره التهاب فم ولثة حلئي ، لكنه ذو سير حاد شديد . ويحدث عند الأطفال المضعفي المناعة بشكل تالٍ للسمعال الديكي والحمى القرمزية والحصبه الألمانية والحماق والحصبه والتكاف .

المجدول ٢ - ٤ : الأمراض الناجمة عن الخمج بحمة الحلأ البسيط وتوضعها

التوضع	اسم المرض	النموذج الرئيسي للحمة HSV
الجلد	الحلأ البسيط	١
	الحلأ التناسلي الأليوي (في توضعها الجلدية	٢
	الإكزيمة الحلطية الشكل	١
الأنغشية المخاطية	التهاب الفم واللثة الحلئي	١
	الداء القلاعي الشكل لبوسيشيل - فيرتر	١
	التهاب الفرج والمهبل الحلئي	٢
	الحلأ التناسلي (على الأنغشية المخاطية)	٢
العين	التهاب القرنية والمتحممة الحلئي	٢
الجهاز العصبي المركزي	التهاب الدماغ والسحايا الحلئي	٢ و ١

موضوعياً : المعالجة عرضية ، تعالج الأغشية المخاطية كما في التهاب الفم واللثة الحلثي . ويعالج الجلد كما نعالج الحلاّ البسيط .

الإلتان الحلثي عند حديثي الولادة Herpes Sepsis of the Newborn :

التعريف : الإلتان الحلثي نادر جداً ، لكنه أشد الأشكال بعد التعرض الأول لحمّة الحلاّ البسيط . ويشاهد عند حديثي الولادة فقط ، والحدّج منهم بشكل خاص . ويحدث بشكل مطلق تقريباً عن طريق العدوى من الوالدة إما بالطريق الصاعد بعد تمزق الأغشية الأمينوسية أو عن طريق التماس أثناء الولادة بالأعضاء التناسلية للوالدة . ونادراً ما يحدث بسبب العدوى لإصابة الأعضاء غير التناسلية للوالدة أو عبر الجهاز القريضي . تظهر التبدلات الجلدية عند ٥٠٪ فقط من المصابين ، وهي تشبه الاندفاعات عند البالغين والتي تأخذ شكلاً حلثياً ، وفي أغلب الأحيان لا يوضع التشخيص الصحيح ظناً أن الآفة مجرد قوباء قضاية أو التهاب أجربة شعرية . يحدث تعميم الحمّة وانتشارها ويتوافق مع أعراض عامة شديدة عند ٧٥٪ من حديثي الولادة المصابين : ترفع حروري أو انخفاض في الحرارة ، التقلل والوسن والإقياء ونقص الشهية . الإنذار سيء جداً في حالات انتشار الحمّة التي يمكن أن تعزل الحمّة فيها من جميع أجهزة الجسم ، حيث يموت أكثر من ٦٠٪ منهم ، كما يعاني أكثر من ٢٠٪ منهم من عقايل الداء الدائمة . هذا ويعزى ٧٥٪ من الحالات للنموذج (٢) من حمّة الحلاّ البسيط HSV2 والباقي للنموذج (١) منها . والإنذار سيء في النموذجين ، وتعاود نسبة إصابة الحدّج ٤ أمثال إصابة الأطفال غير الحدّج .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح من ٣ - ٦ أيام تظهر اندفاعات الحلاّ البسيط على الجلد ، ويتطور التهاب الفم واللثة الحلثي أو التهاب القرنية والملتحمة الحلثي علاوة على داء معمّم شديد يتظاهر بترفع حروري ، وزلة تنفسية ، مع ضخامة كبدية طحالية ، ويرقان مع ميل للزف وأعراض دماغية . وغالباً ما تحدث الوفاة خلال أسبوع بسبب الوهط الدوراني الشديد .

الوقاية Prophylaxis : إن نسبة إصابة الوليد تتراوح بين ٤٠ - ٦٠٪ لدى وجود الإصابة الوالدية ، ولذا يجب إجراء الاستقصاءات السريرية الروتينية التالية :

- ١ - النساء اللواتي يشكين من حلاّ بسيط مثبت بالتشخيص .
- ٢ - النساء اللواتي شكّين في سوابقهن من الحلاّ البسيط التناسلي .
- ٣ - النساء اللواتي شكّين أزواجهن من إصابة سابقة بالحلاّ البسيط .
- ٤ - النساء اللواتي شكّين في وقت ما من حلاّ بسيط في الجزء

الموجودات السريرية : يعتبر وصفاً إصابة الجلد والأغشية المخاطية الفموية والناحية التناسلية بوقت واحد ؛ حيث يحدث حلاّ بسيط حول الفم وعلى الأغشية المخاطية الفموية مما يؤدي إلى مظهر التهاب الفم واللثة الحلثي وقد تظهر حويصلات قلاعية الشكل على النهايات .

الأعراض : صحة المريض العامة سيئة ، الصورة السريرية مشابهة لحمّج الحلاّ البسيط البدئي عند البالغين المضعفين مناعياً (مثال : مرضى ابيضاض الدم والأورام ، الإيدز) . وإن الانتشار المحيطي المترقي للآفات الجلدية يعتبر علامة تشخيصية هامة .

المعالجة : وتكون كمعالجة التهاب الفم واللثة الحلثي والحلاّ البسيط علاوة على إعطاء المسكنات والأدوية المضادة للالتهاب . ويجب إعطاء الأسيكلوفير Acyclovir الموقف لنمو الحمّات الراشحة في الحالات الشديدة . ويعتبر إعطاؤه عن طريق الوريد العلاج الأمثل ، كما يمكن إعطاء منشطات المناعة مثل الإيزوبرينوسين Isoprinosine .

التهاب الفرج والمهبل الحلثي Vulvovaginitis Herpetica :

التعريف : يشبه التهاب الفرج والمهبل الحمّج البدئي بحمّة الحلاّ البسيط ومع ذلك يمكن أن يحدث على شكل خمج ثانوي (التهاب الفرج والمهبل الحلثي الناكس) ، تصاب عادة الطفلات أو النساء اليافعات بالخمج البدئي .

الموجودات السريرية : مثل التهاب الفم واللثة الحلثي ، يبدأ المريض بدور بادري غير مميز يتبعه ظهور حالة حموية حادة تترافق بأعراض عامة كاللذعث والترفع الحروري والإقياء . يصبح الفرج التهاباً أحمر اللون ، مؤلماً مع توذم شديد واندفاعات حويصلية منتشرة تأخذ أحياناً توزيعاً حلثي الشكل ، ويكون محتواها رائقاً في البدء ثم يتمكّر فيما بعد . قد تصاب الأجزاء القريبة من المهبل وحتى عنق الرحم في بعض الأحيان ، وتنشف الحالة بعد تشكل القرحات والجلبات (Scabs) .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الحلاّ البسيط الناكس في الناحية الفرجية المهبلية ، القرحة اللين ، قرحة الفرج الحادة .

المعالجة :

جهازياً : يعطى الأسيكلوفير عن طريق الوريد ولمدة خمسة أيام .

السفلي من البدن (تحت مستوى الخاضعتين) حيث
تكثر الإصابة بالخلأ البسيط التناسلي .

وتتضمن الاستقصاءات الأخرى ، الفحص السريري
وإجراء زرع للحمات في لطاخة مأخوذة من عنق الرحم
والمهبل في الأسابيع ٣٢ - ٣٤ - ٣٦ من الحمل . وتجري بعد
ذلك أسبوعياً . هذا وينصح بإجراء الولادة بالعملية القيصرية
إذا ما أثبتت هذه الفحوص وجود حمة الخلأ البسيط في الأسابيع
ما قبل الولادة أو عند الولادة وذلك قبل تمزق الأغشية
الأمينية أو خلال ٤ - ٦ ساعات من تمزقها . أما إذا ما
مضى أكثر من ٦ ساعات على تمزق الأغشية الأمينية فلا
يعود إجراء القيصرية واجباً لأنها لا تقي الوليد عندئذ من
الإصابة بالخلأ البسيط .

الإنداز : أفضل عند حديثي الولادة من غير الخدج .

المعالجة : يجب إعطاء الأسيكولوفير بالوريد مشتركاً مع الغاما
غلوبولين والمصل المفرط التمتع . كما يعتبر مهماً إعطاء المصل
المفرط التمتع لكل من الوليد والوالدة عند الولادة وقائياً .
ويجب عدم السماح للمرضات المصابات بالخلأ البسيط بالعمل
في قسم الولادة . أما موضعياً فيعالج كما في التهاب الفم والثآليل
الخلئي والخلأ البسيط .

الإكزيمة الحليية [Eczema Herpeticum] Juliusberg
: [١٨٨٩]

(راجع الشكل ٢ - ١٣) .

المرادفات : الاندفاع الحماقي الشكل لكابوزي - البثار الحاد
الحماقي الشكل لجوليوسبورغ .

الحدوث والإمراض : وهي تعميم لخمج الخلأ البسيط عند
المصابين بالإكزيمة المزمنة وخاصة التأتبية منها ، وعلى الجلد
المعالج مديداً بالكوتيزونات . وتحدث الإكزيمة الحليية عادة
كخمج بدئي بحمة الخلأ البسيط ، لكنها قد تحدث على شكل
خمج ثانوي . وسواء كانت بدئية أم ثانوية ، فالبدء يكون
مفاجئاً ، حاداً لكن سيره أطف وأقصر مدة . مصادر العدوى
هم المصابون بحمة الخلأ البسيط . ويحدث الخمج بهذه الحمة في
النواحي المصابة بالتبدلات الإكزيمية وخاصة عند الأطفال
المصابين بالإكزيمة التأتبية ، حيث تساعد التبدلات الجلدية
السطحية الإكزيمية على دخول الحمة إلى الجسم . أما انتشارها
التالي فيحدث إما بانتقال الحمة من خلية إلى أخرى أو عن
الطريق الدموي - اللمفاوي . وقد تأخذ الإكزيمة الحليية شكل
خمج بدئي عند الأطفال . تكون العدوى إما من البيئة من
الأطفال الذين يحملون الطفل مثلاً (العدوى الغيرية) أو أن
الطفل نفسه يكون مصاباً بالخلأ البسيط (على الشفاه مثلاً) ثم
تنقل الحمة بالعدوى الذاتية إلى نواحي الجلد الإكزيمية .

وتؤدي المعالجة المديدة بالستيروئيدات الموضعية إلى زيادة فرص
إصابة هذا الجلد بحمة الخلأ البسيط . كما تزداد نسبة الإصابة
بالإكزيمة الحليية عند المرضى المعالجين بالستيروئيدات عن
الطريق العام والخارجي معاً وكذلك لدى المصابين بمتلازمة
عوز المناعة المكتسب (الإيدز) .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض بشكل حاد ودون أعراض
منبهة وذلك بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٧ أيام . ويتميز
الداء بوجود أعراض عامة (صداع ، ترفع حروري ، تعب)
مع ظهور اندفاعات حويصلية مسررة منفصلة بعضها عن بعض
ومتناظرة ، يصل حجمها إلى حجم حبة العدس وذلك على
الجلد المصاب بالإكزيمة . وتظهر الاندفاعات على شكل
هجمات ذات شكل سريري واحد ، يتعكر محتوى
الحويصلات وتفتح تاركة مكانها تآكلات نزفية . والمناطق
الأكثر إصابة هي الوجه والعنق وتمتد الاندفاعات باتجاه
الأطراف العلوية والجدع .

الأعراض : تترافق الاندفاعات الجلدية مع ترفع حروري
مستمر لمدة تتراوح بين ٨ - ١٠ أيام ثم تنخفض الحرارة بعد
ذلك . وقد يختلط الداء بوذمة في الأنف أو إسهال ، أو ذات
رئة وقصبات أو أعراض دماغية أيضاً .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق عن الإكزيمة اللقاحية .
المعالجة :

جهازياً : العقارات الموقفة لنمو الحمات مثل الأسيكولوفير
(Zovirax) مفيدة جداً ، وتم الحاجة أحياناً إلى جرعات عالية
ولمدة تزيد عن الخمسة أيام . وإذا ما اشتبه بوجود خمج
جرثومي ثانوي فيجب إعطاء المضادات واسعة الطيف وحقن
المصل المفرط التمتع Hyperimmune ويمكن إعطاء
الستيروئيدات داخلياً في الحالات الشديدة فقط . ومن المهم
جداً مراقبة الدوران الدموي .

موضعياً : تطبيق الوسائل المجففة مثل المطهرات سريعة التجفيف
والمضادات (محلول الزنك مع الكلوكينول بنسبة ٠,٥ - ١٪
Vioform) . وتفيد المضادات المشربة بالبرمنغنات أو سلفات
الزنك والنحاس . ويجب عدم استعمال المراهم ذات السواغ
الزيتي .

الخلأ البسيط الجلدي البدئي Primary Herpes Simplex
: of the Skin

التعريف : ويتصف بوجود اندفاعات حويصلية منتشرة
وكثيرة مع أعراض نموذجية على الوجه والنواحي التناسلية عند
الإنثاء ، وتعتبر هذه الاندفاعات تظاهرة سريرية للخمج
البدئي . (راجع الشكل ٢ - ١٤) .

الأنحاج الثانوية بحمة الحلا البسيط Secondary : HSV Infections

الحلا البسيط والحلا البسيط الناكس :

المردافات : نفاطة الحرارة ، قرحة البرد .

الصرير : هو أكثر التظاهرات شيوعاً للإصابة الثانوية بحمة الحلا البسيط إذا كانت الحالة المناعية مضعفة . وكثيراً ما يحدث النكس بين فترة وأخرى في نفس مكان الإصابة .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٥ أيام تبدأ الإصابة بحس موضع بالحكة وتوتر الأنسجة وأحياناً بالألم ، يتلو ذلك ظهور اندفاعات وذمية محمرة يتراوح حجمها بين حبة العدس وحبة الفاصولياء مع حس وخز مُميز ، ثم تظهر الحويصلات المسررة إما بشكل إفرادي أو على شكل مجموعات حلطية الشكل . وتكون هذه الحويصلات قرصية من بعضها بحيث تتوضع على شكل حلقات متراكمة .

يتراوح حجم الحويصل بين حجم رأس الدبوس وحبة الأرز ويكون محتواها رائقاً ثم يتعكر فيما بعد . وتنفجر الحويصلات تاركة وراءها تآكلات قشرية مؤلمة . وتعتبر الناحية حول الفم وخاصة الشفاه أكثر النواحي إصابة بالحلا البسيط الناكس (الحلا البسيط الشفوي) . (راجع الشكل ٢ - ١٥) .

تجف الحويصلات تاركة جلطات سمراء اللون ، نزفية ، تتساقط بعد عدة أيام وتراجع الحماس المتبقية دون تندب مؤدية إلى الشفاء الكامل بعد ٨ - ١٠ أيام . وقد يحدث ألم خفيف وتوذم في العقد اللمفاوية الناحية قد يتكون الحلا البسيط من اندفاعات كثيرة ويأخذ سيراً شديداً على الرغم من أن هذا ما يحدث عادة في الخمج البدئي . وفي هذه الحالات الشديدة يزداد عدد وحجم الحويصلات وتترافق مع ألم وضخامة في العقد اللمفاوية الناحية . وقد يؤدي الحلا البسيط الشفوي الشديد إلى حدوث تندبات مسطحة انكماشية . ويمكن رؤية هذه الصورة السريرية للحلا البسيط في أي مكان من الجسم . ويشاهد بشكل خاص على فوهتي الأنف والوجنتين وصيواني الأذن والأجفان والملتحمة والقرنية Herpes Corneae .

وكثيراً ما نرى اندفاعاته على الألتين . ويجب تمييزه عن الحلا التناسلي . وقد يصاب كامل الفرج بالحويصلات الحلطية عند الإناث . أما عند الذكور فيمكن أن تتوضع حويصلاته على الحشفة والثلم التاجي والقلفة وجسم القضيب . (راجع الشكل ٢ - ١٦) . وليس من النادر حدوث الحلا البسيط على ظهر الأصابع واليدين . وكثيراً ما تتوذم العقد اللمفاوية الناحية وتصبح مؤلمة ، وتترافق الحالات الناكسة بترفع حروري . أما في جوف الفم فيتوضع على اللسان وغشاء باطن الحد وتكون الحويصلات قصيرة العمر إذ تمزق بسرعة تاركة

خلفها تآكلات قلاعانية الشكل ذات حلقات متراكمة ، منفصلة أو متصلة ، لونها مائل للأصفر ، قطرها يصل إلى عدد ميليمترات . (راجع الشكل ٢ - ١٧) ويمكن لحمة الحلا البسيط أن تنتقل بواسطة عوامل مختلفة ، ويفترض أنها تبقى في الجلد أو الأعصاب القرية منه بعد الإصابة بحيث يمكن للآليات المحرّضة الداخلية أو الخارجية أن تُفعل هذه الحمات الهاجمة . ويمكن للحلا البسيط الرضّي Herpes Gladiatorum أن يتلو التغيرات الفيزيائية أو وضع المواد الكيميائية المحرّشة الناجم عن المعالجات السيئة . (راجع الشكل ٢ - ١٨) .

ويتطور الحلا الحُمّي H. Febrilis خلال سير الأمراض الحموية وخاصة إذا كان ارتفاع الحرارة مفاجئاً (ذات الرئة ، الحمى القرمزية) . ويعاني كثير من النساء من الحلا الطمحي (قبل أو أثناء الطمث) . وأخيراً هناك عدد من المواد الكيميائية المحرّضة للحلا البسيط منها أول أكسيد الكربون CO والزرنيق Hg .

ويعتبر الحلا البسيط الناكس تظاهرة خاصة عندما يحدث في فواصل زمنية منتظمة وفي نفس المكان ، كأن يظهر الاندفاع على نفس الأصبع أو في الناحية التناسلية . وقد تتطور وذمة ثابتة في الأنسجة المصابة بعد مرات من النكس وبالتالي يظهر انسداد في الطرق اللمفاوية ناجم عن الالتهاب . وفي النهاية يحدث تورم في الأنسجة الطرية المصاية : الفيل البلدي Elephantiasis Nostras . أما الحلا البسيط الثابت التقرحي فيظهر عند المرضى المضعفين مناعياً بشكل ثانوي (مثل ايضاض الدم اللمفاوي المزمن ، وعوز المناعة المكتسب) .

وقد يؤدي الحلا البسيط الشفوي أو الفموي أو التناسلي إلى آفات تقرحية مزمنة أو ثابتة ويكثر حدوث الخمج الثانوي في الحلا البسيط .

الحلا التقوي : تصبح الجلطات أكثر سماكة وطلاوة وعندها يمكن للقواء أن تنتشر إلى مسافة أكبر من الحلا البسيط أو تنتشر إلى نواحي أخرى من الجسم بشكل مستقل عن الحلا البسيط .

التشخيص : الصورة السريرية نموذجية ، وتتألف من احمرار التهابي وحويصلات حلطية الشكل أو تآكلات مؤلمة على شكل حلقات متراكمة . ويبين اختبار ترانك Tzank الجري على لطاخة مأخوذة من قاعدة الحويصلات وملونة بلون غمزا Giemsa وجود خلايا بشرية عملاقة عديدة النوى وخلايا بالونية منحلة الأشواك ، وهذه بدورها تشير إلى وجود خمج حُموي .

إظهار الحمة بالمجهر الإلكتروني : يتم الكشف عن الحمات الراشحة بطريقة التلوين السليبي ، وهي أبسط وأسرع طريقة

ارتشاحات صغيرة دائرية ، بينما تكون ارتشاحات النمط 2 أكبر ومعممة . وكذلك فإنه بعد تلقيح المستنبتات الخلوية بالحماح الراشحة ، تؤدي التأثيرات الخلوية الإمراضية لهذه الحماح إلى تشكّل لويحي عن طريق تخريب الخلايا المصابة .

التشخيص التفريقي : ويعتمد على توضع الآفة والطور الذي تمر فيه . ويجب التفكير بالتهاب الشفتين الزاوي عند توضع الآفة على الصوارين . وفي كثير من الأحيان يصعب تمييز الخلأ النطاقي عن الخلأ البسيط وبخاصة إذا كانت الآفة كبيرة نوعاً ما ومتوضعة على الخدين أو الألتين ، وفي هذه الحالة يتم التمييز بينهما بواسطة زرع الحمة الراشحة . وتبدى القوباء الفقاعية حويصلات قيحية دون توضع دائري متراكر ، ويؤدي القلاع الفموي إلى تقرحات دائرية كبيرة نسبياً ، قاعدتها ذات لون مائل للأصفر ، بينما يكون الخلأ البسيط الفموي على شكل مجموعات متوضعة على شكل حلقات متراكمة . ويجب التفكير بالقرح اللين لدى إصابة النواحي التناسلية . وفي قرح الفرج الحاد تكون القرحات القلاعية ذات توضع إفرادي . يلتبس الخلأ البسيط الناكس على لب الأصابع أو في الطيات الظفرية مع الدواحس القيحية . ويؤدي شق الداحس الخلئي إلى نشر الخمج .

المعالجة : هناك معالجة مضادة للحماح ومعالجة عرضية .
جهازياً : حتى وقتنا الحاضر لا يوجد لقاح وافي من الخلأ البسيط . وتبدو المعالجة بالأسيكولوفر عن طريق الفم ناجحة ولكنها لا تمنع النكس بشكل مطلق . ويمكن إعطاء محرضات المناعة (Isoprinosine) أو الاستمرار في إعطاء الأسيكولوفر عن طريق الفم بمقادير صغيرة في الخلأ البسيط الراجع .

موضعياً : طالما أن الحويصلات لم تظهر بعد ، فيمكن استعمال المستحضرات القابضة موضعياً (معاجين أكسيد الزنك الحاوية على الفينول بنسبة ١٪) . وقد تم الحصول على نتائج جيدة بالتطبيق السريع لقطن مغمس بالإيتر أو الأسيتون (قابل للاشتعال) عدة مرات يومياً . كما أن استعمال المستحضرات الحاوية على الستيروئيدات القشرية السكرية ، مثل الكريمات أو المعاجين أو المحاليل ، ذات فائدة خاصة في الخلأ البدئي ، حيث أنها تخفف من الالتهاب وتقصّر أمد الداء بشرط أن تستخدم فقط في المرحلة البدئية للآفة .

ويجب عدم استعمال المراهم أو المراهم الدهنية في مرحلة الحويصلات لأنها تؤدي إلى اشتداد الحالة وتؤهب لحدوث الخمج الثانوي . لذا ينصح بمسح الآفة بالمحاليل الغولية ، أو المحاليل سريعة التجفيف والحماوية على الصادات أو المطهرات (محلول ٥,٠٪ إلى ١٪ كليكوتول أو الفيو فورم) . أما المراهم الحاوية على الصادات أو المطهرات فيجب ألا تستعمل إلا بعد

ممكنة . يوضع المصل المأخوذ من الحويصلات على صفيحة زجاجية ويمدد ليشكّل لطاخة حيث يترك ليجفّ في الهواء العادي (ويمكن إرسالها بالبريد) . ثم يعاد تعليق هذا المصل الجاف على الصفيحة الزجاجية التي توضع بعد ذلك على الصفيحة المعدنية المثقبة في الجهر الألكتروني ، ويتم تلويها بسرعة بواسطة حمض الفسفور التنغستيني Phosphotungstic A. ، وعندئذ يمكن رؤية الحماح الراشحة وبسرعة فائقة . ويمكن تمييز هذه الحماح بناءً على حجمها ومميزاتها السطحية . ولكن لا يمكن بهذه الطريقة التمييز بين الأنواع المختلفة للحماح الداخلة ضمن زمرة الحماح الخلئية . (راجع الشكل ٢ - ١٩) .

الدراسة النسيجية لمادة الحزعة وبواسطة الجهر الألكتروني :
تطبيق هذه الطريقة لغايات علمية بحثية حيث توجد بؤر من الخلايا النخرية في أعماق طبقة مالبيكي وهي الخلايا البشرية البالونية ، حيث تتميز بوجود وذمة داخل وبين الخلايا مع جزيئات من الحمة الراشحة . وتوجد كريات بيضاء هاجرة من الأدمة داخل الحويصلات . وتقدم بعض النماذج الخاصة ومائل تشخيصية باستخدام الجهر الومضاني .

تميط الحمة الراشحة Virus Typing : يمكن التعرف على الأضداد المضادة للحماح الراشحة وعلى عياراتها المتبدلة من خلال اختبار تعديل الحماح وتفاعل ارتباط المتعمة والتفاعلات التصالبية بين HSV.1, HSV.2 . وقد ثبت عدم فائدة تفاعلات التحوصب .

تعتبر الدراسة بالجهر الومضاني طريقة سريعة ونوعية ومتوفرة في الوقت الحاضر . وتعتمد هذه الطريقة على استخدام مصل مضاد للحمة ونوعي نموذجها وموسوماً بالفلوريسين . يتفاعل مع المستضد الحماوي في اللطاخة الموضوعة على الشريحة الزجاجية . ويمكن تحديد نوع الحمة الراشحة بسرعة وبسهولة باستخدام الجهر الومضاني .

عزل الحمة الراشحة Virus Isolation : تؤخذ لطاخة من الآفات المشتبه على أنها خلأ بسيط وتوضع في محلول ملحي فيزيولوجي أو في وسط خاص ناقل (يمكن إرسالها بريدياً) . وفي المختبر تنقل هذه المادة عن طريق تلقيحها للأرانب أو الفئران أو الأغشية المشيمية للفائقية لأجنة الدجاج ، أو وضعها في المستنبتات الخلوية . ويمكن تلقيح هذه الحماح داخل الصفاق أو الدماغ أو المهبل عند الفئران البيضاء . وبعد إلقاح هذه الحماح للأغشية المشيمية للفائقية فإنها تؤدي إلى تشكّل بؤر خمجية تدعى باللويمحات . ويمكن التمييز بين النمطين 1 و 2 لحمة الخلأ البسيط HSV بشكل تقريبي اعتماداً على اختلاف شكل هذه اللويحات ، حيث أن النمط 1 من الحمة ينمو على شكل

تشكل الجلطات حيث أنها تلتئها .

وهناك العديد من العناصر الموقفة لنمو الحمات الراشحة تطبق موضعياً وهي تحتوي على الإيدوكسوريدين Idoxuridine أو فيدارابرين Vidarabrine أو ترومانتادين Tromantadine ، و لكن لم تثبت فعاليتها بشكل مطلق . كما أنه من الشائع حدوث تفاعل تحسسي بالتماس وخاصة لدى تطبيق الترومانتادين ويجب أن نأخذ هذا بعين الاعتبار عندما نعالج حلاً بسيطاً مضافاً إليه التهاب جلد حاد بالتماس . وينصح بالتعطيل أو الإبطال الضوئي في الحلاً البسيط الناكس والإكزيمة الحلئية وذلك بتطبيق المحاليل الصباغية (حمرة الكونغو ، زرقة الميتلين ، Neutral Red) أو بتطبيق الأشعة فوق البنفسجية UVA . غير أن اختلاط النتائج التي حصل عليها بتطبيق هذه المعالجة جعلها غير مثبتة بعد ؛ بالإضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار إمكانية وجود دور مسرطن لها . ويمكن تجريب الليزر في المعالجة الموضعية للحلاً البسيط الناكس ، وكذلك فإن الأسكلوفير يساعد موضعياً على تسريع الشفاء .

الحمامي عديدة الأشكال والحلاً البسيط الناكس :

عند العديد من المصابين بالحلاً البسيط الراجع ، يمكن أن تتطور حمامي عديدة الأشكال بعد ٥ - ١٤ يوماً من الإصابة بالخمج الحلئي (وخاصة الحلاً البسيط الشفوي) متوضعة بشكل خاص على ظهر اليدين ، وأجزاء من الساقين والقدمين ، وبشكل نادر على الجذع . وقد تتوافق هذه الاندفاعات التي كثيراً ما تنكس في الخريف والربيع مع ما يسمى بالحمامي عديدة الأشكال السنوية . وقد تترافق هذه الحالة مع التوعك والحمى . وقد تصاب الأغشية المخاطية للحم والتاحية التناسلية وأحياناً الملتحمة . ويظن أن الحمامي عديدة الأشكال إنما تتلو الحلاً البسيط عن طريق تفاعل مناعي (حمامي عديدة الأشكال التالية للحلاً البسيط) .

الأمراض الناجمة عن الحمة الحمائية - النطاكية

[Diseases Caused by Varicella - Zoster Virus]

الحمة الحمائية - النطاكية (زمرة الحمات - α) عبارة عن جزئيات بيضوية أو دائرية الشكل يتراوح قطرها بين ١٥٠ - ٢٠٠ نانومتر . ويمكن رؤيتها فقط باستخدام المجهر الضوئي ، لكنها تُرى بشكل أفضل بالمجهر الإلكتروني . وتبدي المتعضيات المستخلصة من آفات الحمات والحلاً النطاقي شكلاً

بنوياً متطابقاً ، كما تبدي نفس التفاعلات الحيوية مما يؤكد أن المرضين كليهما ناجمين عن حمة واحدة . وهذا ما يفسر تأهب الكبار للإصابة بالحلاً النطاقي عند تماسهم مع طفل مصاب بالحمات ، أو تأهب إصابة الطفل بالحمات عند تماسه مع كهل مصاب بالحلاً النطاقي ، أو إصابة شخص ما بالحلاً النطاقي بالعدوى من شخص آخر مصاب به . ولذا يجب عدم وضع مريض مصاب بالحلاً النطاقي في حجرة واحدة مع مريض ما مصاب بنقص المناعة البدني أو الثانوي بسبب الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب أو تناول الأدوية المثبطة للمناعة أو المعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية لفترة طويلة . وفيما عدا ذلك يعتبر الحلاً النطاقي قليل السراية .

وعلى ضوء الأبحاث الحديثة فإن الحمات يعتبر التظاهرة البدئية للإصابة بالحمة الحمائية - النطاكية عند شخص ليس لديه أضداد تجاهها . وبالرغم من أن الداء يؤدي إلى مناعة شديدة إلا أن الحمة يمكن أن تبقى في العقد العصبية مدى الحياة . أما الحلاً النطاقي فينجم إما عن عدوى حديثة بالحمة المذكورة أو بسبب إعادة تفعيل الحمات الهاجعة لدى نقص المناعة الجزئي ، تماماً كما يحدث بالحلاً البسيط . وإن فرضية نقص المناعة الجزئي تعلق تحدد الإصابة موضعياً بفرع عصبي واحد ولدى البالغين في أغلب الأحيان .

وهناك داء شبيه بالحمات يتطور على شكل حلاً نطاقي معمم عندما يكون هناك مرض أولي يؤدي إلى درجة معقولة من نقص المناعة مثل لقوم هودجكن أو ابيضاض الدم ، أو المفومات الخبيثة ، أو متلازمة عوز المناعة المكتسب ، أو عند المرضى الذين يتناولون الأدوية المثبطة للمناعة ، أو مثبطات الخلايا أو الأدوية الكورتيزونية لفترة طويلة . وإن الإصابة بالحلاً النطاقي يترك بعد شفائه مناعة دائمة مدى الحياة . وهناك إصابات بالحلاً النطاقي ذات سير طويل الأمد وأخرى ناكسة نشاهدها عند عدد قليل من المرضى ، تضرب مثلاً عليهم المصابون بالإيدز .

الحمات Varicella [أو Chickenpox] :

التعريف : هو عبارة عن خمج بدئي بالحمة الحمائية النطاكية عند الأشخاص غير المتعنين يتظاهر على شكل حويصلات تتوضع على سطوح حمامية في الجلد والأغشية المخاطية .

الحدوث : هو مرض الأطفال بشكل عام ولكنه قد يصيب البالغين أيضاً ومضعفي المناعة . وهو شديد السراية .

الإمراض : تتم العدوى عن طريق التماس مع محتويات الحويصلات أو عن طريق الرذاذ المنقول بالهواء (من هنا أتت التسمية الألمانية Windpocken) . وينتج عن الإصابة بالداء مناعة دائمة بشكل عام .

الموجودات السريرية : فترة الحضانة ١٤ يوماً وكثيراً ما تكون أطول من ذلك . وهو يصيب الأطفال عادة ، غير أنه يمكن أن يصيب الكبار إذا لم يسبق لهم الإصابة به وهم أطفال (حماق البالغين) ، حيث يكون سيره عند البالغين أكثر شدة ومصحوباً بأعراض بادرة مثل الصداع والإقياء والارتفاع الحروري العالي نوعاً ما ، وكثيراً ما يترافق مع ذات الرئة الحماقية . أما عند الأطفال فلا يترافق مع تلك الأعراض البادرة وربما يحدث عندهم نوعك خفيف وترفع حروري متوسط الشدة .

الطفح Exanthem : تظهر بقع حمامية على كامل الجسم وعلى الرأس والجذع بشكل خاص . تتطور هذه أنبقع إلى حطاطات صغيرة ثم تتحول خلال ساعات قليلة إلى حويصلات ذات جدر رقيقة جداً يتراوح قد الواحد منها بين ١ - ٣ ملم ، وكثيراً ما تكون أكبر من ذلك . يكون محتوى الحويصلات رائقاً ، وتحاط عادة بهالة حمراء . يستمر الاندفاع لعدة أيام مع ظهور حويصلات جديدة . يتعكر محتوى الحويصلات القديمة وتتحول إلى جلبات . يختلف عدد هذه الاندفاعات فقد تكون قليلة جداً وقد يتجاوز عددها المئات . وكثيراً ما تصاب الفروة حيث تظهر الحويصلات الأولى عادة . ولذا يجب فحص الفروة دوماً عند الاشتباه بوجود الحماق . قد تعف الاندفاعات عن الوجه لكنها تملؤه في العادة . وهي تعف بشكل مطلق تقريباً عن اليدين والقدمين . تكون الاندفاعات بأعمار مختلفة وهذا ما يعطي الحماق شكله السريري المتنوع والمميز .

وعندما ينتهي الطور الطفحي فإن هذه الحويصلات تحف تاركة وراءها جلبات بنية اللون ، وهي ما تدعى بالتريس Scutula . تلتصق الجلبات بالجلد التصاقاً شديداً وتتساقط بعد مدة تتراوح بين ٢ - ٣ أسابيع دون أن تترك أية ندبات ما لم يحدث عليها اختلاط ما أثناء سيرها . ونظراً لأن هذه الاندفاعات شديدة الحكمة أحياناً فإنها كثيراً ما تترافق مع تقويو ثانوي ناجم عن الخمج ، وعندها يمكن للحويصلات المتقوية أن تخلف ندبات انطباعية جدرية الشكل تشاهد بشكل خاص على الوجه والوجنتين . (راجع الشكل ٢ - ٢٠) .

الأغشية المخاطية : تصاب الأغشية المخاطية دوماً . وأكثر المناطق إصابة في الفم هي الحنك الصلب وغشاء باطن الخد حيث تظهر التكتلات صغيرة متفرقة مغطاة بلون مائل للأصفر . وتحاط هذه الاندفاعات عادة بهالة حمراء ضيقة . ويفيد فحص جوف الفم لوضع التشخيص في الحالات غير الواضحة . وقد تظهر بعض الحويصلات في الملتحمة والحنجرة والأغشية المخاطية التناسلية . (راجع الشكل ٢ - ٢١) .

الأعراض : هناك ترفع حروري خفيف خلال سير الداء .

وباستثناء الحكمة التي قد تكون شديدة في بعض الأحيان ، فإن الحالة العامة للمريض لا تتبدل ولا تتضخم العقد اللمفاوية . وتبدي الدراسة المخبرية نقصاً في الكريات البيض متوسط الشدة مع تبدلات لا نوعية في البول .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف المجهر الضوئي عن وجود حويصلات مغطاة بطبقة بشروية رقيقة مع بؤرة التخر المميع في الخلايا البشروية ، وتنكس بالوني على حساب الخلايا القاعدية والخلايا المتوضعة مباشرة فوق الخلايا القاعدية حيث تشكل بالونات كبيرة حاوية على نوى متعددة (الخلايا البشروية العملاقة) . وقد تبدي النوى وجود جسيمات اندخالية حمضة مستطيلة الشكل . أما الحويصلات فتكون عديدة الحجيرات في البدء ثم تصبح وحيدة الحجر بعد تحرب الأغشية الهولية المتبقية . الحويصلات ممتلئة بنتحة مصلية ليفية وخلايا عدلة (مفصصة النوى) ، كما نجد أحياناً التهاب أوعية قد يكون تخرياً يصيب الأوعية المتوضعة في الحليات الأدمية والأدمة الشبكية .

السير : حسن بشكل عام وتحدث الاختلاطات بشكل استثنائي فقط إلا أن التقويو الثانوي للآفات شائع جداً وقد يحدث التهاب سحايا ودماغ سليم بعد ١٠ أيام من البدء . وقد تحدث بعض العقابيل عند البالغين عادة كذات الرئة اللا نموذجية والتهاب العضلات والأذن والتهاب الكلية والتهاب النقي الحاد .

التشخيص : يمكن إظهار الحماق الراشحة بطريقة التلوين السليبي وباستخدام المجهر الألكتروني . وتبدو على شكل جزئيات تتراوح أبعادها بين ١٥٠ - ٢٠٠ نانومتر . وتساعد هذه الطريقة في وضع التشخيص السريع وخاصة في الحالات التي يكون فيها سير الداء غير نموذجي عند البالغين . وهي لا تحتاج إلا لساعة واحدة من الزمن لإجرائها . أما الكشف عن الحماق الموجودة في مصل الحويصلات في مستنبتات الخلايا الجنينية المولدة للليف فتحتاج إلى مدة تتراوح بين ٨ - ١٤ يوماً . وليس لتفاعل ارتباط المتممة قيمة تشخيصية هامة وذلك لسرعة انتشار الحمة الراشحة بين الناس ولوجودها الدائم في البيئة . أما اللطاخة المأخوذة من قاع الحويصلات على طريقة ترانك Tzank فتمكننا من رؤية الخلايا البشروية البالونية المنحلة الأشواك مع خلايا بشروية عملاقة عديدة النوى ، والتي تحتوي في نواها على جسيمات اندخالية حمضة .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الشرى الحطاطي الطفلي Strophulus Infantum الذي لا يترافق بترفع حروري ولا يصيب الأغشية المخاطية . أضف إلى ذلك أن الطفح الجلدي فيه أشبه بالاندفاعات الشروية . أما الجدري فلا يمكن الخلط بينهما أبداً بسبب شدة الداء وبالمظهر السريري النموذجي المتميز

بالبثرات المسررة . وبالنسبة للداء الجدري Vorioloid فتميزه صعب جداً لاندفاعاته الحويصلية اللانموذجية ، وعلى كل حال يمكن رؤية الخلايا البالونية العملاقة لدى دراسة اللطاخة ، وأهم طريقة للتفريق بينهما هي الفحص بالمجهر الإلكتروني . وبالحقيقة فإن الجدري لا يشكل مشكلة تشخيصية في هذه الأيام لأنه لم يعد موجوداً . وقد يكون من الصعب التمييز عند البالغين بين الحلا النطاقي المعمم والحماق ، غير أن وجود إصابة مرافقة تمتد على مسير عصبي معين على شكل حلاً نطاقي يضع النقاط على الحروف .

الحلا النطاقي Zoster :

المرادفات : الحلا النطاقي Herpes Zoster ، داء المنطقة Zona .

التعريف : وهو الإصابة الثانية أو إعادة تفعيل الحمات الحماقية - النطاقيّة الهاجعة مع ظهور حويصلات مؤلمة وحيدة الجانب متوضعة على شكل مجموعات على سطح حمامي وعلى مسير فرع أو عدة فروع عصبية جلدية .

الحدوث : يمكن أن يحدث الحلا النطاقي في جميع الأعمار تقريباً ، وهو أكثر شيوعاً عند كبار السن وأقل حدوثاً عند اليافعان . وأكثر الأعمار إصابة هي بين الـ ٦٠ - ٧٠ من العمر . والداء النطاقي Zoster (كلمة يونانية الأصل) مرض معروف منذ قديم الأزمان . وقد أضاف فون بارنسرنبغ Von Baresprung معلومات قيمة عندما استطاع في عام ١٨٤٨ الكشف عن وجود الحمات في العقد العصبية للنخاع الشوكي (العقد الخلفية) . ويكون الخزل الحركي غائباً بسبب إصابة الجذور الحسية الخلفية فقط . وقد أثبت فيرتر Feyrter إمكانية إصابة الأنسجة أو الأعضاء الأخرى التي تتوافق مع الفرع العصبي الجلدي المصاب . (راجع الشكل ٢ - ٢٢) .

فترة الحضانة : من ٧ - ١٤ يوماً .

الإمراض : يبدو أن الحلا النطاقي يمكن أن ينتج عن الإصابة الجديدة (الثانية) بالحمّة الحماقية - النطاقيّة في الأشخاص مضعفي المناعة ، أو أنها تنجم عن إعادة تفعيل الحمات الحماقية - النطاقيّة الهاجعة . ويجب التفكير بالعديد من العوامل المؤدية إلى نقص المناعة عند المريض سواء الموضعية أو المعممة . فقد يحدث الحلا النطاقي الرضي نتيجة لتحريرض الموضعي . وقد يتعرض الداء النطاقي بالصدمات العنيفة لأجزاء من الجسم أو بسبب الأذيّات العصبية أو الإشعاع ، أو بتأثير الأشعة فوق البنفسجية [تفاعل ضيائي انسامي لاستخدام الميلادين والأشعة فوق بنفسجية UVA] . وقد تعرض التأثيرات السمية بدء الداء : ومثالها الحلا النطاقي بأول أكسيد

المعالجة : ينصح بالراحة في السرير في الحالات الشديدة (مثل الترفع الحروري ... إلخ) . كما ينصح بتطبيق بودرات أو دهن المحاليل سريعة التجفيف (محلول الزنك) . استخدام المراهم غير مستطب بسبب خطورة حدوث الإلتان الثانوي . تعطى مضادات المستامين داخلياً ، أو خارجاً على شكل هلام أو محلول عند وجود الحكّة ، أو تدهن الاندفاعات بماء الخل . تطبق الصادات موضعياً عند حدوث التقويّ الثانوي . كما يستطب إعطاء الأسيكولوفير داخلياً وخاصة في الحالات الشديدة .

الوقاية : غير ممكنة بسبب السراية الشديدة للداء . وعند حدوث إصابات بالحماق في وحدة مغلقة ، كجنّاح للأطفال في أحد المستشفيات ، فيجب عندئذ عدم تخرج الأطفال الذين شفوا من الحمات في الوقت الحاضر ، كما يجب عدم تخرج الأطفال الذين لم يصابوا بعد بالحماق وإبقاؤهم لمدة ١٢ - ١٤ يوماً ثم يتم تخرجهم ، تماماً قبل حدوث الطفح الجلدي . كما يجب عدم إدخال الأطفال الذين لم يصابوا بالحماق بعد إلى هذا الجنّاح وذلك خلال هذين الأسبوعين .

الحماق أثناء الحمل :

هناك احتمال لحدوث تشوهات جنينية عندما تصاب المرأة الحامل بالحماق خلال الثلث الأول من الحمل . وتختلف التشوهات المذكورة حيث تتراوح بين مَوّه الرأس Hydrocephalus (استسقاء الرأس) ، والسّاد ، والتهاب الشبكة والمشيمية ، إلى متلازمة هورنر . وحتى وقتنا الحاضر لم تثبت العلاقة الجازمة بين الحماق وحدوث التشوهات الجنينية في بعض الحالات التي وصفت فيها التشوهات دون إجراء الاستقصاءات المصلية المحددة . وتعتبر نسبة إصابة الجنين بالتشوهات بعد إصابة والدته الحامل حوالي ١٪ فقط ، وبالتالي لا يستطب إجراء الإجهاض وذلك خلافاً لحالات الحصبة الألمانية . ويبدو أن إصابة الأم الحامل بالحماق بعد الثلث الأول من الحمل لا يؤدي إلى حدوث تشوهات جنينية . وإذا أصيبت الحامل في المراحل الأخيرة من الحمل بجمع الحمّة الحماقية

الكربون ، أو الحلأ النطاقي الزرنيخي أو بالسالفورسان *Salvarsan Zoster* . ولا يرى هذا الاختلاط في حالات الإفرنجي المعالجة بشكل صحيح . وكثيراً ما يحدث الحلأ النطاقي عند الأشخاص الذين يتمتعون بمناعة غير سوّية ، أو الذين يعانون من نقص المناعة الثانوي ، فعند ذلك يأخذ الداء سيراً شديداً (الحلأ النطاقي المعمم) . وإذا حدث الحلأ النطاقي عند الجنوسيين فيجب البحث عن الإصابة بحمة عوز المناعة الإنسانية H.I.V. . ويعتبر الأشخاص الذين يتناولون الأدوية الكابتة للمناعة عرضة للإصابة بهذا الداء . ويجب البحث عن وجود داء هودجكن أو الابيضاضات أو السرطانات أو متلازمة الإيدز في حالات الحلأ النطاقي المعمم ، وخاصة عن البالغين كما يجب البحث عن احتمال وجود آفة بدئية مستبضة لدى الأشخاص المعرضين للإصابة . وتفترض النظرية العصبية وجود أورام ، أو وجود أمراض التهابية غير خبيثة في قطاع الفرع العصبي المصاب ولكن نادراً ما تتحقق هذه العلاقة الوثيقة .

الموجودات السريرية : الحلأ النطاقي داء قطعي (منطقي) ، وكقاعدة عامة تحدث اندفاعات حلئية الشكل وحيدة الجانب وبشكل حاد . وتتألف هذه الاندفاعات من عدة مجموعات من الحويصلات التي تتوضع على مسار فرع أو عدة فروع عصبية . وفي الواقع يمكن أن يصاب أي فرع عصبي . يسبق الداء أحياناً ببولار تصف بالتوعك والتعب والاضطرابات المعدية - المعوية ، وآلام عصبية المنشأ في الناحية الموافقة للعصب المصاب . ويرافق بؤاد الأعراض هذه آلام سنّية وبلعومية وعنقية أو تيبس في النقرة إذا كانت الإصابة في ناحية الرأس . وقد ترتفع حرارة المريض ، لكن الترفع الحروري الحثي النطاقي أمرٌ نادر . وقد تكون الآلام العصبية شديدة لدرجة غير محتملة ، وأنها لا تتناسب مع شدة امتداد وسير الحلأ النطاقي . وقد تغيب تماماً أعراض الدور البادري . ويعتبر حدوث ألم حارق خفيف أو شديد في منطقة محددة من الجسم العلامة البدئية للمرض ، يتلو ذلك بفترة قصيرة حدوث حمى قليلة الارتفاع ، واضحة الحدود ، يضاوية الشكل تمتد على مسار الخطوط الجلدية (راجع الشكل ٢ - ٢٣) . يتبع ذلك تشكل بؤر أخرى من الحمى ، صغيرة أو كبيرة ، تمتد على طول الناحية الجلدية الموافقة للفرع العصبي الجلدي المصاب . ومع تطور الداء تظهر حويصلات رائقة ومتوترة ، شبيهة باللالء في نواحي الحمى ، تبدأ من مركز الحمى ثم تمتد نحو محيطها . ويكون كثير من هذه الحويصلات معزولاً وبعضها مجتمعاً . ويتوقف ظهور حويصلات جديدة خلال يومين إلى ثلاثة أيام ، ونادراً ما تنفجر هذه الحويصلات وذلك لسماكة جدرها . يتعكر محتوى الحويصلات خلال ٢ - ٧ أيام حيث تمتلئ بسائل قيحي أصفر . وخلال هذا الوقت تراجع الحمى

توضعات خاصة للحلأ النطاقي :

الحلأ النطاقي العيني : تتوضع الآفة هنا على مسار الفرع العصبي الأول للعصب مثلث التوائم وذلك عبر مسار العصبين فوق البكرة وفوق الحجاج . ويصبح الحلأ النطاقي في النصف العلوي من الجبهة والجزء المجاور من الفروة نزفياً وموتياً ويراافق مع التهاب العقد اللمفاوية في الناحية أمام الأذن . يحمرُّ الجلد المحيط بالحجاج ويعاني المريض من آلام عصبية شديدة . وعندما تظهر الحويصلات على الأنف (إصابة العصب الأنفي الهدي) ، يمكن أن تمتد الاندفاعات إلى الملتحمة والقرنية عند بعض المرضى وقد يتلو ذلك التهاب قرنية خلالي مع تشكل قرحات قرنية ، وقد تصاب بصللة العين أو تحدث شلول عصبية مرافقة .

الحلأ النطاقي على مسار الفرعين الثاني والثالث للعصب مثلث

التوائم : إن إصابة الأغشية المخاطية للجوف الفموي شائعة ، حيث ترى تآكلات أو تقرحات مسطحة قلاعانية الشكل تتوضع على شكل حلقي فوق سطح حمامي على الغشاء المخاطي المبطن للوجنتين والجانب المجاور من اللسان والحنك والبلعوم ، ونادراً ما يحدث التهاب اللثة النطاقي ، وفي حال حدوثه قد يفقد المريض بعض أسنانه في الفكين العلوي والسفلي في قطاع العصب المصاب .

الحلأ النطاقي في ناحية الرأس : قد تحدث أعراض سحائية مثل تيس النقرة والصداع ، وتكون علامة كيرنغ Kernig إيجابية ، يتلو ذلك زيادة عدد الخلايا في السائل الدماغي الشوكي . وقد وصف حدوث التهاب أوعية حبيومي في أوعية الدماغ مع علامات السكتة الدماغية لدى الخمج بالحمة الحماقية النطاقي .

الحلأ النطاقي الأذني : قد تنحدر الإصابة في ناحية الأذن الخارجية حيث تتوضع على الصيوان وما يجاوره ، وقد تحدث شلول عصبية تظال الأعصاب الوجهية والسمعية لدى إصابة الأذن الداخلية مما يؤدي لحدوث متلازمة Ramsy Hunt . إنذار هذا الاختلاط فيما يتعلق بحاسة السمع سيء جداً عند حوالي $\frac{1}{3}$ المرضى وسيء نسبياً في ثلث آخر .

النواحي الأخرى : قد يحدث التهاب مثانة نزفي مع سلس في البول عند بعض المرضى .

التشريح المرضي النسجي : تشبه الحويصلات النطاقيّة من الناحية الخلوية ، الحويصلات الحماقية وحويصلات الحلأ البسيط تماماً وإلى درجة كبيرة ، حيث تشاهد بؤر من الودمة بين الخلايا مع تنكس بالوني في البشرة ، يتلو ذلك غزو بالخلايا الانتهاجية المحيطة العدلة . وتعتمد شدة التنكس في قاعدة الحويصل على شدة الداء سريريا . كما يشاهد أحياناً حدوث التهاب أوعية نخري . وتشاهد دوماً تبدلات التهابية وتنكسية في عقيدات الحبل الشوكي مع تبدلات نرفية أحياناً .

المسير : يأخذ الداء عادة سيراً لطيفاً ولكنه يزداد شدة مع تقدم العمر . ويتم التعرف على الأشكال الشديدة من خلال الحويصلات النرفية (الحلأ النطاقي النرفي) . وعندما تزداد نسبة تحرب الأنسجة تظهر جلطات حمراء في ناحية الاندفاعات الحويصلية ، يليها بعد فاصل زمني قصير ظهور تقرحات نخرية ضمن الجلد الملتهب المحمر (الحلأ النطاقي المواتي) . تشفى التئخرات العميقة ببطء شديد تاركة وراءها ندبات جذرية الشكل . وقد تظهر حويصلات فردية لدى الإصابة بالحلأ النطاقي تتوضع على جلد احمراري وبشكل فردية ومستقل عن القطاع الجلدي للعصب المصاب (الحويصلات الضالة) . تكتشف هذه الحويصلات عن طريق الصدفة عندما يكون

عددها قليلاً . وهناك حالات تتطور فيها القمات من الحويصلات بشكل تتابعي خلال أيام قليلة مما يعطي منظرًا يشبه الطفح الحمائي ، وتكون بذلك مختلفة الشدة لذا تبدو بشكل مشابه للحماق وكأنها النجوم في السماء . وهذه الحالة تدعى (الحلأ النطاقي المعمم) ، حيث ثمة تشابه كبير بينها وبين الحماق . ولا بد من إجراء الاستقصاءات المناسبة لمعرفة الأمراض المستبطنة المسببة لنقص المناعة .

التشخيص : يستعان بالصورة السريرية والنسجية النموذجية وبالكشف عن الحماق الراشحة بطريقة التلوين السليبي .

التشخيص التفريقي : قد توجد صعوبة بالتمييز بين الحلأ النطاقي والحلأ البسيط في المراحل البدئية للحلأ النطاقي ، وكثيراً ما لا يستطيع التفريق بينهما وخاصة عندما يأخذ الحلأ النطاقي سيراً مجهضاً في ناحية الرأس . ويجب أن نولي سير الداء عناية خاصة . فسير الداء في الحلأ النطاقي متقطع ، لذلك نجد بؤراً من الاندفاعات في نفس القطاع الجلدي للعصب المصاب تحوي على اندفاعات فردية ذات أعمار مختلفة ، حيث نجد الحويصلات والجلطات والاندفاعات الشافية بعضها إلى جانب البعض الآخر (التطور المتتالي) . وتعتبر النزوف والتئخرات النزفية وصفية ونوعية للداء النطاقي .

المعالجة : معالجة الحلأ النطاقي عرضية وتتألف من مضادات الالتهاب ومسكنات وصادات .

جهازياً : تعطى مضادات الحماق الراشحة في الحالات الشديدة . وتعطى المعالجة بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لبضعة أيام فقط . أما المعالجة المسكنة للألم فتعتمد على شدة الألم الذي يعاني منه المريض ، فإذا كان الألم محتملاً فلا داعي لاستخدام المسكنات ، علماً بأن للأدوية المسكنة أيضاً تأثيراً مضاداً للالتهاب . وكثيراً ما ينصح بإعطاء الفيتامينات وخاصة مستحضرات الفيتامين ب مع المسكنات بجرعة دوائية كافية . وهكذا تعطى الفيتامينات ب ١ وب ٢ وب ١٢ ، ولكن لم يتم التأكد من نفعها بعد . وينصح دوماً بإعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية أو الحاثات القشرية A.C.T.H. في الحالات الوخيمة من الحلأ النطاقي . ويجب استخدام هذين العلاجين بحذر شديد خاصة وأنه من المعروف أن تناول مثل هذه العلاجات يمرض حدوث الحلأ النطاقي في حالات أخرى . ويعتبر إعطاء الريدنيزولون بمقدار من ٢٠ - ٦٠ ملغ يومياً كافياً جداً للسيطرة على الألم والالتهاب ، وذلك بعد انتهاء الطور الحويصلي وطور انتشار الحمة في الدم . أما الآلام عقب الداء النطاقي ، والتي قد تستمر أسابيع بعد انتهاء الطور الحمجي ، فهي لا تستجيب مطلقاً للمعالجة بالستيروئيدات القشرية ، كما أنها قد لا تنفع في الوقاية من هذه الآلام . وقد

سلفات الزنك أو سلفات النحاس أو البرمنغانات التي تفيد لتجفيف الاندفاعات والسيطرة على الخمج الجرثومي الثانوي . ويستطب دهن المراهم الحاوية على المطهرات أو الصادات بعد جفاف الحويصلات فقط .

أخماج الحُمات الجُدريّة السويّة Orthopoxvirus : Infections

الجدري (Smallpox) :

المرادفات : Variola .

التعريف : الجدري مرض مسبب بالحُمات الراشحة ويأخذ سيراً وخبياً ، وغالباً ما ينتهي بالوفاة عند الأشخاص غير المنعّين (غير الملقّحين) . الاندفاعات المميزة للداء هي الحويصلات المسرّرة التي تترك عند شفائها ندباً نفاطية . ولقد تم القضاء على الجدري في العالم كله وذلك من خلال برنامج التمنيع العالمي .

العامل المرضي : هو حمة الجدري ، وهي حمة مكعبة الشكل يتراوح حجمها بين ١٥٠ و ٢٠٠ نانومتر ، وقد تم اكتشافها من قبل باشن Paschen عام ١٩٠٧ .

معلومات عامة : تختلف الصورة السريرية للخمج الناجم عن حمة الجدري بأنواعها المختلفة وذلك حسب فوعة الحمة المسببة . ويجب أن تكون هذه الصور السريرية جميعها مألوفة لدى كلّ طبيب في العالم بالرغم من أن خطر الإصابة بالجدري عبر السياحة العالمية قد زال بسبب القضاء على هذا الداء في الوقت الحاضر . ويجب على كلّ إنسان أن يعي ويعمل على اتخاذ التدابير اللازمة لدى الاشتباه بوجود حالة جدري أو لدى وجودها فعلاً . وقد سجلت آخر حالة في آسيا عام ١٩٧٥ في بنغلادش ، وآخر حالة في أفريقيا كانت عام ١٩٧٧ في الصومال . وفي ألمانيا الاتحادية سجلت آخر حالة للإصابة بالجدري عام ١٩٧٢ عند مواطن يوغسلافي قاطن في مدينة هانوفر ، التقطها من العراق حيث تفشى الداء وذلك قبل أن يسافر إلى ألمانيا . وقد سجلت آخر حالة للداء في أوروبا عام ١٩٧٨ في المملكة المتحدة في أحد مخابر البحث العلمي . وقد أكدت منظمة الصحة العالمية القضاء على الجدري في الوقت الحاضر .

المساعة : تتأمن المناعة الكافية باستخدام اللقاح الواقي . وإذا حدثت الإصابة بالرغم من أخذ اللقاح فإنها تأخذ سيراً لطيفاً . ويأخذ الجدري سيراً لا نموذجياً في الحالات التي تكون فيها المناعة غير كافية (المناعة الجزئية) ، مثال : بسبب أخذ اللقاح منذ فترة طويلة جداً أو إذا كانت الوقاية الناجمة عن اللقاح غير كافية (جدري Varioloid) أو لدى الإصابة بالحُمات المضعفة (ثَبَخ Alastrim) .

يستطب إعطاء الأدوية المضادة للصرع (Tegretol , Carbamazepine) والأدوية النفسية إلى جانب مسكنات الألم . ويمكن تجريب المعالجة بوخز الإبر ، أو التحريض الكهربائي عبر البشرة ، أو المعالجة النفسية في بعض حالات الألم المستمر والثابت . وتعتبر الصادات ضرورية فقط في الحالات ذات السير الوخيم من الحُلاّ النطاقي ، وعند الكهول الذين يعتبرون أنهم عرضة لحدوث الخمج الثانوي . لا تؤثر الصادات (هيدروكلوريد التتراسيكلين ، دوكسي سيكلين ، اترترومايسين) على الحُمات الراشحة ، ولكنها تقي من حدوث الخمج لشنوي الجرثومي ، وقد تفيد في حالات التهاب نخري متّقي . وفي المراحل البدئية للآفة يفيد إعطاء المصل منفرط التجميع حقناً ، ولكن انوقاية التي تقدمها هذه المستحضرات غير كافية لانخفاض عيارات الأضداد النوعية فيها وبسبب العمر النصفى القصير لجزئياتها . ويجب إعطاء الأضداد المناعية النطاقيّة وبجرعة كافية للأشخاص الذين هم في موضع الخطر من الإصابة كالحوامل أو مضعفي المناعة . ويمكن الحصول على الأضداد المناعية النطاقيّة من المراكز الصحية المركزية . وقد تم استخدام العامل الناقل بنجاح في الداء النطاقي المعمم . لا يوجد حتى الآن تقييم جديد يمكن الاعتماد عليه فيما يخص إعطاء (إيزوبرينوزين وأمانتادين) معاً وبوقت واحد عن طريق التسريب الوريدي (٢٠٠ - ٤٠٠ ملغ) والفموي (٢٠٠ - ٤٠٠ ملغ) يومياً ولمدة ١٢ يوماً .

ينصح بإعطاء الأسيكولوفير كعامل موقوف للحُمات الراشحة . يعطى إما وريدياً (٥ ملغ/كغ من وزن الجسم كل ٨ ساعات ولمدة خمسة أيام) ، أو عن طريق الفم (٨٠٠ ملغ خمس مرات يومياً ولمدة ٥ أيام) . وهو يستخدم بنجاح في الحُلاّ النطاقيّ الواسع وفي الوقاية من الاختلاطات مثل الآلام العصبية والإصابة العينية . ويجب التقصّي عن العوامل المحرّضة لحدوث الحُلاّ النطاقيّ في القطاع الجلدي للعصب المصاب وعن الأمراض المستبطنة (اللمفوما الخبيثة ، داء هودجكين ، والايضاضات ، والسرطانات ، والإيدز) وذلك في الحُلاّ النطاقيّ المعمم بعد أن تأخذ الأعراض الحادة مجراها .

موضعياً : تطبق العلاجات الموضعية المجففة تبعاً لمرحلة الداء ، حيث تستخدم المحاليل في مرحلة الحويصلات ، مثل محلول الزنك الحاوي على Clioquinol كليكينول بنسبة ٥٪ (الفيو فورم) وتتمتع هذه المحاليل بفعالية مضادة للخمج في نفس الوقت . يتم دهن الجلد المصاب يومياً بهذا المحلول ، ويجب عدم إزالته إلا بعد جفاف الحويصلات . أما فائدة مضادات الحُمات مثل الأسيكولوفير والإيدوكسيريدين Idoxuridine مع دي ميتيل سولفوكسيد عند تطبيقها موضعياً فما يزال موضع نقاش كما يمكن تطبيق الضادات الرطبة والمشرّبة بمحضر الخل أو

الموجودات السريرية : يتم انتقال الجدري من شخص إلى آخر بواسطة الرذاذ ، أو التماس مع مفرزات الاندفاعات الجلدية ، كما يستطيع الذباب نقل الحمات من الشخص المصاب إلى الطعام ومياه الشرب وكثيراً ما لا يستطيع معرفة جميع الأشخاص الذين كانوا على تماس مع المرضى .

تبدأ بوادر الداء بعد فترة حضانة تتراوح بين ١٣ - ١٤ (٨ - ١٨) يوماً ، يكون البدء شديداً ويستمر ثلاثة أيام يعاني فيها المريض من ترفع حروري شديد يصل إلى ٤٠ - ٤١ ° مئوية . ومن تسرع القلب يرافقه إقياءات وآلام في الأطراف وأسفل الظهر وصدايح . ويظهر طفح أولي في هذا الدور يبدأ على الوجه والذراعين ويتميز باندفاعات بقعية صغيرة قليلة الارتفاع من سطح الجلد . ثم يمتد هذا الاندفاع إلى كامل سطح البدن مع وذمة في الأجناف ، وبعد ثلاثة أيام من بدء البوادر المرضية تلك ، تنخفض درجة الحرارة ويشعر المريض بتحسّن حالته العامة . هذا الهجوع الذي يستمر يومين ، أشبه بالهدوء الذي يسبق العاصفة . إذ أن الطفح يبدأ بالتبدل في حوالي اليوم الخامس ، حيث تأخذ الاندفاعات البقعية شكلاً حطاطياً ، ثم تتحول إلى حويصلات لماعة ذات محتوى رائق بالبداية ، ثم يصبح محتوى الحويصلات عكراً قيحياً في اليوم الثامن تقريباً . كما نرى انطباعات صغيرة (تسرّر) في قمة البثرات المتعددة الحجرات ، التي يتراوح قطرها بين ٣ - ٥ ملم والتي تحيط بها هالة حمراء . هذه الصورة السريرية وصفية تماماً في الجدري .

وتظهر أيضاً حطاطات قاسية على الراحتين والأخصصين لكنها لا تتحول إلى بثرات . وتوضع الآفات بشكل أكثف على الوجه والرأس والأطراف والأصابع ولا تظهر الحويصلات في النواحي الأخرى من البدن إلا بعد مضي وقت طويل نسبياً . لذلك ترى الحويصلات الحديثة على الساقين ، أما القديمة فترى على الجزء العلوي من الجسم . وتكون الاندفاعات المتوضعة في جزء ما من الجسم بأعمار واحدة . أما الحويصلات المتوضعة في جوف الفم فإنها تتحول بشكل سريع إلى تقرحات يعلوها غطاء غشائي كاذب . وتترافق هذه التقرحات مع ترفع حروري مفاجيء ، ويعاني المريض من الهذيان . ويموت الكثيرون من المرض في هذه المرحلة البدئية بسبب الانسداد والقصور القلبي حيث تبلغ نسبة الوفيات من ١٠ - ٣٠٪ أو أكثر تبعاً لنوع الحمة المسببة . وإذا نجح المريض من الموت فإن الحويصلات تجف لتترك وراءها جلبات سمكة . تتساقط تاركة وراءها تندبات غموضيّة انطباعية شبيهة بالصحن ، ناقصة الصباغ عادة عند الأشخاص ذوي البشرة السمراء ومفرطة الصباغ عند الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة اللون . (راجع الشكل ٢٦ - ٢) .

الانحرافات عن السير السوي للداء : الإنذار سيء إذا كانت البثرات نزفية (الجدري الأسود) . حيث يأخذ الداء سيراً حاداً جداً بحيث تتشكل بقع كدمية عوضاً عن الحويصلات الجديدة . ففي هذه الحالات الوخيمة تتشكل حمامي مع حويصلات كبيرة عوضاً عن الحويصلات الإفرادية والبثرات . ولا يعتبر الجدري المقرن *Variola Confluens* أقل شدة وهو نوع من الجدري تتحد فيه الاندفاعات الإفرادية . تجف البثرات اعتباراً من اليوم ١٤ من بدء الداء إذا تجاوز المريض المرحلة القيحية ، وتتشكل بعد ذلك جلبات بنية مائلة للصفرة ، تتساقط خلال فترة تتراوح بين ٨ - ١٠ أيام ، وتترك مكانها تصبغات وتندبات انطباعية دائرية الشكل بحجم البثرات التي شكلتها . هذه التندبات تستمر مدى الحياة تبقى شاهداً على الإصابة الجدريّة في يوم ما . وقد يترافق الجدري مع الحلأ النطاقي في بعض الأحيان وهذا ما يدعى بالداء الجدري النطاقي .

الداء الجدري *Varioloid* : يصاب بعض الأشخاص بأشكال مخففة من الجدري وذلك إذا كان اللقاح ضد الجدري عندهم لم يكسبهم المناعة الواقية الكافية . وتكون الأعراض العامة فيه أخف ، والاندفاعات في كل أطوارها أقل حدة ولا تتقيح بشكل دائم . كما أنها لا تشكل الندبات عادة ، وإن تشكلت فهي خفيفة ، وهذا يشبه ما يحدث في الجدري الأبيض *Whitepox* أو *Kaffirpox* (التبخ *alastim* أو الجدري الأصفر *Variola minor*) .

التشريح المرضي النسيجي : تحوي حويصلات الجدري على تنكس شبكي حيث أن ما يتبقى من الخلايا هو عبارة عن شبكة تنكسية ناجمة عن الوذمة الشديدة داخل الخلايا . تحتوي الهيولى على جسيمات غوارنيسر *Guarnier* وهي عبارة عن نواتج ارتكاسية تغلف الحمات الراشحة الجدريّة . ويمكن الكشف عن الحمات الجدريّة في قرنية الأرنب خلال ٢٤ - ٤٨ ساعة باستخدام اختبار بول *Paul Test* .

التشخيص : يمكن الكشف عن الحمات الجدريّة في محتوى الحويصلات أو البثرات أو في الجلبات وذلك باستخدام المجهر الضوئي بعد التلوين المناسب . ويمكن الحصول على نتائج أكثر دقة وسرعة باستخدام المجهر الإلكتروني وتطبيق طريقة التلوين السليبي (دون تلوين) . والطريقة الأفضل هي زرع الحمات الراشحة التي تتواجد بوفرة في الدم واللعاب والتنحات المصلية .

طريقة الزرع : ويتم إما بزرع الحمة الراشحة على الغشاء المشيمي اللفائقي لأجنة الدجاج أو على المستنبتات النسيجية . ويمكن الحصول على النتيجة بعد ٢ - ٣ أيام . كما يمكن القيام

ينقل الحمة الراشحة إلى قرنية الأرنب Paul's Test .

تفاعل ارتباط المتممة : يمكن الكشف عن مستضدات الحمة اعتماداً على طريقة ارتباط المتممة في مصل المرضى المصابين قبل بدء الاندفاع ، وكذلك في محتوى الحويصلات والبثرات وفي الجلبيات . ولا يتوقع الحصول على نتائج إيجابية إلا بعد عشرة أيام عند إجراء الاختبارات التالية : الكشف عن أضداد الحمة الراشحة من خلال تفاعل تثبيط التراص الدموي (HALR) ، وتفاعل ارتباط المتممة (CBR) واختبار تحديد الأضداد المعذلة Neutralizing Antibody .

التشخيص التفريقي : قد يكون تشخيص صعباً جداً في المراحل البدئية وذلك في حدوث غردية خارج المنطقة حويوية . ويتضمن تشخيص التفريقي في المراحل البدئية عدداً من الأنحاج الطفحية مثل : الإفرنجي الثانوي ، والحماق والطفححات الدوائية المنشأ . أما الجدري في دوره البثري فلا يلتبس بشيء آخر . وتدخل الحصبة في التشخيص التفريقي للجدري في طوره البادري ، لكن الطفح الجلدي في الحصبة يغطي مساحات جلدية أوسع ويتوافق مع أعراض نزلية شديدة ، غير أن الأعراض العامة فيه أخف من الأعراض العامة في الجدري . وتعتبر بقع كوبليك مميزة للحصبة . أما الالتباس بين الجدري والأشكال البثرية للإفرنجي الثانوي فغير وارد . قد يؤدي الإفرنجي إلى ترفع حروري خفيف ، ولكن تبقى الحالة العامة للمريض حسنة . والإفرنجي ليس بمرض وحيد العرض . أما الحماق فداء حويصلي خفيف السير ويتميز بظهور الاندفاعات بشكل متقطع لذا يمكن مشاهدة اندفاعات ذات أعمار مختلفة في الناحية الجلدية الواحدة بينما تكون الاندفاعات في الجدري بعمر واحد في الناحية الجلدية الواحدة .

الوقاية : يجب إعطاء اللقاح الواقي بشكل مباشر لجميع الأشخاص الذين هم على تماس مع المريض بالإضافة إلى اتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة . ويعطى الأشخاص المسنون المصل المفرط التمتع المأخوذ من الأشخاص الملقحين حديثاً . وينصح بإعطاء الوقاية الكيميائية بواسطة الميثيسازون (Methisazone) أيضاً .

المعالجة : المعالجة عرضية وأهم أركانها الراحة في السرير ومراقبة الدوران . قد يضطر الأمر لإعطاء الأدوية المخفضة للحرارة أو المدججلة . تعالج الأنحاج الثانوية بالصادات وينصح بالمعالجة الكيميائية مثل الميثيسازون Methisazone .

تبليغ السلطات الصحية المسؤولة : يجب أن تبلغ السلطات الصحية حتى ولو كان الأمر مجرد الاشتباه بوجود الجدري .

التدابير الواجب اتخاذها لدى الشك بالجدري : يجب اتخاذ التدابير الضرورية بهدوء ونظام . حيث يجب عزل المريض في

المكان الذي يتواجد فيه بحيث تغلق الأبواب بشكل جيد ، ويجب الاحتفاظ بالأشخاص الذين هم على تماس مع المريض قدر الإمكان مع تسجيل أسمائهم . ويجب عدم نقل المريض إلى المستشفى بسيارة الإسعاف . وتؤمن الأقسام الجلدية والمراكز الصحية ومراكز التلقيح خدمات في حالات الطوارئ الخاصة بهذا الوباء . ويجب الاتصال هاتفياً بهذه المراكز حيث تناقش معها الأمور التالية : زيارة المنطقة الموبوءة ، والمخبرين الذين هم خيرة هذا الداء ، والأشخاص الذين هم على تماس مع المريض ، وإعطاء اللقاح المنع للجدري ، متى أخذ اللقاح ؟ هل توجد ندبة تدل على أخذ اللقاح في سوابق المخالطين ؟ وإن وجود ندبة مميزة للقاح ترجح وجود المناعة الكافية ولكن لا تؤكد .

وإذا اشتبه بوجود الجدري عند شخص ما ، فيجب فحصه من قبل خبير بالجدري وذلك في مكان تواجد المريض ، على أن يرتدي الطبيب الملابس الواقية المناسبة . وإذا أكد هذا الخبر وجود الاشتباه بالجدري ، فيجب أخذ عينة من الآفة ومن ثم فحصها بطريقة التلون السليبي وباستخدام المجهر الإلكتروني حيث يتم الحصول على النتيجة خلال ساعات . كما يجب القيام بزرع الحمة الراشحة إذا ثبت وجود الجدري لدى المريض . وينبغي تسجيل أسماء كل من كان على تماس معه ووضعهم في الحجر الصحي .

لقاحات الجدري : في الماضي كان اللقاح الواقي من الإصابة بالجدري ، يعطى حسب التعليمات القانونية على جرعتين . في البداية كانت تعطى جرعة واحدة فقط قبل إتمام السنة الأولى من العمر ولكن تبين أن المناعة الناتجة عن هذا اللقاح استمرت لمدة عشر سنوات فقط ، ولأن الأدب الطبي ذكر وجود (١٨٠,٠٠٠) إصابة بين عامي ١٨٧٠ و ١٨٧٤ . وقد تم إصدار قانون جديد يلزم السلطات الصحية بإعطاء جرعة ثانية في السنة الثانية عشرة من العمر ، وهذه الجرعة الثانية هي التي أدت إلى تخلف العالم من الجدري . ولكن ستكون نسبة الأشخاص المنع من الجدري قليلة جداً في الوقت الحاضر فيما لو عاد الجدري للظهور مرة أخرى . لقد أوقفت جميع البلدان إعطاء اللقاح المضاد للجدري في الوقت الحاضر ، حتى أنها لم تعد تطلبه من السياح الزائرين وذلك بعد أن أكدت منظمة الصحة العالمية تخلف العالم بأسره من هذا الداء . وإن السبب الذي دعا المنظمة المذكورة لإصدار مثل هذا القرار هو أن الاختلاطات الناجمة عن اللقاح أخطر بكثير من الجدري نفسه .

لقد كان جينر Jenner أول من اقترح إعطاء اللقاح المضاد للجدري عام ١٧٩٨ وذلك باستخدام المادة المستخلصة من

eczema ، اللقاح المعمم **Vaccinia - generalisata** والتهاب الدماغ التالي لللقاح والتلقيح الوبائي . (راجع الشكلين ٢ - ٢٧ و ٢ - ٢٨) .

معالجة الاختلاطات :

جهازياً : يستطب إعطاء الأضداد المناعية الجدرية في الحالات التالية : للوقاية من حدوث الاختلاطات الدماغية لدى إعطاء اللقاح الأول للأشخاص الكبار ، ولتخفيف شدة التفاعل نحو اللقاح الثاني ، ولجميع الأشخاص الذين هم في موضع الخطر ، ولمعالجة التفاعلات الموضعة لللقاح الجدرية ، ولجميع الأشخاص الذين يتوقع تطور الجدرية عندهم بشكل تالي لأخذ اللقاح ، وهو يعطى بجرعة قدرها ٢٠ وحدة دولية (٠,٠٤ مل/كغ) ، حيث يعطى مع اللقاح في وقت واحد . أما إذا أعطي كعلاج ، فيعطى تبعاً للموجودات السريرية من ٢٠٠ - ١٠٠٠ وحدة دولية لكل كغ من وزن الجسم . وكل أمبول من سعة ١ مل يحتوي على ٥٠٠ وحدة دولية من الأضداد المضادة للجدرية .

ويستطب إعطاء مستضد الوقس كمنع أولي يسبق إعطاء لقاح الجدرية وللوقاية من الاختلاطات الناجمة عن لقاح الجدرية الأول للأشخاص المسنين ، وكذلك للتخفيف من التفاعلات الشديدة التالية لللقاح الثاني المضاد للجدرية . الجرعة هي (١ مل) قبل أسبوع واحد على الأقل من أخذ اللقاح .

موضعياً : المعالجة عرضية وتكون باستخدام المحاليل سريعة التجفيف .

جدرية البقر **Cowpox** :

التعريف : هو خمج نادر بالحماض الراشحة ينتقل للإنسان عن طريق الحيوانات الأهلة .

العامل الممرض : هو حمة جدرية البقر الحقيقية . ويبدو أن المخزن الرئيسي لهذه الحمة هو القطط والقوارض وليست الماشية .

الموجودات السريرية : تظهر على مكان التلقيح (الأصابع عادة) حطاطة واضحة الحدود ، تكبر ويتسرر مركزها بتنخر نزي ، وتشكل الجلبات (النقطة المسرة) . تشفى هذه الاندفاعات تاركة ندبة خفيفة . وقد قلت نسبة التلقيح ضد الحماض الجدرية السوية ذات التأثير الممرض عند الإنسان وذات العلاقة القرية بالحمة الراشحة المسببة للجدرية ، وذلك منذ أن امتنع العالم عن إعطاء اللقاح المضاد للجدرية ، وبقي خطر الإصابة موجوداً عند الأشخاص غير الملقحين .

التشخيص : ويتم ذلك بتمييز الحمة الراشحة بواسطة

اندفاعات الجدرية لدى الأبقار . أما الحمة المستخدمة في برامج التلقيح فيها بعد ذلك فكانت الحمة الوقسية **Vaccinia Virus** أو **Poxvirus officinalis** والتي هي عبارة عن حمة راشحة مكعبة الشكل ، ذات سطح شئز ، يتراوح حجمها بين ١٥٠ - ٢٦٠ نانومتر . تؤدي هذه الحماض إلى تكون جسيمات اندخالية ضمن هيولى الخلايا (Guarnieres Bodies) ولكنها لا تؤدي إلى تشكل جسيمات اندخالية ضمن النوى . أصل هذه الحماض غير واضح . ويعتقد البعض أنها شكل طفري لحمة جدرية البقر ويعتقد آخرون أنها تشتق من حمة الجدرية ، لكنها خضعت لطفرة معينة ، ويبدو أنه لا يمكن لحمة الوقس **Vaccinia V.** أن تنقلب مرة أخرى لتصبح حمة الجدرية .

ويجب التمييز بين حمة جدرية البقر وحمة الوقس ، فجدرية البقر يحدث بسبب حمة الخاصة به . وتنقص فوعة حمة الوقس **Vaccinia** عندما تنتقل من شخص لآخر حتى تفقد في النهاية قدرتها التنبعية (اللقاح الإنساني) . ويمكن زيادة القدرة التنبعية بطريقة التلقيح الراجع من الإنسان إلى الحيوان (لقاح حيواني) . ويمكن الحصول على حمة ذات فوعة مناسبة بطريقة التلقيح الراجع حيث يتم تلقيح الحمة للإنسان ثم للحيوان ثم للإنسان مرة أخرى وهكذا . ويمكن حقن الأرناب كذلك حيث تتطور حمة راشحة شديدة الفوعة . وبهذه الطريقة يمكن الحصول على لقاح يؤدي إلى مناعة كافية من جهة . وليس شديد السمية من جهة أخرى .

مستضد الوقس **Vaccinia Antigen** : وهو عبارة عن لقاح عاطل لا يؤدي حقنه المتكرر إلى درجة المناعة التي تصل إليها باللقاح العادي . ويؤدي إعطاؤه بشكل تمهيدي إلى تخفيف التفاعل تجاه اللقاح العادي الذي يعطى فيما بعد ، كما ويخفف من نسبة الاختلاطات . يفضل إتباع هذه الطريقة في حالات خاصة : مثل المرضى الذين يعانون من حالات جلدية (إكزيمة تأتبية) وللمرضى المسنين ، كما تتبع فيما إذا تم أخذ اللقاح الأول منذ فترة بعيدة .

التلقيح **Vaccination** : يحقن اللقاح الأول أعلى الذراع الأيمن أما اللقاح الثاني فيحقن أعلى الذراع الأيسر وذلك باستخدام مبضع التلقيح المغطس بمادة التلقيح (تلقيح جلدي) . ويجب أن ينجم عنها تندبين صغيرين على الأقل . ويأخذ تفاعل التلقيح في العادة سيراً نظامياً معروفاً .

هناك فرقاً في التفاعل الناجم عن اللقاح الأول والتفاعل الناجم عن اللقاح الثاني فهما مختلفان عن بعضها بالسير ، وقد تحدث الإكزيمة الجدرية عبر العدوى الذاتية أو الغيرية . ومن الاختلاطات الأخرى إكزيمة بعد اللقاح **Postvaccination**

من المركزين لتابعة البحث والاختبارات المتعلقة بزراع الحمة الراشحة الجدري .

جدري القردة : لقد سجل الأدب الطبي حدوث ٥٥ حالة من جدري القردة عند الإنسان خلال عام ١٩٨٥ كلها كانت من زائير . وقد أوجدت منظمة الصحة العالمية فعاليات مراقبة شديدة لحوالي خمسة ملايين مواطن زائيري . وتبين أن نسبة إصابة الإنسان بجدري القردة نادرة جداً ، وتزداد الثقة بعدم إمكانية الحمة الراشحة المسؤولة من المحافظة على البقاء من خلال العدوى من إنسان لآخر . ولذا فقد أنهت المنظمة العالمية تدخلها المباشر في مراقبة جدري القردة عام ١٩٨٦ .

أمراض جلدية أخرى مسببة عن الحمات الراشحة :

عقيدات الحلابين *Milkers Nodules* :

المرادفات : جدري الحلابين ، عقيدة نظيرة الوقس .

العامل الممرض : هو حمة راشحة ذات شكل لولبي يتراوح حجمها ما بين ١٢٠ - ٢٨٠ نانومتر . تنتمي لزمرة الحمات الجدري ولا يوجد أية تفاعلات مستضدية متصالبة بينها وبين حمة الوقس *Vaccinia* .

الوبائيات : التماس مع ضرع الأبقار الفتية المصابة بداء نظير الوقس *Paravaccinia* (من مرادفاتها : جدري الضرع والجدري الكاذب) .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٥ - ٧ أيام تظهر عقيدات نصف كروية ، وحيدة أو متعددة على أيدي الحلابين بحجم حبة البازلاء عادة ، لونها بني مائل للأصفر ، وغالباً ما تكون زرقاء ضاربة للحمرة مع غطاء أسود مائل للزرقة ، سطحها قاسٍ لماع ، يحيط بها جلدٌ سويٌ عادة . وقد يظهر التنخر كحادثة ثانوية .

التشخيص : يتم الكشف عن الحمة الراشحة بواسطة التلوين السليبي وباستخدام المجهر الإلكتروني أو بالتشريح المرضي النسيجي .

التشريح المرضي النسيجي : البشرة متوذمة وحافية على خلايا بالونية كما يشاهد تنكس شبكي . يغطي هذه البشرة نسيجاً حبيبياً غنياً بالأوعية الدموية ، ثم تتشكل حويصلات متعددة الحجر ، تماماً مثل بثرات الجدري لكن هجرة الكريات البيض قليلة ، وترتشح البشرة والأدمة بأعداد كبيرة من الخلايا الحمضة .

التشخيص التفريقي : العقيدات بحمة الوقس *Vaccinia* Nodules تظهر من خلال انتقال الحمة من الماشية إلى

المجهر الإلكتروني ، والكشف عنها في المستنبتات الخلوية البقرية والطيرية وكلى القردة (تأثيرٌ حالٌ ممرض للخلايا ، الغشاء المشيمي اللفائفي في بيوض الدجاج المحضونة) ، واختبارات التراص الدموي في الكريات الحمر عند الدجاج .

التشخيص التفريقي : تفرق عن أخماج الحمات الراشحة الجدري السوية ، والإكثيمة المعدية (*Orf* ، أو *Ecthyma Contagiosum*) وحمة الوقس ، وحمة جدري القردة ، وحمة جدري الفيلة .

ملحق عن الأخماج بالحمات الجدري السوية

: Addendum: Orthopoxvirus Infections

لقد اجتمع مجلس منظمة الصحة العالمية في آذار عام ١٩٨٦ في جنيف (سويسرة) . وناقش هذا المجلس أخماج الحمات الجدري السوية وما يلي هو عبارة عن ملخص لأهم المواضيع التي تم مناقشتها في ذلك الاجتماع :

سياسة التلقيح ضد الجدري : أقرت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إيقاف إعطاء اللقاح المضاد للجدري ، وعدم إلزام الأشخاص بحمل وثيقة تثبت أخذ اللقاح ضد الجدري للسفر إلى أية دولة في العالم أجمع . إلا أن بعض الدول ما تزال تعطي اللقاح المذكور للعسكريين ، لكن منظمة الصحة العالمية توصي بإيقاف ذلك الإجراء . وقد أشارت منظمة الصحة العالمية بإيقاف التلقيح ضد الجدري قبل أن تتطور التقنيات الحديثة التي يتم فيها استخدام أشكال معدلة لحمة الوقس *Vaccinia* كنقل يعبر عن المستضدات التي تمنع ضد الإصابة بأمراض أخرى غير الجدري . لا ينطبق قرار المنظمة الدولية على استخدام حمة الوقس للتمنيع ضد أمراض أخرى غير الجدري .

الاحتفاظ بعينات من اللقاح المضاد للجدري : رأت منظمة الصحة العالمية عدم ضرورة الاحتفاظ بعينات من اللقاح المضاد للجدري في كل بلدان العالم باعتبار أنه قد مضى ما يقارب ١٠ سنوات على آخر إصابة للجدري في المناطق الموبوءة .

التحقيق في الحالات التي يشتبه فيها بوجود إصابة بالجدري : ذكر الأدب الطبي وجود ١٠ حالات اشتبه بكونها جدري خلال عام ١٩٨٥ . ويجب أن يتم التحري والاستقصاء بواسطة المؤسسات الطبية للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية .

الاحتفاظ بعينات من الحمة الراشحة الجدري : هناك مخبران في العالم لا يزالان يحتفظان بعينات من الحمة الراشحة الجدري (مركز السيطرة على الأمراض في ولاية أتلانتا في الولايات المتحدة الأمريكية ، ومعهد الأبحاث العلمية الخاص بالمستحضرات الحمية في موسكو - روسيا) . ولا يخطط أي

الحلّابين . وتؤدي الدواחס والدواחס الزفية والتلقيح بحمة الوقس إلى ألم شديد مع أعراض عامة واضحة . كما يجب أن تفرق عن الأكثيمة المعدية . ويتم التشخيص بالكشف عن الحمة الراشحة بالدراسات الحيوية المجهرية والدراسات المصلية . ويتنقل سل الجلد التؤلوي للإنسان عن طريق حَلَب الحيوانات المصابة . يتفرح الاندفاع الإفرنجي البدني على الأصابع ويؤدي إلى ضخامة غير مؤلمة في العقد للمفاوية الناحية .

أَثْفَانُ الحَلَّابِينَ *Milkers' callosities* : تتوضع هذه الآفات على السلامية القاصية للإبهام ، وتتألف من أثفان بحجم حبة البازلّاء . تتطور هذه الآفات لدى تطبيق الطريقة السويسرية في حلب الحيوانات وذلك بضغط الإبهام بين السبابة وراحة اليد . (راجع الشكل ٢ - ٢٩) .

عقيدات الحلابين الحبيبية *Milker's granulation* ***Nodules*** : تتوضع هذه الآفات في ناحية أظلال السرير الظفري أو في الأظفار . وهي تتجسم عن مرور أشعار البقر عبر التشققات الحادثة في هذه النواحي إلى الأدمة مما يؤدي بالنتيجة إلى تطور حبيوم الجسم الأجني . لا تشفى هذه الآفات إلا بعد إزالة الأشعار المسببة ، وتحدث حالة مشابهة عند الحلّابين حيث تظهر حبيوم الحلّابين بين الأصابع . (راجع الشكل ٢ - ٣٠) .

المعالجة : عرضية حيث تطبق معالجات مجففة .

الإكثيمة المعدية *Ecthyma Contagiosum* :

المترادفات : الأورف *Orf* ، جذري الأغنام ، الإكثيمة الخمجية ، جلبة الشفة عند الأغنام .

التعريف : داء ينجم عن حمات راشحة ، يتواجد بشكل مستوطن عند الأغنام ويتنقل للإنسان عن طريق التماس مع الآفات الحيوانية . أكثر المناطق إصابة هي ظهر الأصابع والأيدي . يتظاهر على شكل عقيدات حمراء نازة تشفى عفويا خلال ٣٥ يوماً . (قرف : من التسمية القديمة الإيسلانية *hrufa* = جلبة الجرح . وعند الألمان *rufe* = جلبة أو اندفاع) .

الحمة الراشحة : حمة القرف ، عبارة عن حمة مكعبة الشكل ، متطاولة ، أبعادها ٢٥٠ × ١٥٨ نانومتر . تتميز ببنية خيطية لولبية ، وتنتمي لزمرة الحمات الجدريية . وهي ليست شديدة الحساسية وتستمر بالتواجد طيلة فصل الشتاء في الإسطبلات والأسوار الخشبية والشجيرات الصغيرة والأواني الخاصة بإطعام المواشي . تصاب الأغنام بهذه الحمة عن طريق التماس المباشر حيث تظهر لديها ارتشاحات عقيدية حمامية نازة على الأنف

وحول الفم . تعتبر الخراف الصغيرة أكثر عرضة للإصابة . ولذا تكثر إصابة الإنسان بالقرف في فصل الربيع من جراء تماسه مع هذه الخراف الصغيرة . وتنقل العدوى للإنسان بالتماس المباشر مع الحيوانات المصابة وذلك لدى إرضاع الخراف الصغيرة بالزجاجات أو خلال موسم الأعياد عندما يضحي الناس بالخراف كما هو مشاهد عند الأتراك . لا تنتقل العدوى إلى المواشي الأخرى .

الوبشيات : الآفة شائعة نسبياً بين الأشخاص الذين يتعاملون مع الأغنام . ويغلب أن لا يراجع هؤلاء المرضى عيادات الأطباء بسبب الشفاء العفوي .

الموجودات السريوية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٣ - ١١ يوماً تظهر عقيدات وحيدة أو متعددة على ظهر الأصابع بشكل خاص . تبدأ هذه العقيدات بمحطاطات حمراء أول الأمر ثم تتحول بعد أسبوع إلى عقيدة ذات شكل قرصي ذات مركز أحمر وهالة بيضاء في الوسط يحيط بها جلدٌ محمرٌ التهابي . ويتراوح حجم هذه العقيدات بين ١ - ٢ سم ، وهي نازة وذات سطح حليمومي تغطيها جلبات . تشفى هذه العقيدات عفويا خلال خمسة أسابيع دون أن تترك أية ندبة . يشيع في هذه الآفة حدوث الخمج الجرثومي الثانوي الذي يؤدي بدوره إلى حدوث تندبات . وكثيراً ما تترافق الآفة مع ضخامة العقد للمفاوية الناحية ، وقد يعاني المرضى من ترفع حروري ثابت يدوم عدة أيام . (راجع الشكل ٢ - ٣١) .

التشريح المرضي النسجي : فرط تصنع بشروي كاذب وشديد . جسيات اندخالية حُموية عديدة ضمن النوى والهويلى ، مع تنكس فجوي لخلايا الطبقة المالبكية . وتأخذ الخلايا المتكسمة شكلاً نجمياً أو شوكياً . في الأدمة توجد رشاحة النهاية كثيفة مؤلفة من خلايا مصورية وناسجة ولمفاويات . قد تنتخر البشرة الموافقة لمركز الآفة مع تشكل تفرح سطحي .

الإنذار : جيد ولا تخلف الإصابة أية مناعة .

الكشف عن الحمة الراشحة : يتم التشخيص السريع باستخدام المجهر الألكتروني وبطريقة التلوين السليبي . أو عن طريق زرق الحمة الراشحة في المستنبتات الخلوية .

التشخيص : التماس مع الأغنام في سوابق المريض ، وجود عقيدات نازة على الأصابع ، الكشف عن الحمات الراشحة والشفاء العفوي .

التشخيص التفريقي : تفرق عن عقيدات الحلّابين ، حبيومات الحلّابين ، الحبيوم التقيحي « الجمرة الحبيشة ، جذري البقر ، التولاريميا .

المعالجة : عرضية باستخدام الضمادات الرطبة والمطهرات الموضعية ، تلافي حدوث الخمج الثانوي وعدم تحريك الأصابع المصابة (الراحة) .

داء القدم والفم [Löffler Foot and Mouth disease]
و [١٨٩٧ Frosch] :

المترادفات : الحمى القلاعية .

التعريف : يجب عدم الخلط بين داء القدم والفم (داء القدم والفم الحقيقي) الناجم عن حمة داء القدم والفم ، وبين داء اليد - القدم - الفم (طفح اليد - القدم - الفم ، داء القدم والفم الكاذب) الناجم عن حمة كوكسكي Cocksachie Virus .

الحمة الراشحة : حمة داء القدم والفم (F.M.D Virus) تنتمي لزمرة حمات البيكورنة Picorna التي يتراوح قطرها بين ٢٣ - ٢٥ نانومتر .

الوبائيات : داء القدم والفم ، داء حيواني ، يصيب الحيوانات ذات الحوافر الكبيرة والصغيرة منها (الماشية ، الخنازير ، الأغنام ، إلخ ...) تسببه حمة راشحة ذات انتشار وتوزع عالمي ، لكنه نادراً ما ينتقل إلى الإنسان . العدوى تنتقل إلى الإنسان عن طريق التماس المباشر والكثيف مع الحيوانات المصابة ، وبشكل أندر بواسطة الأدوات الملوثة أو عن طريق الحليب الطازج وغير المغلي ، أو مشتقات الحليب غير المعقم .

الإمراض : تتكاثر حمة داء القدم والفم في الناحية التي دخلت عبرها إلى الجلد ، حيث تظهر فيها حويصلات بدئية . وأكثر النواحي التي تدخل عبرها تلك الحمات هي الجلد والأغشية المخاطية للطرق التنفسية العليا والجهاز الهضمي .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٦ أيام تظهر أعراض عامة لا نوعية ، تتألف من ترفع حروري وصداع ووهن وآلام أسفل الظهر ، ثم تظهر حويصلات بدئية في ناحية دخول الحمات الراشحة خلال الأيام الثلاثة التالية . بعد ذلك يبدأ طور تكاثر الحمة الراشحة في الدم . يستمر هذا الطور لمدة ٢ - ٣ أيام يظهر فيه قرحات قلاعية ثانوية بحجم حبة العدس على الأغشية المخاطية للفم والبلعوم واللسان والشفاه ، وكذلك على الراحتين والأخصصين ورؤوس الأصابع ، وغالباً ما تُعف عن الجذع والأطراف ، وقد تكون الاندفاعات الجلدية شديدة الحكمة . تبدأ الآفة باحمرار التهابي منتشر في الأغشية المخاطية للفم ، تتطور عليها حطاطات صغيرة ، تتحول إلى حويصلات يتراوح حجمها من ٢ - ١٠ ملم وتحتوي على مفرزات عكرة ، وتغاط هذه الحويصلات بهالة التهابية ، تنفجر هذه الحويصلات تاركة مكانها تآكلات أو تقرحات ، وتؤدي هذه

الآفات المؤلمة إلى حدوث إغاب ووذمة في اللسان والشفاه . تتضخم العقد اللمفاوية الناحية إذا ترافقت الآفة بجمع جرثومي ثانوي . أما في الجلد فتوضع الحويصلات على الأصابع والراحتين والأخصصين . تشفى هذه الاندفاعات خلال أسبوعين دون أن تترك ندبات إذا لم تختلط بالخمج الثانوي الجرثومي .

التشريح المرضي النسجي : حويصلات داخل البشرة ، مع تفلظ Pyknosis خلوي محب للحمض وحدث تنكس شبكي .

الإنذار : جيد على العموم .

الاضطرابات : ذكرت حادثات من التهاب المعدة والأمعاء ، والتهاب خصية ، والتهاب كلية ، رهابة العضلة القلبية في حالات نادرة ، ولكن أكثر الاضطرابات شيوعاً هو حدوث الخمج الجرثومي الثانوي الذي يمكن أن يتبع سيراً ممتاً في بعض الأحيان ، وخاصة عند الرضع والأطفال الصغار .

التشخيص : القصة السريرية (التماس مع الحيوانات المصابة) ، وحويصلات ضبابية ، اتسكات في الفم والراحتين والأخصصين ، عزل الحمة الراشحة بالاستعانة بالمستنبطات الخلوية ولكن ما يؤكد التشخيص هو ازدياد عيار الأضداد المضادة للحمة بطريقة تفاعل ارتباط المتمة .

التشخيص التفريقي : في حالة الأوبئة والجائحات كثيراً ما تختلط مع الحمى النضحية عديدة الأشكال . كما يجب تفريقها عن الداء القلاعي الشكل لبوستيشل - فيرتر Feyrter - Postischill والحناق (الذباح) الحلي ، طفح اليد والقدم والفم (المسبب بحمة كوكسكي A16 وأقل من ذلك بالحمت A4 ، A5 ، A9 ، A1) .

المعالجة : عرضية باستخدام التدابير المجففة ، تعالج الحويصلات بمحلول الزنك والكلويكوينول Clioquinol بتركيز ٥٪ (فيوفورم) .

التبليغ عن حدوث إصابة : يجب تبليغ الطبيب البيطري لمعالجة الحيوانات المصابة . وليس من الضروري التبليغ عن حدوث الإصابات البشرية . -

طفح اليد - القدم - الفم Hand - Foot - Mouth Exanthem [Dalldorf و Sickles ١٩٤٧] :

المترادفات : داء اليد والقدم والفم ، داء القدم والفم الكاذب .

التعريف : هو عبارة عن التهاب فم حويصلي قيحي حاد يترافق مع تشكل حويصلات على الراحتين والأخصصين .

الحمة الراشحة : هي حمة كوكسكي من نموذج آ-١٦ ،

آ-٥ ، آ-١٠ ، آ-٩ ، ب ٢ وب ٥ (وسميت كذلك نسبة إلى مدينة كوكسكي في ولاية نيويورك) .

الوبيات : تحدث الجائحات في كل أنحاء العالم وخاصة في فصل الصيف .

الإمراض : تنتقل الحمة عن طريق مفرزات البلعوم الأنفي والطرق التنفسية .

الموجودات السريرية : بعد دور حضانة يتراوح بين ٣ - ٥ أيام ، مع التهاب حلق بدئي ، تظهر حويصلات في البلعوم والحناك واللسان والشفيتين سرعان ما تتحول إلى تآكلات . وتظهر في الوقت نفسه أو بعد قليل حويصلات بيضاء على جلد أحمر وذلك على الراحتين والأخمسين والأصابع والأباحس ، وأقل شيوعاً على الجذع . تبقى حالة المريض العامة جيدة بشكل عام . وقد يحدث ترفع حروري خفيف عند صغار الأطفال . (راجع الشكل ٢ - ٣٢) .

السير : لا تحدث اختلاطات ، وتشفى آفات الجلد والأغشية المخاطية خلال فترة من ٨ - ١٠ أيام .

الإنذار : جيد .

التشخيص : ويوضع على أساس الصورة السريرية والشكل الوبائي أو الجائحي وحتى القصة العائلية أيضاً . كما يمكن الكشف عن الحمة الراشحة في مفرزات البلعوم وزيادة الأضداد المعدلة في مصل المريض . وتكون الأضداد المرتبطة بالمتمة نوعية الزمرة وليست نوعية النموذج .

التشخيص التفريقي : تميز عن الخناق (الذباح) الحلي ، والحمامى عديدة الأشكال ، وداء القدم - الفم النادر جداً عند البشر .

المعالجة : عرضية وتكون باستخدام المحاليل المطهرة اللطيفة للفم « غسولات الفم » . وتعطى الصادات (التتراسيكلين ، السلفوناميدات ، الإريثرومايسين) في حالات الخمج الجرثومي الثانوي المتوسط الشدة .

الخناق (الذباح) الحلي [Herpangina Zahorsky] : ١٩٢٠ :

المترادفات : التهاب البلعوم الحلي ، التهاب البلعوم الحويصلي ، التهاب البلعوم القرصي .

الحمة الراشحة : حمة كوكسكي من نموذج آ وعادة الخماذج آ-٢ ، آ-٤ ، آ-٥ ، آ-٦ ، آ-٨ ، آ-١٠ وبشكل أندر آ-٣ .

الوبيات : هو التهاب بلعوم قد يأتي على شكل متفرق أو قرني (وبائي) أو جائحي ، يصيب الأطفال الصغار واليفعان بشكل خاص ، وتكثر إصاباته في فصلي الصيف والخريف .

الموجودات السريرية : يحدث ترفع حروري مفاجيء قد يصل إلى ٤٠° مئوية وذلك بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٩ أيام . يأخذ الترفع الحروري عادة سيراً ثنائي الطور . يترافق عادة مع أعراض عامة واضحة مثل الاختلاجات عند الأطفال ، والدعث والغثيان والقيء والإسهال والآلام العضلية . وبعد هذه البوادر العرضية تظهر حويصلات يتراوح قدها من ٣ - ٥ ملم على عماد الحلق واللهاة واللوزتين ، وتحاط هذه الحويصلات بهالة حمراء . تتسحج هذه الحويصلات بعد عدة أيام تاركة مكانها تقرحات مسطحة صفراء اللون .

السير : تشفى الحويصلات والتقرحات بدون أية اختلاطات خلال ١٠ - ١٤ يوماً .

الإنذار : جيد .

التشخيص : ويوضع استناداً إلى الصورة السريرية وبالمقارنة مع حالات مشابهة في بيئة المريض . عزل الحمة الراشحة من مفرزات البلعوم والدم والبراز أو السائل الدماغي الشوكي ، كما يمكن نقل الحمات للفران الفتية . تصل الأضداد المعدلة إلى عيارات عالية في المصل خلال أيام من بدء الداء ولا تهبط هذه العيارات إلا ببطء وخلال أشهر . لا يمكن الكشف عن الأضداد المرتبطة بالمتمة إلا بعد أسبوعين من بدء الداء وهي نوعية الزمرة وليست نوعية النموذج .

التشخيص التفريقي : تفرق عن التهاب اللثة والفم الحلي « ذباح (خناق) فنست Angina Vincent ، الحصبة ، الدفريا والسلاق .

المعالجة : عرضية .

أحتاج أخرى بحمة كوكسكي :

توجد صعوبات في التشخيص التفريقي بسبب عدم القدرة على التمييز الدقيق بين الطفححات المختلفة الناجمة عن حمة كوكسكي ، تذكر هذه الطفححات الطبيب بالحصبة الألمانية والحماق ، والطفح الفجائي Exanthema Subitum والخمج البدئي الحاد بحمة عوز المناعة الإنسانية HIV ، ومتلازمة جيانوتي - كروستي ، والطفححات الدوائية المنشأ ، وحمة كوكسكي من نموذج ب ، والتهاب السحايا العقيم أو ما يدعى بانفلونزا الصيف . وتسبب حمة كوكسكي من النموذج آ داء Bornholm أو ما يسمى بالتهاب العضلات الجائحي والتهاب العضلة القلبية والتهاب التامور والتهاب السحايا والدماغ .

الأمراض الخمجية الستة Six Infectious diseases :

هذه الأمراض هي : ١ - الحصبة . ٢ - الحمى القرمزية .

٣ - الحصبة الألمانية . ٤ - الحصبة الألمانية القرمزية . ٥ - الحماسي الخمجية Erythema Infectiosum . ٦ - الطفح الفجائي Exanthema Subitum .

الحصبة Measles [أو Morbilli] :

التعريف : هي عبارة عن داء حموي شديد السراية يصيب الأطفال بشكل خاص . تظهر فيه طفحاحات حصيبة الشكل تالية للدور النزلي . وتعتبر بقع كوبليك (١٨٩٨) ذات أهمية تشخيصية ، وقد يرافقه اختلاطات .

الحمة الراشحة : هي حمة الحصبة وحجمها يبلغ ١٤٠ نانومتر تقريباً ، تنمو في أجنة الدجاج ويمكن نقلها إلى القردة ، ويؤدي نقلها من المستنبتات إلى الإنسان إلى إصابته بالحصبة .

الوبائيات : هي حمة واسعة الانتشار ، وهي حساسة جداً لكنها شديدة السراية . تنتقل العدوى عن طريق الرذاذ . والحصبة مرض مُتوطن في المدن ، وتنتقل الإصابة إلى المناطق المجاورة من وقت لآخر ولقد أصبحت الإصابة بالحصبة نادرة في الوقت الحاضر ، وهذا يعود لإعطاء اللقاح المضاد في سن الرضاعة . ولقد ذكر الأدب الطبي حدوث ٣٦٥٥ إصابة فقط خلال عام ١٩٨٧ في الولايات المتحدة .

الموجودات السريرية : الحصبة مرض معدٍ خلال الدور النزلي والأيام الأولى من الدور الطفحي . مدة الحضانة تبلغ ١١ يوماً قبل بدء الدور النزلي و ١٤ يوماً قبل بدء الدور الطفحي . (راجع الشكل ٢ - ٣) .

الدور البادرِي النزلي Catarrhal Prodromal Stage : يتميز هذا الدور بالترفع الحروري الذي يصل إلى ٥٤٠ مئوية ، والتهاب الأنف ، والملتحمة والبلعوم ، ورهاب الضياء ، والتهاب الرغامى المترافق بسعال جاف . تظهر بقع كوبليك بعد ٢ - ٣ أيام من بدء المرض والتي تتوضع على الغشاء المخاطي لباطن الفم مقابل الأسنان الرخوية ، وهي ذات شكل نقطي بلون أبيض صافٍ وتحيط بها هالة حمراء . لا يمكن إزالة هذه البقع بمسحها كما هو الحال في بقايا الحليب أو في السلاق ، تبقى هذه البقع في الفم لمدة يوم واحد أو يومين فقط .

الدور الطفحي Exanthematous Stage : يظهر في اليوم الثالث طفح باطن الفم على شكل بقع حمراء تتوضع على الخنك واللوزتين واللهاة . في هذه الأثناء يكون الدور النزلي قد انتهى وانخفضت درجة الحرارة ولكن سرعان ما تعود للارتفاع مرة ثانية . وهنا يبدأ الدور الطفحي ، حيث تتطور اندفاعات جلدية هي عبارة عن بقع حمراء حصيبة الشكل ، مدوّرة أو بيضوية . تكون شاحبة في البداية ثم تصبح حمراء داكنة . وكثيراً ما تكون هذه الاندفاعات نزفية . تبدأ هذه الاندفاعات

بالظهور على الوجه وخلف الأذنين ثم تنتشر إلى العنق والجذع وأخيراً إلى الأطراف . يزداد قد هذه البقع وتتحد بعضها ببعض . وتنخفض درجة الحرارة بعد ٣ - ٤ أيام ويبدأ الطفح بالزوال حسب الترتيب الذي ظهر فيه . ويتلو هذا الدور دور توسف نخالي الشكل . تكون الحالة العامة للمريض سيئة خلال هذه الأيام الثمانية . وقد تأخذ الحصبة سيراً خاطئاً في حالات استثنائية حيث نشاهد أعراضاً سميّة مثل الوسن والترفيع الحروري والبراز الدموي يتلوها اضطرابات دورانية واختلاجات ثم الموت السريع .

الاختلاطات الشائعة : وهي ذات الرئة والقصبات والتهاب الأذن الوسطى . ومن الاختلاطات النادرة الخانوق الحصبي ، والتهاب الدماغ الحصبي (واحد من مائة ألف) ، التهاب الدماغ الشامل المصلب تحت الحاد . وكذلك نقص المقاومة تجاه السل . ومن الأمور الهامة من الناحية الجلدية هو احتمال انتشار العصبية السليّة مما يؤدي لحدوث الذأب السليّ المنتشر .

التشخيص : سهل بناء على الصورة السريرية ، وقد يسبب غياب بقع كوبليك صعوبة في التشخيص . وإن إيجابية اختبار التراص الدموي بعبارة Titer ١ : ٨ يفترض وجود خمج . ولا يستدل بشكل دقيق على وجود خمج حصوبي إلا بزيادة عيار الأضداد بطريقة التمديد ثنائي الخطى على المصل المأخوذ بعد ١٠ - ١٤ يوماً . أما فيما يخص التشخيص المصلي لالتهاب الدماغ الشامل ، فإن الكشف عن الأضداد المضادة للنوى (ANA) بطريقة اختبار الومضان المناعي اللا مباشر يعتبر مميّزاً وذلك إلى جانب العبارات المرتفعة للأضداد في المصل والسائل الدماغي الشوكي (تفاعل التراص الدموي . تفاعل ارتباط المتمة) . وتواجد الخلايا العالقة الخاصة بالحصبة في الخزع المأخوذة من الجلد والأنسجة الأخرى .

التشخيص التفريقي : إن الطفح الدوائي يبدأ في الأطراف أولاً ثم تتجه نحو الجذع ، أما في الحصبة الألمانية فهناك ضخامة مميزة في العقد اللمفية الرقبية وحول النواقى الخشائية ، كما تزداد أعداد الخلايا المصورة في الدم . أما طفح الحمتى القرمزية فيتألف من بقع صغيرة تعف عن مركز الوجه وتترافق مع ذباح Angina ولسان الفريز Strawberry . يترافق التيفوس بالتهاب ملتحمه لكنه لا يتميز بوجود دور نزلي . تشبه الوردية الإنفنجية في الإفرنجي الثانوي الحصبة ومن هنا كان اسمها الشائع « Kiel measles » وذلك نسبة للمرفأ البحري Kiel الألماني .

المعالجة : عرضية فقط ، ويمكن الوقاية من الاختلاطات مثل التهاب الأذن الوسطى بإعطاء الصادات . ويمكن إعطاء المصل المفرط التمتع للأطفال المعرضين للإصابة (كأن تنتشر الحصبة

في جناح للأطفال) وذلك بجرعة قدرها (٠,٢ مل/كغ من وزن الجسم) وذلك حتى اليوم السادس من فترة الحضنة .

اللقاح :

- ١ - لقاح حمة الحصبة الحية (سلالة Enders Edmonton وحيدة التكافؤ ، مضعفة) مع إضافة النيومايسين إليها (Attenurax) . استطببات هذا اللقاح هو التمتع الفعال ضد الحصبة اعتباراً من الشهر الخامس عشر من العمر .
- ٢ - لقاح الحصبة - النكاف (حمة الحصبة/النكاف الحية المضعفة ثنائية التكافؤ) . يتألف هذا اللقاح من : حمة الحصبة المضعفة (سلالة Edmonton) مع حمة النكاف المضعفة (سلالة Jeryl - Lynn) وألبومين إنساني ونيومايسين . استطببات هذا اللقاح هو التمتع الفعال ضد الحصبة والنكاف بدءاً من الشهر الخامس عشر من العمر .

- ٣ - لقاح الحصبة - النكاف - الحصبة الألمانية (ثلاثي التكافؤ M/M/R) ويتألف من حمة الحصبة المضعفة (سلالة Edmonton) ، وحمة النكاف المضعفة (سلالة Jeryl - Lynn) ، وحمة الحصبة الألمانية المضعفة (سلالة RA ٢٧) مع النيومايسين والألبومين الإنساني . واستطبباته هو التمتع الفعال ضد الأمراض الثلاثة اعتباراً من الشهر الخامس عشر من العمر .

تفاعلات اللقاح : الحصبة الناجمة عن اللقاح : يؤدي اللقاح الحي المضاد للحصبة إلى داء طفحي غير معندٍ مع ترفع حروري بسيط عند الطفل الملقح ، ويحدث في ٢٠٪ من الأطفال الملقحين (الحصبة الناجمة عن اللقاح) . قد تظهر بقع كوبليك على الغشاء المخاطي لباطن الحنك . تقل نسبة حدوث التهاب الدماغ بنسبة قدرها واحد إلى مليون بعد إعطاء اللقاح المضاد للحصبة . ويجب التبليغ عن الحصبة (في ألمانيا) .

الحُمى القرمزية [Sydenham ١٦٦١] : من مرادفاتها : Scarlatina .

التعريف : الحُمى القرمزية مرض جرثومي تسببه المكورات العقدية زمرة آ الحاوية على عاثية الجراثيم المستديرة Lysogenic Bacteriophages . ولقد تمت مناقشة الحمة القرمزية في هذا الفصل لأنها إحدى الأمراض الخمجية الستة . تبدأ الحُمى القرمزية بالتهاب بلعوم يتبعه صورة سريرية تتضمن الترفع الحروري مع طفح خارجي قرمزي الشكل وطفح باطن الفم . ويلحق بهذه الأعراض أحياناً أدواء ثانوية اختلاطية وعلى كل لم تعد الآفة تهدد بالخطر بسبب المعالجة بالبنتسلين .

العامل الممرض : المكورات العقدية الزمرة آ .

الإمراض : يحدث الداء نتيجة للعدوى من شخص مصاب بواسطة الرذاذ أو الأطعمة الملوثة ، ويبدأ بنحج بلعومي يظهر على شكل التهاب بلعوم ولوزتين . وإذا حدثت هذه المكورات العقدية آ على العاثيات الجرثومية المستديرة يتم تصنيع ذيفان محمّر Erythrogenic ، كما يمكن للمكورات العقدية من زمرة C و D أن تصنع ذيفاناً مشابهاً . ويمكن مقارنة هذه الظاهرة مع ظاهرة تصنيع الذيفان المعتمد على العاثية Phage في التندبات الخنثائية Corynebacterium . ومن الناحية المصلية يمكن تمييز ٣ مجموعات من الذيفان . ويمكن تعديل فعالية الذيفان بواسطة الأضداد المضادة للذيفان . فالمرضى المصاب يشكل أضداداً منمعة مضادة للذيفان ولذلك لا يصاب الإنسان بالحمى القرمزية إلا مرة واحدة في العمر بالرغم من احتمال تكرار الإصابة بنحج بالمكورات العقدية من الزمرة آ ، علاوة على تشكل أضداد مضادة للجراثيم . يعتمد تفاعل الإنسان تجاه النحج المسبب عن المكورات العقدية من الزمرة آ المولدة للذيفان والمنشئة على الحالة المناعية لديه : مناعة مضادة للجراثيم ونوعية للنموذج ، ومناعة مضادة نوعية للذيفان . وتوجد ثلاث مجموعات احتمالية :

- ١ - مناعة مضادة للجراثيم نوعية للنموذج مع أو دون مناعة مضادة للذيفان + مكورات عقدية زمرة آ : لا يحدث داء سريري .
- ٢ - غياب المناعة المضادة للجراثيم النوعية للنموذج مع وجود مناعة مضادة للذيفان + مكورات عقدية من الزمرة آ : يحدث نحج جرثومي ، مثال : التهاب بلعوم ولوزتين .
- ٣ - غياب كل من المناعة المضادة للجراثيم النوعية للنموذج والمناعة المضادة للذيفان + مكورات عقدية من الزمرة آ : يحدث التهاب بلعوم بالعقديات وحمى قرمزية ، ويمكن الوقاية من الحمى القرمزية إذا أعطيت الصّادات باكراً . والبلعوم هو مكان دخول الجراثيم (حمى قرمزية - التهاب بلعوم) ، وفي حالات استثنائية نادرة تدخل الجراثيم عن طريق الجروح أو الحروق والحمى القرمزية النفاسية .

الوبائيات : هو داء ذو انتشار عالمي واسع رغم أنه قد نقصت نسبة الإصابة بالحمى القرمزية في الوقت الحاضر وذلك باستعمال الصّادات ، ومكافحة المفرزات الأنفية البلعومية المزمنة مما يخفف من نسبة العدوى .

الإمراض : إذا حدث نحج بسلالات المكورات العقدية المصنعة للذيفان المحمّر تحدث الإصابة بالحمى القرمزية ، لأن الذيفان المحمّر هو المسؤول الوحيد عن إحداث الحمى القرمزية . يصنع الذيفان المحمّر بواسطة المكورات العقدية المستديرة . ولا تصنع المكورات العقدية الذيفان إذا كانت لا

تمتلك مَجِين genome العائيات المستديرة . ولكن بالمقابل تستطيع سلالات العقديات المصنعة للذيفان تصنيع ذيفان محمّر إذا ما تعرضت للتحويل أو الانقلاب المستديري . ويعمل الذيفان المحمّر كمستضد يؤدي إلى تشكل مضادات الذيفان النوعية والتي تقوم بدورها بتعديل فعالية الذيفان . قد يعاني المرضى من خمج بالمكورات العقدية مراراً بالرغم من أنهم يحملون في مصولهم مضادات الذيفان النوعية إلا أنهم لن يعانون من الطفح مرة ثانية أبداً .

الموجودات السريرية : بعد دور حضانة يتراوح بين ٢ - ٥ أيام تظهر أعراض بدئية تشمل الحمى والصداع ، والقياءات المفاجئة والتهاب الحلق . هناك احمرار في الحلقة اللوزية ل Waldeyer وطفح باطن مبقّع على الحنك اللين وتتضخم العقد اللمفاوية الرقبية وتصبح مؤلمة بالضغط .

قد يظهر الطفح الخارجي (Exanthem) بشكل مبكر في هذا الدور ، ولكنه يظهر عادة بعد فاصل زمني يقدر بعدة أيام . يعتمد وجود الطفح الخارجي الخفيف أو غيابه في هذا الدور على المناعة المضادة للذيفان في كل مريض على حدة . يظهر الطفح الخارجي البدئي والأكثر شدة في المغبن والثلاث الفخذ والسطوح العاطفة للذراعين . وقد ينحصر الطفح في هذه المناطق لكنه ينتشر عادة إلى الصدر والبطن والظهر ويتعمم في النهاية . لا تظهر الاندفاعات البقية على الوجه إلا في الحالات الشديدة جداً لكنها تعف عن منطقة ما حول الفم والذقن وهذا مميز للاندفاع (سحنة الحمى القرمزية) . الاندفاعات ذات توزع جريبي وتتألف من حطاطات صغيرة بحجم رأس الدبوس . وتكون شاحبة في البداية ثم تصبح حمراء وقليلة الارتفاع عن سطح الجلد ، ويصبح ملمس الجلد مخملياً لدى التدليك بسبب غزارة هذه الاندفاعات . تتوضع هذه الحطاطات النقطية على ظهر الأصابع واليدين والقدمين ، كذلك تتشكل حويصلات دقيقة (دخنيات الحمى القرمزية) مميزة لهذا الداء إذا كان التفاعل الالتهابي الجريبي شديداً . وقد تنفجر الشعريات الدموية الموجودة في الحطاطات مما يؤدي إلى نزوف . وتشير ظاهرة رمبل - ليد Rumple - Leede أو هيس Hess إلى ميل الشعريات الدموية غير السوي إلى التفرق . تؤدي كتوبية الجلد إلى تشكل شريط فقري - يرقاني Anemic - icteric (الكتوبية الجلدية البيضاء) . وينجم اللون تحت اليرقاني عن ازدياد محتوى البيليروبين في المصل بسبب الذيفان الجرثومي ، كما يزول الغطاء المغلف للسان بعد اليوم الثاني تاركاً وراءه لساناً أحمر مع حلقات متوّدمة (لسان الفريز ، لسان الحمى القرمزية) .

يستمر ذُباح الحمى القرمزية مع الاحمرار الشديد في البلعوم خلال دور الطفح الجلدي ، يمتد هذا الاحمرار إلى جدار البلعوم

الخلفي وإلى الحنك اللين مع حدود شديدة الوضوح عند قاعدة اللهاة . تراجع تبدلات الأغشية المخاطية والجلد بسرعة مع هبوط درجة الحرارة ثم ينتقل المريض إلى دور النقاهة الذي يتميز بحدوث توسف جلدي متميز . يبدأ التوسف في الأذن الخارجية والوجه والذراع والأطراف حيث تتساقط لويحات كبيرة من الجلد في منطقة الراحة والأخصص . ينقلع الجلد في ناحية لب الأصابع ورؤوس الأياخس وكأن المريض يخلع قفازاته . ويمكن للتوسف أن يحدث حتى في غياب الطفح الجلدي الخارجي .

السير : قد يكون سير الداء خفيفاً أو وخيماً وقد يحدث الترفع الحروري والوسن والهذيان والاختلاجات والفرغيات والوهط الدوراني المحيطي والموت السريع في الأشكال السمية والخبيثة (الحمى القرمزية المخاطفة ، الحمى القرمزية السمية) . وتؤدي الأشكال الإنتانية (الحمى القرمزية الإنتانية) إلى ذباح نخري (Ludwig's Angina) مع إصابة العقد اللمفاوية والتهاب الجيوب وخنار جيب الأم الجافية والتهاب السحايا .

وكثيراً ما تُتبع الحمى القرمزية بداء ثانٍ قد يكون أشد من الداء الأولي . ويتألف الداء الثاني هذا من الاختلاطات التي يمكن أن تتطور بعد وصول المريض إلى دور النقاهة ، كما هو عليه الحال في الأخماج الأخرى بالمكورات العقدية . هذه الاختلاطات هي التهاب العقد اللمفاوية ، والتهاب الأذن ، والتهاب الجيوب ، والتهاب العضلة القلبية ، والتهاب كبيبات الكلى ، والتهاب المفاصل المتعددة .

الإنذار : جيد إذا ما بوشر بإعطاء الصادات بشكل مبكر .

التشخيص : الصورة السريرية مهمة فهناك الترفع الحروري والغثيان والتهاب البلعوم التحمي والطفح الجلدي الجريبي القرمزي الشكل ، واللسان القرمزي ، وعدم إصابة الطفح للناحية حول الفم بالإضافة إلى الكشف عن وجود المكورات العقدية من الزمرة آ . يرتفع عدد الكريات البيض إلى ١٥٠٠٠ - ٤٠٠٠٠ في الدم في المراحل المبكرة من المرض . بعد ذلك تزداد نسبة الحمضات في الدم إلى ٥ - ١٠ ٪ . وخلال سير الداء تزداد نسبة الخلايا العذلة وبعدها تزداد نسبة اللمفاويات . ويمكن الكشف عن جسيمات Döhle الاندخالية في هيولى الخلايا المحيية . ويمكن الكشف عن وجود اليوروبيلينوجين والأستون في البول في المراحل البدئية ، كما تحدث بيلة الألبومين التي لا تشير بالضرورة إلى حدوث التهاب الكلى القرمزي .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الحصبة والحصبة الألمانية والطفح الدوائي المنشأ ذي الشكل القرمزي . ويجب على الطبيب التفكير بالطفححات الناجمة عن المكورات العقدية

بسبب وجود سلالات مصنعة للذيفان المحمر حيث لا يبدأ الخمج في البلعوم وإنما من الأنحاج العميقة مثل : (ذات العظم والنقي ، والخراجات ، وذوات الرئة) . كما يجب أن تفرق عن متلازمة الصدمة السمية (TSS) وداء وحيدات النوى الإثنائي (اختبار تراص الكريات البيض المفغيرة ، اعتلال العقد اللمفاوية ، التبدلات الدموية) وأنحاج الطرق التنفسية العليا الحموية المنشأ (الحماة الغدية وحمى كوكسكي) .

المعالجة : كانت نسبة الوفيات تتراوح بين ١ : ٦ و ١ : ٥ قبل عهد الصادات . ولقد انخفضت نسبة الوفيات في الوقت الحاضر إلى ٠,٥ ٪ . يعطى البنسلين لمدة ١٠ أيام (١ - ٢ X ٦١٠ وحدة دولية يومياً أو بحسب وزن الجسم) . والمكورات العقدية حساسة جداً للبنسلين حيث يدل إعطاء الصادات المبكر سير الداء بشكل واضح جداً . فتتخفف درجة الحرارة ويتم تثبيط الطفح القرمزي ويتم الوقاية من الاختلاطات مثل التهاب الأذن ، والسحايا ، والتهاب الكلية والحويضة ، والتهاب المفاصل المتعددة ، والتهاب كيبات الكلى والحماى العقدية . يستخدم التتراسيكلين في حالات التحسس من البنسلين ، كما يعطى الارترومايسين عند الأطفال .

الحاجة للتبليغ : يجب التبليغ عن حدوث الإصابة . كما يجب إبعاد المصابين عن المدارس وعن الأعمال التي تتعلق بتحضير الأطعمة وعن مصادر مياه الشرب .

الحصبة الألمانية (الحميراء) Rubella :

التعريف : داء حموي غير معدٍ بشدة . يؤدي إلى طفح جلدي مميز . وتؤدي الإصابة به باكراً أثناء الحمل إلى اعتلال مضغي وتشوهات جنينية .

العامل الممرض : هي حمى الحميراء التي يتراوح قطرها بين ٥٠ - ١٠٠ نانومتر ، ويمكن زرعها في أجنة الدجاج أو في المستنبات الخلوية ، كما يمكن نقلها إلى القروء .

الوبشيات : الحميراء أقل سرية من الحصبة ويتم العدوى عن طريق الرذاذ وكثيراً ما يصاب البالغون بالحميراء للمرة الأولى .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٣ أسابيع خالية من أية بوادر كالنزلة أو الترفع الحروري ، أو حاوية على أعراض خفيفة ، يظهر طفح جلدي ينتشر ثم يختفي بعد ٣ أيام . يبدأ الطفح على الوجه أخذاً شكل الفراشة ثم ينتشر إلى الناحية خلف الأذن ثم يظهر على الجذع والأطراف . ومن الناحية الشكلية فإن هذا الطفح حميرائي الشكل . مثال : طفح بقعي ، حطاطي ، تكون البقع بحجم ١ - ٢ ملم ، حمراء اللون ، ومرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، تحيط بها هالة قمرية

(شاحبة) . وفي الوقت نفسه الذي يظهر فيه الطفح الجلدي ، تتضخم العقد اللمفاوية وبشكل خاص الرقبية منها والقذالية ، وتحدث ضخامة طحالية أيضاً . وتكون الغدد المجاورة للنواقى الخشائية (غدد تيودور) مرئية ومجسوسة بسهولة . وقد تحدث آلام مفصالية مؤقتة عند البالغين (الأصابع - الرسغ - الركبة) ، كما قد تحدث أنحاج خفية أو غير واضحة سريرياً عند البالغين . (راجع الشكل ٢ - ٣٤) .

التشخيص : طفح بقعي حطاطي يبدأ على الوجه ثم ينتشر إلى الجذع والأطراف ، واعتلال العقد اللمفاوية تحت القذالية وخلف الأذن ، وزيادة عدد الخلايا المصورة في الدم . يمكن إثبات التشخيص بعزل الحمة الراشحة وغالباً ما يتم تأكيد التشخيص بإجراء الاختبارات المصلية . وإن وصول عيار الأضداد إلى ٤ أضعاف بالاعتماد على تفاعل تثبيط التراص الدموي (HAIR) أو الكشف عن الأضداد IgM النوعية للحميراء يعتبران دليلاً على وجود إصابة حديثة العهد بالحصبة الألمانية .

التشخيص التفريقي : يصعب تفريق الحميراء عن الحصبة عندما تكون الاندفاعات البقية متصلة ببعضها البعض ، وعن الحمى القرمزية عندما يحدث احمرار منتشر تتوضع عليه بقع أكثر حمرة . وعلى عكس الحالة التي هي عليها في الحمى القرمزية فإن الاندفاع في الحصبة الألمانية يصيب مركز الوجه ولا يعف عنه ، كما وتنقص الكريات البيضاء في المراحل الأولى للداء مع زيادة نسبة الحمضات واللمفاويات وبعد ذلك يزداد عدد الكريات البيض . ويحدث التهاب وتصلب الغدد المتعددة في الإفرنجي الثانوي ولذلك يجب إجراء الاختبارات المصلية الخاصة بالإفرنجي في الحالات المشتبه على أنها حميراء . كما يجب الأخذ بعين الاعتبار داء وحيدات النوى الإثنائي .

الاختلاطات : تؤدي الإصابة بالحميراء في الأشهر الأولى من الحمل إلى تشوهات جنينية وخيمة في حوالي $\frac{1}{10}$ الحالات . وكلما كانت الإصابة مبكرة أثناء الحمل كلما ازدادت نسبة خطورة الاعتلال الجنيني ولذا يجب التحري عن وجود المناعة تجاه الحميراء عند الحوامل لدى متابعتهم من قبل عيادات الحوامل . فإذا كانت العيارات Titer تساوي ١ : ١٦ أو أقل من ذلك فهذا يعني أن الحامل عرضة للإصابة بالحميراء البديئة ولذا يجب إعطاء اللقاح بعد الولادة وخلال فترة النفاس وإجراء الاختبارات المصلية لمعايرة الأضداد بعد أسبوعين من اللقاح .

ينصح بإعطاء الغلوبولينات المناعية الحيوانية للحوامل اللواتي هن على تماس مع المرضى المصابين بالحميراء . أما إذا كان عيار الأضداد يساوي أو أكبر من ١ : ١٦ وحتى ١ : ٥١٢ فهذا يعني أن الشخص ممنوع ضد الحميراء . أما إذا أريد إثبات وجود

خمج حاد بالحصبة الألمانية فيجب أن يكون عيار الأضداد ٤ أمثال العيار السوي على الأقل . وإذا تبين وجود أضداد من الـ IgM النوعية للحميراء فهذا يشير إلى وجود خمج حديث بها .

المعالجة : لا تعطى أية علاجات إلا للحوامل اللواتي هنَّ عُرضة للإصابة . أما إذا حدثت إصابة بالحصبة الألمانية باكراً أثناء الحمل فيجب إجراء استشارة من قبل أخصائي الوراثة (Genetic Counseling) .

التلقيح : لقاحات الحميراء الحية ، توجد في الولايات المتحدة ٣ لقاحات مشروعة قانونياً وهي : Cendehill ، HPV - 77 ، RA - 27/3 . ويتم التلقيح باللقاحات الحية (حمة الحميراء المضعفة) . ويستحصل على الحمة الراشحة من المستنبات النسجية في أجنة البط بعد إضافة النيومايسين إليها . يستطب هذا اللقاح للتمنيع الفعال ضد الحميراء ، ويجب إعطاؤه للفتيات تحت سن البلوغ ، وذلك لقدرته على الوقاية من حدوث التشوهات الجنينية أثناء الحمل . وإذا لم يتم استغلال هذه الفرصة فيجب عدم إعطاء اللقاح لاحقاً إلا في الحالات التي تكون فيها الأضداد ناقصة . وباعتبار أن اللقاح يؤدي إلى تكاثر انتشار الحمات في الدم في الأشهر الثلاثة التالية للقاح لذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار اللجوء إلى وسائل منع الحمل في هذه الفترة . ويجب تحري عيار الأضداد عند كل امرأة في سن الإنجاب وذلك بطريقة HAI . فإذا كان عيار الأضداد يساوي أو أقل من ١ : ١٦ فيجب إعطاؤها اللقاح المضاد للحميراء . كما تعطى الغلوبولينات المناعية الخاصة بالحميراء بعيار قدره ١ : ٦٠٠٠ (يحتوي ١ مل من اللقاح على الغلوبولينات المناعية المأخوذة من أشخاص لديهم أضداد مضادة لحمة الحميراء بعيار قدره ١ إلى ٦٠٠٠ على الأقل) . يستطب إعطاء هذه الغلوبولينات المناعية للحوامل المعرضات للإصابة بالحميراء ، وللنساء اللواتي كنَّ على تماس مع مصابين خلال أشهرها الأولى من الحمل . كما يستطب إعطاء هذه الغلوبولينات المناعية للوقاية من الحميراء في جميع الأعمار وللوقاية من اختلاطاتها مثل التهاب السحايا والدماغ والآلام المفصلية .

الحصبة الألمانية القرمزية Rubella Scarlatinosa :

المرادفات : الداء الرابع ، الحميراء القرمزية .

التعريف : لم يثبت بعد أن هذا الداء وحدة قائمة بذاتها ، فالبعض يعتقد أن الحميراء القرمزية عبارة عن شكل خاص من الحصبة الألمانية (الحميراء) ، أو أنه شكل مُجهَّض من الحمى القرمزية . لا تترك الإصابة بهذا الداء أية مناعة .

فترة الحضانة : من ٩ - ٢٠ يوماً .

العامل الممرض : حتى اليوم لم يتم عزل أي حمة راشحة نوعية .
الموجودات السريرية : يُتبع الدور البادري غير المميز بطفح جلدي قرمزي الشكل أو حميرائي الشكل ، يتألف من بقع صغيرة جداً . سير الداء سليم ولا تعرف له أية اختلاطات .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الحصبة ، الحمى القرمزية ، Enterocytopathogenic Human orphan virus exanthem (ECHO) والتي كان يتم الخلط بينها وبين الحميراء القرمزية سابقاً .

المعالجة : عرضية .

الحمامى الحمجية Erythema Infectiosum [Sticker] :
١٨٩٩ :

المرادفات : الداء الخامس . و Infectious Erythema .

التعريف : داء نادر يظهر بشكل متوطن ويأخذ سيراً غير مختلط ويتميز بظهور حمى تلفيفية الشكل مميزة .

العامل الممرض : في الدراسات التي أجريت على ثلاث جوائح أمكن الكشف عن أضداد من نوع IgM و IgG مضادة للحمات الصغيرة B₁₉ (Parvovirus B₁₉) . كما أمكن الكشف عن الحمات الراشحة نفسها عند المرضى .

الوئيات : هو داء نادر يخفي لسنوات ويظهر فجأة في حالات متعددة لدى الأطفال الصغار وتلاميذ المدارس . يبقى الداء محددًا في مجموعة صغيرة من المرضى .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تقدر من ٦ - ١٤ يوماً يظهر طفح جلدي مع ترفع حروري لكن دون أعراض بادرة أو أعراض عامة ، كما لا يترافق مع طفح باطن أو تورم في الغدد . يبدأ الطفح على شكل احمرار مرق مرتفع قليلاً على سطح الجلد ، أما على الوجه فيقتصر الطفح على جانبي جسر الأنف والوجنتين ويعتق عن الناحية القومية . وقد يكون الاندفاع عابراً ويزول خلال ساعات أو أيام . ثم يمتد الطفح إلى الوجه الداخلية للأقسام السفلية والعلوية للذراعين على شكل حمى حلقية بقطر ١ - ٢ سم مضمفورة على شكل أكاليل الزهور . وتكون الحلقات الخارجية غير كاملة بل هلالية الشكل . يزول الطفح الجلدي بعد أسبوع واحد دون أن يترك أي توسف أو أية عقابيل . ومن الشائع ترافق الآفة بالأم مفصلية وعضلية عند النساء . كما تنخفض عدد الكريات البيض واللمفاويات والصفائح والخلايا الشبكية . (راجع الشكلين ٢ - ٣٥ و ٢ - ٣٦) .

الإنذار : إنذار الداء حسن بشكل عام ، ولكن قد تؤدي الإصابة أثناء الحمل إلى الإجهاض أو التشوهات الجنينية . وإذا ما اشتبه بوجود هذا المرض لدى امرأة حامل فيجب إجراء

معايرة الأضداد المضادة لـ B₁₉ ، كما يجري الاختبار بالأموح فوق الصوتية للبحث عن وجود حبن أو استسقاء جنيني ، وتحديد الألفا فيتوبروتين (α -Fetoprotein) . لا تحدث العدوى عادة بين الأطفال إلا في دور الحضانة ، ويجب معايرة الأضداد لدى الحوامل اللواتي هنّ على تماس مع الأطفال في دور الحضانة كما ويجب البحث عن مستضدات الحمة B₁₉ إذا كان الأمر مناسباً (تهجين الدنا أو ELISA) .

التشخيص : يعتمد على الصورة السريرية ، حمى بقعية مضمفورة على شكل أكاليل الزهور عند الأطفال واليافعان ، وبشكل جائحي أحياناً ، وبشكل انتقائي على بعض أجزاء البدن « الخد المصفوع » . لا توجد علامات فعالة متعلقة بالمرض ، هناك زيادة طفيفة بنسبة الحمضات في الدم المحيطي .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الطفححات الدوائية المنشأ ، وأخماج الحماح المعوية ، والحصبة والحصبة الألمانية .
المعالجة : لا يوجد .

الداء السادس (الطفح الفجائي) Exanthema : Subitum

المترادفات : وردية الرضع ، طفح حمى الثلاثة أيام ، الحميراء الكاذبة .

التعريف : مرض نادر قد يكون ناجماً عن حمة راشحة ، يصيب الأطفال الصغار ويتظاهر بطفح جلدي يستمر لمدة يوم أو يومين .

الحمة الراشحة : هي حمة راشحة مطابقة أو شديدة الشبه بحمة الحلاّ الإنسانية - ٦ .

الوبائيات : داء ذو توزع وانتشار عالميين وأمكن نقل الداء من المرضى إلى الأطفال الصغار . وعند نقل الداء إلى القردة ، باستخدام سائل غسل البلعوم أو مصّل الأطفال المصابين ، عانت تلك الحيوانات من حمى ونقص في عدد الكريات البيض . وإن سرية الداء خفيفة جداً .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٣ - ٧ أيام يعاني المريض من ترفع حروي مفاجيء يصل حتى ٥٤° مئوية ، يستمر مدة قدرها ثلاثة أيام ويترافق مع دعث . ثم تنخفض درجة الحرارة ، يصاحب انخفاضها طفح شبيه بطفح الحميراء ، حيث تشاهد بقع حمراء شاحبة بقدر ٣ - ٥ ملم مع اختلاف في تسلسل التطورات الحاصلة في الحميراء : يصاب الجذع أولاً ثم تصاب الأطراف وغالباً ما يعف الاندفاع عن الوجه . كما أنه لا يوجد مطلقاً طفح باطن Enanthem ، ويوزل الطفح خلال يوم أو يومين .

الإنذار : جيد جداً بشكل دائم ، ويترك الداء مناعة دائمة .

التشخيص : أطفال صغار وترفع حروي يدوم ٣ أيام يتلوّه طفح حميرائي الشكل يستمر لمدة يوم أو يومين .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الحميراء ، والحصبة ، والحمى القرمزية ، والحمى الخمجية ، والطفححات الحموية الناجمة عن حمات راشحة من نوع (ECHO نموذج ٩ و ٤ و ٨ و ١٦ و ١٨) أو حمات الكوكسساكي (آ ٩ وآ ١٦ ، ب ١ و ب ٣) .

المعالجة : عرضية باستخدام التداير المخفضة للحرارة .

متلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) Acquired Immunodeficiency Syndrome

التعريف : هو معقّد أو خليط من الأخماج المكتسبة والأورام التي تصيب المرضى الذين لديهم مؤشرات دالة على وجود عوز بالخلايا النائية (T - Cells) يتوافق مع حمة عوز المناعة الإنسانية (HIV, HTLV - III, LAV) .

وتعرّف متلازمة اعتلال العقد اللمفاوية (LAS) والمعقّد المرتبط بالإيدز (ARC) على أنهما مجموعة ثابتة خاصة من الأعراض التي تتظاهر لدى الأشخاص المتتمين إلى مجموعات تتميز بزيادة نسبة حدوث المتلازمة لديهم . قد تتضمن هذه العلامات اعتلال العقد اللمفاوية المعمم ، والدعث ، ونقص الكريات البيض ، ونقص الوزن ، والحمى ، والإسهال المزمن ، وقلة اللمفاويات ، وفقر الدم ، وقلة الصفيحات الدموية ، واضطرابات مناعية ، وسلاق فموي . لا يبدى هؤلاء الأشخاص الإصابات بالأخماج الانتهازية النموذجية وغرن كابوزي .

ملاحظة تاريخية : لاحظ فريدمان - كين Friedman - Kien الاختصاصي بالأمرض الجلدية وبالحمات الراشحة وزملاؤه من نيويورك عام ١٩٨٢ انتشار غرن كابوزي عند الجنوسيين (Homosexual men) . لقد حددت مراكز السيطرة على الأمراض (CDC) في الولايات المتحدة تعريف متلازمة اعتلال العقد اللمفية في نفس السنة . كما اكتشفت مجموعتي بحث علمي بشكل مستقل خلال عام ١٩٨٣ الحمة الراشحة (الحمة المرتبطة باعتلال العقد اللمفاوية LAV ، والحمى الحبة لللمفاويات النائية ، والنموذج الثالث HTLV - III ، وحمة عوز المناعة الإنسانية HIV) . إحدى هذه المجموعات ترأسها اختصاصي الحمات الراشحة الفرنسي مونتاغنيير Montagnier ، وترأس المجموعة الأخرى اختصاصي الحمات الأمريكي Gallo . لقد تم تحديد نسائل ومميزات الحمات الراشحة في عام ١٩٨٤ من قبل Hahn ومساعديه .

تصنيف الداء : يوجد في الوقت الحاضر عدة تصنيفات للداء ولكن أهمها هو التصنيف الذي أصدره معهد والتر - ريد (واشنطن - الولايات المتحدة) وكذلك تصنيف مراكز السيطرة على الأمراض (CDC ، أتلانتا - الولايات المتحدة الأمريكية) . وفي عام ١٩٨٧ عدل الـ CDC تعريفهم لمتلازمة عوز المناعة المكتسب .

لقد تم تعديل التعريف الخاص بمراقبة الإيدز من قبل مراكز السيطرة على الأمراض بالإضافة إلى اختصاصيين بالصحة العامة . لقد كان هدف التعديل :

- ١ - المكافحة الأكثر فعالية ضد القدرة المرضية المرافقة للحمج بحمة الـ HIV (ويتضمن HIV-1 و HIV-2) .
- ٢ - تبسيط عملية التبليغ عن الإصابة بالإيدز .
- ٣ - لزيادة نسبة خصوصية التعريف وحساسيته من خلال إضافة وسائل تشخيصية ذات مؤشرات ودلالات مخبرية على الحمج بالـ HIV .
- ٤ - لكي يتناسب مع الواقع التشخيصي الجاري والذي يتضمن في بعض الحالات تشخيصاً افتراضياً للأدواء الدالة على الإيدز دون إثبات المؤشرات المخبرية (مثال : ذات الرئة بالمتكيسات الكاردينية ، غرن كابوزي) .

ويختلف التعريف الخاص بالأطفال عن ذلك الخاص بالبالغين من ناحيتين :

- ١ - تقبل الأنحاج الجرثومية المتكررة أو المتعددة الشديدة وذات الرئة الخلالي اللمفاني / فرط التصنع اللمفاني الرئوي / على أنها أمراض دالة على الإصابة بالإيدز عند الأطفال فقط .
 - ٢ - تكون مستلزمات التشخيص المخبري للإصابة بحمج الـ HIV أكثر صرامة عند الأطفال تحت سن الـ ١٥ شهراً وذوو الأمهات إيجابيات الـ HIV . حيث أن وجود الأضداد المضادة للـ HIV لوحدها عند الرضيع ليست دليلاً كافياً للتشخيص ، لأن الأضداد الوالدية المكتسبة بشكل منفصل تستمر لفترة تقدر بـ ١٥ شهراً بعد الولادة .
- أولاً : نقص الدلائل المخبرية على الحمج بالـ HIV :** (إذا لم تطبق الفحوص المخبرية الخاصة بالـ HIV أو إذا أعطت نتائج غير حاسمة :

آ - أسباب عوز المناعة التي تجعل الأمراض غير المؤهلة كمؤشرات على الإيدز هي حالة غياب الدلائل المخبرية على الإصابة بالـ HIV :

- ١ - استخدام الستيروئيدات القشرية بجرعات عالية أو لمدة طويلة أو استخدام مثبطات المناعة الأخرى (الأدوية السامة للخلايا) لفترة تساوي أو أقل من ٣ شهور قبل بدء الداء الدال على الإيدز .

٢ - تشخيص أي من الأمراض التالية خلال فترة تساوي أو تقل عن ٣ أشهر بعد تشخيص الداء الدال على الإيدز : داء هودجكن ، ولمفوم هودجكن (غير لمفوم الدماغ البدئية) ، وايضاض الدم اللمفاوي ، والورم النقوي المتعدد ، وأي من السرطانات الأخرى على حساب الأنسجة اللمفاوية الشبكية أو الخلايا الناسجة .

٣ - متلازمة عوز المناعة وراثية المنشأ (ولادية) أو متلازمة عوز المناعة المكتسب غير النموذجية للحمج بحمة عوز المناعة الإنسانية (HIV) ، مثل الحالات التي يتداخل فيها نقص الغاما غلوبولين في الدم .

ب - الأمراض الدالة على الإيدز والتي تم تشخيصها بشكل قاطع وأكد :

- ١ - داء المبيضات البيض المتوضع في المريء أو الرغامى أو القصبات أو الرئة .
- ٢ - داء المستخفيات ، خارج الرئوية .
- ٣ - داء المبوغات المستخفية مع الإسهال لفترة تتجاوز الشهر الواحد .
- ٤ - داء الحمة المضخمة للخلايا في عضو غير الكبد والطحال ، والعقد اللمفاوية في مريض يتجاوز عمره الشهر الواحد .
- ٥ - خمج بحمة الحلاأ البسيط مسبباً لقرحة مخاطية - جلدية تستمر لفترة تزيد عن شهر واحد ، أو التهاب قصبات أو التهاب رئة أو التهاب مريء لأي فترة من الزمن عند مريض عمره أكثر من شهر واحد .
- ٦ - إصابة مريض عمره أكثر من ستين سنة بغرن كابوزي .
- ٧ - لمفوم في الدماغ (بدئية) عند مريض عمره أكثر من ستين سنة .
- ٨ - ذات رئة لمفانية خلالية و/أو فرط تنسج لمفاني رئوي (LIP/PLH) عند طفل عمره أقل من ١٣ سنة .
- ٩ - انتشار أو امتداد المتفطرات العصبية الطيرية avium أو المتفطرات العصبية Kansasi (في ناحية غير الرئتين أو بالإضافة إليهما ، الجلد ، العقد اللمفاوية الرقبية أو السرية) .

- ١٠ - ذات الرئة بالمتكيسات الكارينية .
- ١١ - اعتلال الدماغ الايضي عديد البؤر المتري .
- ١٢ - داء المقوسات في الدماغ عند مريض عمره أكثر من شهر واحد .

ثانياً : مع المؤشرات المخبرية الدالة على الحمج بحمة عوز المناعة الإنسانية HIV :

- آ - الأدوية الدالة على الإيدز والمشحصة بشكل حاسم :
- ١ - أنحاج جرثومية متعددة أو ناكسة (اجتماع اثنين على

الرئتين (إصابة ناحية واحدة على الأقل خارج الرئة ، بغض النظر عن وجود الإصابة الرئوية أو عدم وجودها .

- ١١ - إبتان الدم المتكرر بالسلمونيلا (اللاتيفية) .
- ١٢ - متلازمة الضمور بال HIV (هُزال : داء النحول) .

ب - الأدوية الدالة على الإيدز والمشخصة بشكل ظني :

- ١ - داء المبيضات البيض في المري .
- ٢ - التهاب الشبكية بالحمية المضخمة للخلايا مع فقدان الرؤية .
- ٣ - غرن كابوزي .
- ٤ - ذات رئة لمفانية خلالية أو فرط تنسج لمفاني رئوي (معقد LIP/PLH) أو كليهما معاً عند طفل عمره أقل من ١٣ سنة .
- ٥ - انتشار الداء المسبب بالمتفطرات (عصيات مقاومة للحمض من أنواع غير محددة بالزرع ، تصيب ناحية واحدة على الأقل ، غير ، أو بالإضافة إلى الرئتين والجلد والعقد للمفاوية الرقية أو السرية الرئوية) .
- ٦ - ذات الرئة بالمتكيسات الكارينية .
- ٧ - داء المقوسات في الدماغ عند مريض عمره أكثر من شهر واحد .

ثالثاً : مع مؤشرات مخبرية ضد الحمج بحمة عوز المناعة الإنسانية (HIV) :

أ - نفي جميع الأسباب الأخرى لعوز المناعة المذكورة في الفقرة (أولاً أ) و :

- ب - أن يكون عند المريض :
- ١ - ذات رئة بالمتكيسات الكارينية مشخصاً بوسيلة حاسمة ؛ أو .
- ٢ - أ - أي داء آخر دالّ على الإيدز ورد ذكره في الفقرة (أولاً - ب) وتمّ تشخيصه بوسيلة حاسمة ؛ و
- ب - تعداد اللمفاويات التائية المساعدة/المحرضة (CD₄) أقل من ٤٠٠/ملم^٣ .

تتضمن متلازمة اعتلال العقد اللمفاوية المزمن (LAS) (عند الجنوسيين عادة) وجود اعتلال عقد لمفاوية معمم ، وتفاعل مفرط التنسج من الناحية التشريحية المرضية ، وعدم وجود مريض حالي أو تعاطي أي مادة دوائية .

لقد تم استعمال المصطلح « ما قبل متلازمة عوز المناعة المكتسب (Pre - AIDS) لتعريف الأشخاص الإيجابييين لـ HIV دون أن تكون لديهم متلازمة الإيدز لكنهم سيعانون من المتلازمة على الأغلب ويتوقع في الوقت الحاضر أن

الأقل خلال فترة قدرها سنتين) من النماذج التالية عند طفل عمره أقل من ١٣ سنة : إبتان الدم ، ذات الرئة ، التهاب السحايا ، خمج العظام أو المفاصل ، خراج في عضو داخلي أو في أحد أجواف الجسم (باستثناء التهاب الأذن الوسطى أو الخراجات السطحية في الجلد والأغشية المخاطية) مسبباً عن المكورات العقدية (بما فيها المكورات الرئوية) ، أو محبات الدم أو الجراثيم المقيحة الأخرى .

٢ - انتشار الفطار الكرواني (في ناحية ما غير الرئتين أو بالإضافة إليهما ، العقد للمفاوية الرقية أو السرية الرئوية) .

٣ - اعتلال الدماغ بحمة عوز المناعة الإنسانية (وتدعى كذلك خرف الـ HLIV ، خرف الإيدز ، التهاب الدماغ تحت الحاد الناجم عن الـ HIV) .

٤ - انتشار داء التوسجات Histoplasmosis (في ناحية ما غير ، أو بالإضافة إلى الرئتين أو العقد للمفاوية الرقية أو السرية الرئوية) .

١٠ - داء الأبواغ المتشابهة Isosporiasis مع الإسهال لفترة تزيد عن الشهر الواحد .

٦ - غرن كابوزي في أي عمر .

٧ - لمفوما دماغية (بدئية) في أي عمر .

٨ - لمفومات أخرى لاهودجكينية من نموذج الخلايا البائية أو ذات النقط الظاهري المناعي المجهول مع النماذج النسجية التالية :

أ - لمفوما صغيرة الخلايا غير مشطرة (إما نماذج بوركيت أو لابوركيت) .

ب - غرن الأرومة المناعية (وهي تعادل أي من الآفات التالية ، وإن كان ليس بالضرورة اجتماعها : لمفوما الأرومة المناعية ، لمفوما كبيرة الخلايا ، لمفوما منتشرة ناسجة الخلايا ، لمفوما منتشرة غير متمايزة ، لمفوما ذات درجة عالية) .

ملاحظة : اللمفومات من النموذج الظاهري المناعي ذو الخلايا التائية غير متضمنة هنا ، وكذلك إذا كان النموذج التشريحي المرضي لها غير موصوف ، أو موصوف على أنه لمفاوي الخلايا ، لمفاوي أرومي ، صغير مشطور ، لمفاوي الخلايا كثير المصويرات .

٩ - انتشار أي داء مُسبب بالمتفطرات العنصوية ، غير المتفطرات العنصوية السلية (في ناحية ما غير ، أو بالإضافة إلى الرئتين أو العقد الرقية أو السرية الرئوية) .

١٠ - داء مسبب عن المتفطرات العنصوية السلية ولكن خارج

٣، ١٠	Zahorsky ل
ب ٤	(الذباح) الخناق العقيدي
١٠ - آ	التهاب البلعوم للمفاوي العقيدي
٥، ٣ - آ	التهاب اللثة والفم الحلثي
١٦ - آ	التهاب جلد النهايات الحطاطي

الجدول ٢ - ٦ : النتائج المورثية الرئيسية لحمى عوز المناعة الإنسانية HIV

التصنيف	النتائج المورثية
بروتين اللب (gage = core)	P 17
بروتين اللب	P 24
محتوى الأندونيوكلياز من البوليميراز (Pol)	P 31
البروتين السكري للغلاف العابر للغشاء	gp 41
محتوى الإنزيم الناسخ المعاكس من البوليميراز	P 51
طليلة البروتينات اللبية	P 55
محتوى الإنزيم الناسخ المعاكس من البوليميراز	P 66
البروتين السكري في الغلاف الخارجي	gp 120
طليلة البروتين السكري في الغلاف الخارجي	gp 160

فترة الكمون : Latency (SLS) = طور الكمون إيجابي المصل) وهي قد تمتد لعدة أشهر أو سنوات . وأكثر الطرق شيوعاً التي ينتقل الداء بواسطتها هو طريق التماس الجنسي ، وبشكل خاص تماس السائل المنوي مع الأغشية المخاطية ، وبشكل أخص عندما يكون هناك عيوباً في الأغشية المخاطية (جروح ، تهتك ، إلخ ...) . أما الطرق الأخرى التي ينتقل عبرها الخمج هي المشاركة بالإبر والمحاقن الملوثة بالدم وخاصة عند مدمني المخدرات ، والأدوية الناجمة عن استخدام الأدوات الملوثة أثناء الممارسة الطبية من قبل الأطباء أو الممرضات . كما يمكن أن تنتقل العدوى عن طريق نقل الدم أو المستحضرات الدموية . وبشكل خاص العامل الشامن والتاسع اللذان كانا يصنعان حتى وقت قريب جداً عن طريق تجميع الدم (من ١٠٠٠ - ١٠٠٠٠ متبرع) . لقد تم أخذ التدابير والاحتياطات اللازمة لتلافي نقل حمى عوز المناعة الإنسانية في كثير من البلدان . في الوقت الحاضر تصنع المستحضرات الدموية التجارية وجميع العينات الدموية المعدة للنقل اعتباراً من متبرعين سليبين مصلياً بالنسبة لـ HIV .

ولقد تمت العدوى كذلك عن طريق نقل الأعضاء (نقي العظام ، الكليتين ، القلب ، إلخ ...) ، واحتمال آخر للعدوى هو انتقال ما قبل الولادة أو قرب الولادة لحديثي الولادة من

٣٥ - ٧٥٪ من المرضى الحاملين للأضداد سيعانون من حدوث المتلازمة خلال سبع سنوات . وتحسّن الدراسات المستقبلية قدرتنا السريرية والتجريبية على تشخيص الإيدز ويبدو أنه يوجد توافق إيجابي بين الإيدز وبين الـ HLA - DR 5 .

الإمراض : حمى عوز المناعة الإنسانية هي حمى راشحة خلفية Retrovirus تنتمي إلى زمرة الـ HTLV . مادتها الوراثية عبارة عن الرنا RNA خلافاً للـ DNA الموجود في معظم الحماض الراشحة .

تدخل الحمى الراشحة إلى الخلية المضيفة التي كثيراً ما تكون خلية لمفاوية تائية مساعدة . ثم يتم انتساخ الرنا إلى الدنا بواسطة إنزيم حموي اسمه إنزيم الانتساخ العكسي Reverse Transcriptase . ثم يتم إدخال الدنا إلى مجين Genome المضيف حيث تستطيع الحمى البدء بالتكاثر . تستهدف حمى عوز المناعة الإنسانية الخلايا CD₄ بشكل مفضل ، مثل لمفاويات CD₄ ، لكنها تحب أيضاً وحيدات النوى ، البالعات الكبيرة ، خلايا لانغرهانس ، خلايا الدبق العصبي ، الخلايا المتفرقة ، وعملياً ، أي خلية أخرى في جسم الإنسان . وإن الجدول (٢ : ٦) يوضح أهم النواتج المورثية لـ HIV . لقد تم عزل الحمى الراشحة من الخلايا وحيدة النوى في الدم المحيطي ، كذلك من خلايا نقي العظام والعقد اللمفاوية ، كما تم عزلها من اللعاب والدمع والسائل المنوي ومفرزات عنق الرحم وأنسجة الدماغ لدى الأشخاص المصابين بالإيدز والـ ARC (المعقد أو المركب المرتبط بالإيدز) حيث تكون حوالي ١ من عشرة آلاف من اللمفاويات المحيطية إيجابية الحمى الراشحة . تشاهد الحماض كذلك في كثير من اللمفاويات التائية عند المرضى المصابين بالإيدز أو من كان عندهم المركب المرتبط بالإيدز . أما الأضداد المضادة للحماض فتوجد بنسبة ١٠٠٪ تقريباً عند المرضى الذين عندهم متلازمة الإيدز الكاملة التطور وفي حوالي ٩٠٪ من المرضى الذين عندهم المركب المرتبط بالإيدز ، وتسبب الحمى الراشحة مشاكل علاجية كبيرة لأنها تبدل خصائص الغشاء بسهولة ولأنها تبدي نزعات مستضدية قوية . لقد تم عزل نوعين آخرين من الحماض الراشحة التابعة لزمرة الـ HTLV هي الـ HTLV-I المسببة لايبيضاض الدم ذو الخلايا التائية والـ HTLV-II المسببة لايبيضاض الدم ذو الخلايا المشعرة واللمفوما ، (راجع الشكل ٢ - ٣٧) .

الجدول ٢ - ٥ : الطفححات الباطنة والظاهرة المسببة بحماض كوكسائي (تبعاً لسابين)

طفح باطن أو ظاهر	نمط الحمى الكوكسائية
الحناق (الذباح) الحلثي	٢، ٤، ٥، ٦، ٨،

أمتهات إيجابية المصل لل HIV .

الوبائيات : لقد تم التبليغ عن وجود ١٢٤٢٨٢ مريضاً بالإيدز حتى تاريخ ٣١ آذار ١٩٩٠ في الولايات المتحدة الأمريكية . ويتم التبليغ عن وجود ٣٥٠ - ٥٠٠ حالة جديدة أسبوعياً . أما في جمهورية ألمانيا الفدرالية فقد ذكر وجود ٤٦٥٣ حالة إيدز (٣٤١ نساء و ٤٣١٢ ذكور) حتى تاريخ ٣١ آذار ١٩٩٠ توفي من هؤلاء ١٩٩٧ مريضاً (٤٣٪) . وفي ٣١ تموز ١٩٨٩ صرح أكثر من ١٥٠ بلداً ومقاطعة في العالم كله عن وجود ١٧٢١٤٣ حالة إيدز للبرنامج العالمي المتعلق بالإيدز (GPA) التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO) : في أفريقيا ٣٠٢٤٤ ، وفي أمريكا ١١٦٥٧٤ (٨٤٪ منها في الولايات المتحدة الأمريكية) ، وفي آسيا ٤٠٦ ، وفي أوروبا ٢٣٢٤٩ وفي أستراليا ١٥١٠ . ويشكل الجنوسيين والرجال ذوي العلاقة مع الجنسين ، والذين لهم شركاء متعددون ، النسبة الأكبر من المرضى . أما الزمر الأخرى التي هي في موضع الخطر للإصابة بالإيدز هي زمرة مدمني المخدرات والشركاء مخلفي الجنس Heterosexual للرجال الجنوسيين أو ثنائيي الجنس (Homo - or Bisexual) ، والمرضى الذين ينقل إليهم الدم وبشكل خاص مرضى الناعور الذين يحتاجون للعامل الثامن وزمرة من مرضى هائيتي . تزداد نسبة إصابة الأشخاص المغايري الجنس Heterosexuals حيث يبدى أكثر من ٥٠٪ من المومسات أضعافاً مضاعفة للحمة الراضة . أكثر الأشخاص المصابين في أفريقيا هم من الأشخاص المغايري الجنس ، ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث هي ١ : ١ .

المعير : يكون السير حاداً أو مزمناً ، ويكون تطور الداء إما تدريجياً أو مفاجئاً . ويمكن أن يشخص منذ البداية اعتماداً على الطفح الجلدي (طفح عوز المناعة الحاد) ، أو لوجود الأخماج الانتهازية أو الأورام . وكثيراً ما يتظاهر على شكل نقص وزن أو تعرق ليلي ، وأخماج جلدية أو طفححات جلدية غير واضحة الحدود ، وإسهال ، وتعب ، وتضخم عقد لمفاوية خاصة في العنق ، ونقص المقاومة تجاه الأخماج . ويؤكد التشخيص بالاختبارات المصلية . وتهاجم الحمات بشكل رئيسي ومفضل الخلايا للمفاوية الناتية المساعدة وتضعف المناعة أو المقاومة التي تنوسطها الخلايا باتجاه العوامل الممرضة ، ويكون عدد الخلايا للمفاوية الناتية المساعدة CD₄Cells ناقصاً في الدم والأنسجة . وقد تلعب هذه الحمة دوراً فعالاً في بعض الأمراض مثل لمفوما الجهاز العصبي المركزي ، وقد تصيب الدماغ نفسه .

الإنذار : مُميت . وتدل التقديرات بأن أكثر من ٢ مليون شخص في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم إيجابية المصل تجاه حمة عوز المناعة الإنسانية وأن ٣٥٪ - ٧٥٪ من هؤلاء

سيطور لديهم داء الإيدز ، وأن متوسط ما يعيشه من كان لديه منهم غرن كابوزي حوالي ١٢٠ أسبوعاً . أما إذا كان المريض يعاني من غرن كابوزي وذات الرئة بالمتكيسات الكارينية فإن متوسط ما يعيشه المريض هو حوالي ٣٥ أسبوعاً . وإن أي خمج إضافي يعمل على تقصير متوسط ما يعيشه المريض بشكل ملموس . ويموت ٥٠٪ من المصابين بالإيدز خلال سنتين .

الموجودات السريرية : عادة يكون المرضى المصابون بالإيدز يفعاناً لا يعرف لديهم سبب لنقص المناعة مثل الأدوية الخبيثة أو المعالجات المديدة بالستيروئيدات أو القصور الكلوي .

يبدى المرضى نقصاً مترياً في الوزن ، ودعناً ، وضخامة عقد لمفاوية متعمم . أما الأعراض الأخرى فتتعلق بالأخماج الخاصة أو الأورام التي قد تحدث أثناء سير الداء . وأكثر الأخماج شيوعاً هو ذات الرئة بالمتكيسات الرئوية ، ولكن يجب أن يبقى في الذهن دوماً العوامل الممرضة الأخرى والرمات (Saprophytes) . ومن الشائع أيضاً تفعيل السل أو انتشاره حيث يشخص السل الفعال عند ١٠ - ٢٠٪ من مرضى الإيدز . كما توجد أخماج تنتج عن المتفطرات العسوية اللا غموزجية . وكثيراً ما لا يبدى هنا المصابون بالمتفطرات العسوية والخموجون بالإفرنجي العلامات التشريحية النموذجية المتمثلة بالأورام الحبيبية بشرانية الخلايا . وللإفرنجي سيراً أكثر وخامة عند المصابين بالإيدز . وقد ترتشح العقد للمفاوية والطحال بالعوامل الممرضة أو بالخلايا للمفاوية الورية أو خلايا ورم كابوزي . وكثيراً ما يصاب الدماغ في الإيدز . وقد يحدث اعتلال دماغ بطيء الترقى يتصف بنقص الوظيفة الإدراكية للدماغ واللامبالاة والعزلة الاجتماعية (خرف الإيدز) . وقد يحدث ضمور في قشر الدماغ وتوسع في البطينات . ويحدث داء المقوسات Toxoplasmosis عند ٣٪ من مرضى الإيدز . ويمكن أن تشاهد خراجات بالمقوسات القندية أو بالمستخفيات . وقد تكون إصابة الدماغ البدئية بالمفوما وبالخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية اختلاطين إضافيين ، وقد وصف حدوث التهاب الأجرة الشعرية البثري الحمضة في عدد قليل من مرضى الإيدز . ومن الشائع حدوث اندفاعات عدية الشكل . وقد يتعرض حدوث أدواء جلدية أخرى مثل الصدف والإكزيمة المثية أو حدوث التوسعات الوعائية الشعرية في الناحية العليا من الصدر . ويوضح الجدول ٢ : ٧ الأخماج بشكل مفصل .

الأورام الانتهازية Opportunistic Tumors : غرن كابوزي المنتشر موجود عند حوالي ثلث المرضى الجنوسيين في الوقت الذي يتم فيه تشخيص الإيدز عندهم . إلا أن الدراسات الحالية تبدي وجود حالات أقل خلال السنوات الخمس الماضية . ولقد افترض أن الحمة الراضة المضخمة للخلايا عند

كثيراً ما تتراوح آفات غرن كابوزي المنتشر بين بقع حمراء اصطبائية ولويحات أو عقيدات كبيرة حمراء أو زرقاء ، أو زرقاء مائلة للبنفسجي . ويمكن أن تُرى الآفات على اللسان أو الحنك أو اللوزتين أو الأعضاء التناسلية أو في أية أجزاء أخرى من الجلد . ويمكن أن تصاب أعضاء أخرى وبشكل خاص الجهاز الهضمي حيث أن ٥٠٪ من المرضى الذين لديهم غرن كابوزي جلدي يوجد لديهم هذا الغرن في الجهاز الهضمي أيضاً .

الموجودات الجلدية الأخرى : إن عناد الإكزيمة المثية على المعالجة يمكن أن تفترض وجود السعفة الوجهية والإيدز . ويمكن أن يحدث انتشار وامتداد للسعفة الجسدية والفمخدية أو فطارات الأظافر المتعددة . وقد نجد انتشارات للنخالية المبرقشة وداء المبيضات البيض . وبشكل السلاق والتهاب المريء بالمبيضات البيض جزءاً من متلازمة الإيدز . وقد يحدث جفاف جلد معمم (جفاف شبيه بالسماك) يترافق مع عقيدات أكالية وحكة شديدة .

وقد يؤدي الحلأ البسيط إلى آفات تقرحية مزمنة في الفم وعلى الوجه والناحية التناسلية أو في أي جزء من البدن (الحلأ البسيط التقرحي الثابت) ، وتكون قرحات الشرج مؤلمة عادة . وترى حالات من القرحة الآكلة الحلقية Herpes Phagedana مع المركب الحمجي الحموي - الجرثومي ، والتقرح الموائي حول الفم المترقي . وقد يحدث التهاب المريء الحلي أيضاً ، وتشاهد حالات من الحلأ البسيط المنتشر الثابت .

وقد يكون الحلأ النطاقي علامة مبكرة على الإصابة بالإيدز عند المرضى الذين هم في موضع الخطر من الإصابة . وغالباً ما يكون نزفياً وشديد الامتداد وذو سير مديد . كما ذكرت حوادث من ثآليل حموية واسعة الانتشار أو من المليساء المعدية . وقد يبدي الغشاء المخاطي الفموي وجود اللسان الأبيض المشعر المشابه للطلوان (الطلاوة البيضاء الفموية المشعرة) . وقد لوحظت هذه الظاهرة عند حوالي ١٠٪ من مرضى الإيدز . فقد تطور الإيدز عند جميع المرضى الشاكين من هذه الظاهرة وحوث مصولهم الأضداد المضادة لحمة عوز المناعة الإنسانية . يتظاهر الطلوان المشعر على شكل اندفاعات بيضاء مرتفعة على سطح اللسان وتتوضع على حافته أو حافتيه الوحشيتين . ولقد أمكن التعرف على وجود عدد من الحلمات الراشحة في الخزع المأخوذة من هذه الآفات بواسطة الفحص الشكلي المباشر أو باستخدام تقنية البيروكسيداز المناعية

الجنوسيين من الذكور قد تلعب دوراً في إحداث غرن كابوزي . ويمكن ترتيب الأعضاء التي يصيبها غرن كابوزي تبعاً لنسبة إصابتها حسب الترتيب التالي : الجلد ، العقد اللمفاوية ، الجهاز المعدي المعوي ، ومن الناحية التشريحية المرضية فإن الآفات الجلدية هنا تشابه الشكل المدرسي لغرن كابوزي . ويشاهد لدى معظم المرضى المتوفين من جراء غرن كابوزي الآفات الوعائية مغزلية الخلايا والمميزة لهذا الداء الوخيم . (راجع الشكلين ٢ - ٣٨ و ٢ - ٣٩) .

ويمكن للمفومات الحيفية في الإيدز أن تكون من أشكال مختلفة : لمفوما بوركيت ، غرن الأرومات المناعية ، داء هودجكن . ويتميز الإيدز بالمفوما البديئة في الدماغ مع وجود حمة عوز المناعة الإنسانية في الأنسجة . وتترافق للمفومات مع نسبة وفيات عالية وسريعة . كما ذكر حدوث سرطانات وسفية الخلايا وسرطانات غدية في الفم والبلعوم والمستقيم عند مرضى الإيدز .

الجدول ٢ - ٧ : الأتاج في الإيدز

العامل المرض	الداء
التكيسات الرئوية الكارينية	ذات الرئة
المبيضات البيض	داء المبيضات البيض : الفم ، المريء ، الأمعاء
الفطور الجلدية	سعفة الجسد ، فطارات الأظافر المتعددة (الأظافر البيضاء)
الملاسيزيا الدقيقة	النخالية المبرقشة واسعة الامتداد
حمة الحلأ البسيط	الحلأ البسيط : وجهي مزمن ، تقرحات شرجية
الحمة المضخمة للخلايا	التهاب كبد ، التهاب شبكية ذات رئة .
المتفطرات العسوية السلية	السل : رئوي ، منتشر .
المتفطرات العسوية اللائموذجية	أخماج بالمتفطرات العسوية اللائموذجية : رئوي ، جلدي منتشر
انقوسة القندية	داء المقوسات : في الدماغ والمنتشر
Cryptosporidium isospora belli	التهاب الأمعاء والكولون
المستخفية المنتشرة	داء المستخفيات : ذات رئة ، التهاب سحاي منتشر
النوسجة المغمدة	داء النوسجات : منتشر
جراثيم داء ويل	داء ويل (المعوي)
الحمة الراشحة الحليمومية	اللقمومات المؤتفة ، الثآليل الشائعة :
الإنسانية	واسعة الامتداد

Immunoperoxidase ، وتضمنت الحماض الحليمومية الإنسانية HPV وحمة الحلاأ البسيط وحمة أنشستين - بار EBV . وقد وجدت مشاركة للمبيضات البيض في هذه الآفات أيضاً . ويبدو أن حمة أنشستين - بار هي العامل الممرض على الأغلب . (راجع الأشكال ٢ - ٤٠ ، ٢ - ٤١ ، ٢ - ٤٢ و ٢ - ٤٣) .

الموجودات المخبرية المصلية : قلة في عدد الكريات البيض ، قلة في اللمفاويات ، قلة في عدد الخلايا التائية والخلايا التائية المساعدة . وتكون نسبة الخلايا التائية المساعدة / التائية المثبطة أقل من الواحد في الدم المحيطي (النسبة السوية هي ١,٥ إلى ٢) . ويجب تحديد التعداد المطابق للخلايا CD₄ . وكثيراً ما تكون اختبارات فرط التحسس الجلدي الآجل سلبية ، وتبدي اختبارات نقل اللمفاويات استجابة ضعيفة تجاه مولدات الانقسام ، وقد تزداد الغلوبولينات المناعية (عديدة النسائل) وقد يرتفع البرولاكتين . ونجد عند معظم المرضى اختبارات مصلية إيجابية لأخماج متعددة (الحمة المضخمة للخلايا ، أنشستين - بار ، داء المقوسات) . وهناك نسبة عالية من الأمراض المنقولة بالجنس والتهاب الكبد عند الجنوسيين بشكل خاص .

عزل الحمة الراشحة عبارة عن تقنية خاصة بالبحث العلمي . ويتوفر الاستقصاء الروتيني عن الأضداد بطريقة ELISA أو بطريقة أكثر نوعية هي الـ Western blot . ويجب أن يجري تبعاً للاستطابات المخبرية والسريية ، وسيوفر قريباً اختبار مستضدي أيضاً .

اختبارات التقصي (Screening Tests) : وتتم باستخدام طريقة المقايسة المناعية الحماثرية ELISA ، حيث يتم ربط خلية لمفاوية تائية إنسانية مصابة بالحمة الراشحة مع وسط صلب (مفرزات ، صفيحات المعايرة الدقيقة) ثم تخضن مع مصل المريض . يتم الكشف عن ارتباط الأضداد المصلية مع المستضدات الحمية بواسطة الضد IgG الإنساني المرتبط بالبيروكسيداز ، ويصبح مرئياً بواسطة تفاعل لوني خمائري يتم تقييمه ضوئياً بطول موجة قدرها ٤٩٠ نانومتر . ويتم التعبير عن نتيجة الاختبار بنسبة العينة إلى نسبة مقطوعة (ELISA quotient) . ولم يتم حتى الوقت الحاضر جعل هذه الطريقة قياسية ، فإذا كانت النتيجة تحت الثلاثة فإنها تكون سلبية ، أما النتائج التي تقع بين ٣ و ٥ فتكون موضع نقاش ، وتعتبر النتائج فوق الخمسة إيجابية . ويتوفر في الوقت الحاضر عددٌ من أدوات الإليزا التجارية . ويحتمل أن تكون نتائج اختبار الإليزا إيجابية كاذبة بسبب الخطوط الحمية الملوثة ، كما تشاهد مثل هذه النتائج عند المرضى الذين تم نقل الدم إليهم بشكل متعدد ، وعند كثيرات الولادة ، وعند المصابين بالأمراض المناعية الذاتية

مثل الذأب الحمامي الجهازى والمرضى الذين لديهم البروتين C تفاعلي CRP ومعقدات مناعية جوالّة . وإن نتائج الإليزا السلبية الكاذبة تسبب مشكلة لأنها لا تكشف عادة بطريقة اختبار البقعة Western blot المؤكدة .

الاختبارات المؤكدة : يمكن اختبار البقعة (Western blot , Immunoblot) من الكشف عن وجود أضداد مضادة للبروتينات الأساسية المجزأة بالرحلان الكهربى لحمة عوز المناعة الإنسانية ويتطلب الأمر معايير دقيقة جداً وصارمة . ويجب ألا تستخدم إلا اختبارات اللطاخة المناعية المشروعة قانونياً . وتبين التقنيات المشروعة للطاخة المناعية وجود شرائط نوعية للحمة في المواضع P₁₇ و P₂₄ و P₃₁ و 8P₄₁ و P₅₃ و P₅₅ و P₆₆ .

ويتم استخدام الخلايا الحمية المنتجة H₉ كركيزة مستضدية في اختبار الومضان المناعي اللامباشر (IIFT) . أما المقايسة بالترسيب المناعي الشعاعي (RIPA) فتستخدم عديدات البيتد الحموي الموسوم شعاعياً والتي يتم تحليلها بالتصوير الشعاعي الذاتى . ومن اختبارات التقصي الأخرى هناك مقايسة أو معايرة تراض اللاتكس التي تستخدم خرزات اللاتكس المغلفة بمحفظة مستضدية عديدة البيتد . أما الاختبار الجديد ONCOR والذي هو عبارة عن مقايسة حموية مباشرة فيستخدم أضداداً وحيدة النسيلة لتحديد الحمة الراشحة بشكل مباشر . وإذا ما وافقت مؤسسات التشريع القانوني على صلاحية هذا الاختبار فإنه بدوره سيحسن من سرعة ودقة تشخيص الخمج بالإيدز . لقد أصبح من المتوفر حالياً تفاعل سلسلة البوليميراز (RCR) وهو يقدم بَعْداً تشخيصياً جديداً .

المناعة الخلوية :

١ - المستضدات المذكورة (اختبارات عديدة) Recall Antigens .

٢ - التعداد المطلق للخلايا اللمفاوية .

٣ - نسبة الخلايا التائية المساعدة / الخلايا التائية المثبطة CD₄/CD₈ والتعداد المطلق للمفاويات CD₄ .

٤ - مقايسات نقل اللمفاويات المخبري .

المناعة الخلطية :

١ - زيادة الغاماغلوبولين الدموي IgG و IgA في ٥٠ - ٦٠٪ من مرضى الإيدز ، وفي ٣٠ - ٤٠٪ من المصابين بالمركب المرتبط بالإيدز ARC .

٢ - تشاهد معقدات مناعية جوالّة في ٧٠ - ٨٠٪ من مرضى الإيدز أو المركب المرتبط بالإيدز .

اختبارات تشخيصية إضافية :

١ - CRP إيجابي في ٧٠ - ٨٠٪ من مرضى الإيدز وفي

٢٠ - ٣٠٪ عند المصابين بالمركب المرتبط بالإيدز
ARC .

٢ - يرتفع عيار الغلوبولين الدقيق $\beta 2$ في مصل معظم المرضى المصابين بالإيدز أو بالمركب المرتبط بالإيدز .

الخطوط المخبرية الموجهة للتشخيص :

١ - التشخيص الروتيني : أخذ عينة مصلية مقدارها ٢ - ٥ مل (دون أية معالجة مسبقة) ، ثم توضع في حاوية بلاستيكية وترسل إلى المختبر لإجراء اختبار النخل ELISA أو أي من الاختبارات المؤكدة (اللطاخة المناعية ، الومضان المناعي اللامباشر RIPA .

٢ - إذا كانت النتيجة سلبية فيجب إعادة الاختبار بفواصل زمنية تتراوح بين ٢ - ٣ أشهر حالة وجود قصة سريرية مناسبة ، وذلك لأن أضرار حمة عوز المناعة الإنسانية قد لا تظهر إلا بعد أسابيع أو أشهر من بدء الخمج بها .

٣ - أما في مرضى الإيدز أو الـ ARC السليبي المصل فيجب إعادة الاختبارات المصلية خلال بضعة أسابيع ومحاولة عزل الحمة الراشحة من المصادر المناسبة (الدم عادة) .

٤ - لا بد من تفقد المناعة الخلوية والمناعة الخلطية وطلب اختبارات إضافية كما هو مبين أعلاه .

المعالجة : لا تعرف معالجة وافية حتى يومنا هذا ، ولا يتوفر أيضاً وجود أي لقاح . لقد ثبتت صعوبة تطوير لقاح بسبب الاختلاف الوراثي الشديد للحمة الراشحة . ومن المناسب معالجة الأحمال المتكررة وأغران كابوزي ، لكن النتائج قد لا تكون مشابهة لتلك التي نحصل عليها في معالجة المرضى ذوي المناعة الكافية . ولا تزال الأدوية التالية موضع نقاش : الفينبلاستين ، الأنتروفيرون α ، β ، γ ، السورامين ، السيكلوسبورين ، الغلوبولينات المناعية وأدوية أخرى عديدة . لقد ثبتت فقط فعالية الأزيدوتيميدين (مستحضر Zidovudine) في منع ترقى الداء (4×250 ملغ/يومياً) . وتستخدم أشعة X كوسيلة ملطفة في غرن كابوزي . وفي الوقت الحاضر كثيراً ما لا نستطيع سوى تقديم العناية الطبية الداعمة والعناية الشخصية .

اللقاحات عند الأطفال المموجين بحمة عوز المناعة الإنسانية : لقد نصحت اللجنة الاستشارية لمزاولة اللقاحات في الولايات المتحدة بإعطاء لقاح MMR لكل الأطفال المموجين بحمة عوز المناعة الإنسانية بصرف النظر عن الأعراض الموجودة ،

وذلك اعتماداً على التقارير التي ذكرت حدوث حصبة شديدة في الأطفال المموجين بحمة عوز المناعة الإنسانية والذين يعانون من تظاهراتها السريرية ، وعلى الدراسات المحدودة التي أثبتت أنه لا توجد أي تأثيرات سلبية من إعطاء لقاح الحصبة ، النكاف الحصبة الألمانية (MMR) للمرضى العرضيين (دون أعراض) . وينسجم هذا القرار مع مقررات منظمة الصحة العالمية الخاصة بلقاح الحصبة . ويوضح الجدول ٢ : ٨ مقررات اللجنة الاستشارية لمزاولة اللقاحات ACIP الخاصة بالمرضى المموجين بالـ HIV سواء عند اليافعان أو البالغين أو الأطفال . ويجب عدم تطبيق الإرضاع الوالدي عند حديثي الولادة لأمهات إيجابيات الـ HIV وذلك لاحتمال انتقال العدوى إليهم عن طريق حليب الأم في حالة ولادتهم سالمين وعدم إصابتهم أساماً . ويجب عدم إعطائهم لقاح الـ BCG بسبب إمكانية حدوث خمج شديد ومفاجئ بالمتفطرات العسوية .

الجدول ٢ - ٨ : التوصيات الخاصة بالتلقيح الروتيني للأطفال المصابين بالإيدز في الولايات المتحدة الأمريكية ١٩٨٨

اللقاح		
لا عرضي	عرضي	
لا	نعم	DTP
لا	لا	OPV
نعم	نعم	IPV
نعم	نعم	MMR
نعم	نعم	HbCV
نعم	لا	المكورات الرئوية
نعم	لا	النزلة الوافدة

الـ DTP : الخناق ، الكزاز ، السعال الديكي .
الـ OPV : لقاح الحمات السنجابية المضعفة ، ويحوي الحمات السنجابية من النماذج ١ و ٢ و ٣ .
الـ IPV : لقاح الحمات السنجابية المثبطة الفعالية ويحوي الحمات السنجابية من النماذج ١ و ٢ و ٣ .
الـ MMR : حمات الحصبة والنكاف والحمراء الحية في لقاح مشترك .
الـ HbCV : لقاح النزلة الوافدة الحبة للدم نموذج b المقترن .

الفصل الثالث

الأمراض المتسببة بالريكتسيات

Diseases Caused by Rickettsia

د . صالح داود

تضم زمرة الريكتسيات عائلة الريكتسيات وعائلة البروتونيالات .

التيفوس الوبائي [Epidemic Typhus , Brill 1910 , Ricketts 1910 , Prowazek 1913] :

المرادفات : التيفوس الطفحي ، مرض بريل (التيفوس الوبائي الكامن الناكس) .

العامل الممرض : Rickettsia Prowazeki .

التعريف : مرض ذو سير شديد . وكان شائعاً في السابق ، وهو نادر في الوقت الحاضر تسببه الريكتسيات ، وينتقل من المريض إلى السليم بواسطة قمل الجسد . وتكون نسبة الوفيات عالية بالأعمار المتقدمة .

لمحة تاريخية : أصاب داء الريكتسيات (التيفوس الطفحي وغيره) كل المجتمعات . وباءت بالفشل عدة حملات عسكرية بسبب وفيات الكثير من الجنود من جراء إصابتها بداء الريكتسيات . وأصيب حوالي ٣٠ مليوناً من البشر في أوروبا وروسيا بالمرض ، مات منهم ٣ ملايين شخص .

الإمراض : كشف Ricketts ، الريكتسيا عام ١٩١٠ في الخلايا الظهارية لأمعاء القمل المصاب . وكشف ذلك أيضاً پروازك Prowazek عام ١٩١٣ لدى المرضى المصابين بالمرض وبين أن واسطة النقل هي القمل . وهكذا تبين سهولة انتقال المرض من شخص لآخر . والتهاب الأوعية الليمفاوية هي العلاقة المسيطرة التي تعمل وجود العلامات السريرية والأعراض . اعتبرت الريكتسيات بالسابق على أنها تشبه الحمات الراشحة ، وحيث أنها أصغر من الجراثيم وهي كالحمات الراشحة فإنها تستطيع التكاثر داخل الخلايا الحية فقط . ولكن تعتبر الريكتسيا حالياً من صنف الجراثيم الصغيرة ذات حياة طفيلية مجبرة . وقد أبدى فحص مقاطع الريكتسيا بالمجهر الإلكتروني العديد من الخصائص والمميزات الجرثومية وتملك إضافة لذلك إنظيمات جرثومية وجداراً خلوياً مميزاً للجراثيم . تستخدم الريكتسيا عدداً من مفصليات الأرجل كمستودع حيث تتكاثر فيها دون أن تسبب مرضاً ملحوظاً فيها . ولكن عند انتقالها لمضيف أجنبي (الإنسان) فهي تحدث

مرض الريكتسيات . وباستثناء حمى (Q) فإن كل الأدواء الناجمة عن الريكتسيا تترافق بعلامات جلدية مميزة وبعد الإصابة بالحمى تظهر أضداد ترتبط بالتمتمة وهذا يتيح وضع التشخيص بشكل أكثر دقة ووضوحاً . وتوجد مناعة دائمة للمرض .

الموجودات السريرية : بعد مرور فترة حضانة ٧ - ١٤ يوماً تتطور مرحلة عرضية غير مشخصة للداء تتظاهر بالدعث ، وارتفاع درجة الحرارة حتى ٣٨° وصداع . ثم تهبط درجة الحرارة حتى الحد الطبيعي ، يلي ذلك وبشكل مفاجئ ترفع حروري لمدة أسبوع (٣٩° - ٤٠,٥°) مع صداع شديد ، وألم عضلي ، وضعف عام ، ووسن . وتطفئ الأعراض العصبية ويوجد أيضاً حساسية للضغط على الأعصاب المحيطية ، وتشنج محيطي ، وخفة نوم وعدم ارتياح عام ، ورعاش اللسان ، وجفاف فم مزرق ، والتهاب ملتحمة ، والتهاب قصبات وتسارع في التنفس .

يزداد النبض باستمرار ويتسارع ، ثم يميل الضغط للانخفاض باستمرار . ويتضخم الطحال في البدء ثم تغيب الضخامة فيما بعد .

يظهر طفح وردي بعد ٢ - ٣ أيام من بدء ارتفاع الحرارة المستمر ، ويتظاهر ببقع وردية (بعد ٣ - ٦ أيام من بدء المرض عادة) شاحبة قليلاً ، تراوح أقطارها ما بين ٣ إلى ٥ ملم ويصبح بعضها مزرق اللون . وعادة ما تبدأ على أعلى الصدر والمنكبين ثم تنتشر للجذع والأطراف . وتصاب الراحتان والأخصان ، وإصابتها للبطن يصل متأخراً ، بعكس الطفح التيفي ، حيث لا يصاب البطن . وعلى الأغلب يعف الطفح الوردي عن الوجه . والطفوح مختلفة : بعضها كبير أو صغير ، أحمر أو مزرق ، بعضها محتشد وبعضها منفرد ، وهذه اللوحة السريرية هي وصفية للتيفوس الوبائي . ويحدث بعد بضعة أيام نزف نقطي في مركز البقع في بعض الحالات .

التشخيص : يعتمد التشخيص على وجود إصابات بالمنطقة ، وتشكل الأضداد خلال فترة النقاهة . وبالإضافة إلى اختبار التراص لمعلق الريكتسيا ذي العيار العالي ، واختبار تفاعل ارتباط التمتمة مع مستضدات ريكتسية وتعديل الذيفان ، يعتبر تفاعل ترافس المتقلبة الاعتيادية Protus Vulgaris ، الذي يعتمد على ترافس هذه الجرثومة ، الاختبار الأفضل والمعروف . ويعتمد هذا الاختبار على أن هذه الجراثيم تحوي مستضدات متشابهة مع مستضدات الريكتسيات ، وهذا يعني أن مصول المرضى ترص بعض سلالات المتقلبة الاعتيادية . وعلى سبيل المثال ، يرص مصل التيفوس المتوطن السلالة P. Vulgaris OX19 .

الإلتذار : جيد إذا ما طبقت المعالجة بالتراسكلين باكراً وإلا

تحدث نسبة عالية من المضاعفات وكذلك الوفيات .

التشخيص التفريقي : أدواء الركتسيات الأخرى (راجع الجدول ٣ - ١) .

المعالجة : تعتبر المعالجة بالتتراسكلين أو الكلورامفينيكول وبمقدار ٣ - ٤ غ يومياً فعالة جداً إذا أعطيت بالمرحلة الباكترية للداء . وتستمر المعالجة حتى تنخفض درجة الحرارة . وإذا بدأنا بالمعالجة بعد اليوم السادس من بدء الداء فإن المناعة تتشكل ، كما في الحالات غير المعالجة ولا يحدث نكس . ومن جهة أخرى ، إذا أعطيت الصادات قبل هذا الوقت أو إذا استخدمت لفترة قصيرة ، فإن تحريض المناعة غير كافٍ وبالتالي يمكن أن يحدث النكس . ويمكن تفادي هذا النكس بدورة علاجية ثانية تبدأ بعد ٦ أيام من الدورة العلاجية الأولى . ويحدث الأذى النسجي إذا تأخرنا بالعلاج كثيراً والتخريب النسجي غير عكوس وتبقى الصادات غير فعالة كثيراً .

تقوم الوقاية من التيفوس والأدواء الأخرى المتسببة عن الريكتسيا بقطع سلسلة الأبحاث هذه ، وذلك بالوقاية من انتقالها . وينبغي أن يتم ذلك بالقضاء على الأماكن التي تتوالد فيها الجرذان والحشرات ، وتطبيق المنفريات ضد اللدغات في حمى الجبال الصخرية ، وبسرة الحليب في حمى Q وغير ذلك . ويمكن إحداث التمنيع الفعال عن طريق اللقاح (مستضدات مفرمة Formalinized Antigens) . وتأمين الوقاية باللقاح ضد التيفوس الوبائي وحمى الجبال الصخرية .

ومن الجدير بالذكر وجوب إعلام الدوائر الصحية عن كل إصابة بالريكتسيات .

التيفوس المتوطن Endemic Typhus :

المردفات : التيفوس الفأرية (المتوطنة) .

الصورة السريرية للتيفوس المتوطن مشابهة للصورة السريرية للتيفوس الوبائي ، وينتقل عن طريق البراغيث ، وسيره أخف من التيفوس الوبائي . (راجع الشكل ٣ - ١ للاطلاع على التفاعلات المصلية والجرثومية التي تفرق بين النوعين) .

داء البارتنونيليا Bartonellosis [Carrion 1885] :

المردافات : مرض كاريون ، حمى أورويا Oroya ، ثؤلول بيروانا .

التعريف : خمج حاد أو مزمن تسببه جراثيم عصوية الشكل Bartonella Bacilliformis . يحدث في الطور الحاد منه فقر

دم انحلالي ، يتبعه آفات جلدية تسمى ثآليل بيروانا (Verruca Peruana) .

العامل الممرض : تسببه البارتنونيليا العصوية الشكل ، والجرثوم عديد الأشكال سلبي الغرام ، وعديد الأسواط . وتنسب إلى ممرضات الحيوانات Heamobartonella and Grahamella وهو عضيات تقيس ١ - ٣ ميكرون داخل خلوية .

الوبيات : يوجد هذا الداء في أمريكا الجنوبية فقط وخاصة في كولومبيا ، والإكوادور والبيرو . ينتقل عن طريق الناقل ذبابة الرمل Sandfly من نوع Phlebotomus Terrucarum ، ولا يوجد حيوان خازن معروف حتى الآن . ويحتوي دم الإنسان على المصيات ويحتمل أن يكون الإنسان هو الخازن .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض بفقر دم حمي Febrile ، أو بعقيدات جلدية أو بالعرضين معاً . ويكون البدء حاداً وسريعاً حيث يبدأ بعد ٣ أسابيع من العضة Bite . والحرارة والعرواءات والألم العظمي أعراض مهيمنة ، ويحدث فقر دم انحلالي شديد ، واعتلال عقد لمفية ، وضخامة كبد وطحال ، وتحتوي ٩٠ - ١٠٠٪ من الكريات الحمر على الجرثوم . ومن الضرورة بمكان إجراء زرع للدم ، لأن إثنان الدم شائع عادة .

والآفات الجلدية شائعة وتشكل بعد ٣ - ٦ أشهر ، وتتراعى بمحطاطات دقيقة حمراء ، وتتطور بعد ذلك آفات عقيدية كبيرة تتراوح أقطارها بين ١ - ٢ سم (المرحلة الثؤلولية) . ونادراً ما تنقرح الآفات الكبيرة المتوضعة قرب المفاصل . ويتراجع الدور الطفحي بشكل عفوي .

التشريح المرضي النسجي : تحتوي الخلايا البطانية الشبكية للعقد اللمفية ، والكبدية ، والطحالية ونقي العظام على الجراثيم ، والكريات الحمر و/أو الهيموسيدرين . وإن الخثار والاحتشاء شائعان وتشبه الآفات البيروفية Peruvian الثؤلولية الحبيوم الالتهابي وتحتوي جزر الخلايا المرافقة العصبية . ويحدث التليف بعد تراجع الآفات .

السير : قد يتراجع المرض في دوره الحاد والمزمن عفواً .

الإنذار : تصل نسبة الوفيات في المرحلة الحادة حتى ٤٠٪ من الحالات إذا لم تعالج و ٥٪ في المرحلة الجلدية المزمنة .

التشخيص : يمكن كشف الجراثيم المسببة في اللطاخات الدموية وكذلك بالخزعة وبالزرع .

المعالجة : يعالج بالبنسلين ، الستروبتومايسين ، التتراسكلين ، أو بالكلورامفينيكول .

الجدول ٣ - ١ الأمراض المنسوبة بالريكتسيات

المجموعة	المرض	نوع الريكتسيا	المفصلي الناقل	مستودع الحمج	تفاعل ويل - فيلكس
أ - مجموعة التيفوس	التيفوس المتوطن	R. Moseri	ذبابة الفأر	الفأر	إيجابي 19 × 0
	التيفوس الوبائي مرض بريل	R. Prowazeki R. Prowazeki	القمل الإنساني	الإنسان نكس في التيفوس الكامن الوبائي	إيجابي 19 × 0 إيجابي خفيف أو سلبي 19 × 0
ب - مجموعة الحمى المبقعة	حمى الجبال الصخرية المبقعة	الريكتسيا	القراد	الحيوانات الصغيرة الثديية القراد	إيجابي 19 × 0 و 2 × 0
	حمى Boutonneuse	R. Conorii	القراد	الكلاب ، القوارض	إيجابي 19 × 0 و 2 × 0
	حمى البحر الأبيض المتوسط حمى جنوب إفريقيا بعضه القراد				
	تيفوس قراد كينيا تيفوس قراد الهند				
	تيفوس قراد سيبيريا تيفوس قراد شمال آسيا	R. Sibirica	القراد	القوارض	إيجابي 19 × 0
	تيفوس قراد كوين لاند	R. Australis	القراد	حيوانات ذات الجراب القوارض	إيجابي 19 × 0
	داء الريكتسيا الحويصلي الروسي السوس	R. Akari	فأر المنزل السوس	فأر المنزل	سلبي
ج - مجموعة حمى Tsutsugamushi	تيفوس حيوان Scrub	R. Tsutsugamushi	السوس	القوارض ، السوس	إيجابي K × 0
د - حمى Q	حمى Q	R. Burnetii (Coxiella Burnetii)	استنشاق روث القراد الجاف	الأغنام ، البقر ، الماعز	سلبي

الفصل الرابع

الأمراض الناجمة عن الجراثيم

Diseases Caused by Bacteria

د . ليديا عوض

السيلان البني Conorrhea

المترادفات : داء السيلان Blennorrhea .

التعريف Definition : السيلان البني هو خمج جرثومي يصيب بشكل رئيسي الأغشية المخاطية البولية التناسلية ، تسببه النيسرية البنية Neisseria Gonorrhoeae . يهاجم السيلان البني الجهاز البولي التناسلي عند الرجال والنساء ، تكون إصابة الأعضاء التناسلية خطرة جداً لأنه خلال سير الداء ونتيجة الالتهاب تحدث التصاقات وندبات في البربخ أو أنابيب فالوب قد تؤدي إلى عقم دائم .

العامل الممرض Pathogen : اكتشف ألبرت نايسر Albert Neisser الميكروبات المزدوجة النيسرية البنية السلية الغرام عام ١٨٧٩ ، وهي تنتمي إلى عائلة النيسريات من بينها جنسا البرانهاميلا Branhamella والنيسرية سليبتا الغرام .

فترة الحضانة Incubation Time : تمتد فترة الحضانة بشكل طبيعي من ٢ - ٤ أيام . غير أنه يمكن أن يتأخر ظهور العلامات الأولى بضعة أيام أحياناً وتبدو فترة الحضانة طويلة إذا أصيبت الأنابيب حول الإحليل أولاً ثم انتقلت الميكروبات البنية إلى الإحليل . أما في خمج الملتحمة فيمكن العثور على الميكروبات البنية باكراً جداً في مكان الإصابة .

التوزيع Distribution : يعتبر السيلان البني من أكثر الأمراض الخمجية مصادفة وانتشاراً . ينتقل تقريباً وبشكل مطلق عن طريق الممارسة الجنسية . نادراً ما تحدث الإصابة عن غير هذه الطريق كالإصابة مثلاً بواسطة منشفة مبتلة وحاوية على الميكروبات . وقد تنتقل الإصابة من المرضى الكهول إلى الأطفال الذين يشاطرونهم نفس السرير . ولم يثبت انتقال العدوى التجريبية إلى الحيوان .

الإمراض Pathogenesis : تنتقي الميكروبات البنية ظاهرة العصي والمخاريط Columnar للإحليل ، والمستقيم ، والملتحمة وعنق الرحم عند المرأة . لا يصاب المهبل لأنه مستور بظهارة وسفية متقرنة بينما قد يصاب المهبل عند الفتيات الصغار . ومن الملفت للنظر أن تصاب أحياناً النساء الشابات أو الحوامل

بالتهاب فرج ومهبل بالميكروبات البنية كما قد تصاب النساء المسنات أو اللاتي استؤصل المبيض لديهن . بخلاف قناة عنق الرحم ، تنجو بطانة الرحم من الإصابة لفترة طويلة . غير أنه أثناء الطمث تكون الظروف أفضل لصعود الخمج إلى أنابيب فالوب والمبيضين . تنتشر الميكروبات البنية على الغشاء المخاطي وتدخل إلى التجاويف الغدية وأنابيب الغدد وبين الخلايا البشرية وتصل إلى النسيج تحت المخاطية . يحدث تفاعل التهابي من الكريات البيضاء التي تزيل معظم الجراثيم الممرضة ولكن ليس بشكل كامل . وتكون الخلايا البشرية السليمة أكثر فعالية في قدرتها الواقية ومنها تبدأ عودة التظهن . ويؤدي ذلك إلى تشكل بشرة مسطحة أو مكعبة الخلايا (يطلق عليها اسم حوون كاذب Pseudometaplasia) التي تستبدل بظهارة العصي والمخاريط عندما تتم السيطرة على الخمج . تبقى أعشاش الميكروبات البنية المقاومة متوضعة تحت الظهارة وقد تكون بؤرة للنكس عند المريض وعودة إصابة الشريك .

كشف الميكروبات البنية النيسرية Demonstration of N. Gonorrhoeae

يؤكد التشخيص في جميع أشكال الخمج بالسيلان البني بكشف العامل الممرض بالفحص المجهرى للطلاخة ملونة و/أو بمزرعة جرثومية .

تحضير اللطاخة المجهرية : نأخذ المفرزات بواسطة عروة من البلاطين أو قضيب ملفوف بالقطن ، ثم غد اللطاخة على صفيحة زجاجية تمر عدة مرات ولمدة قصيرة على اللهب لتثبيت اللطاخة . ثم يتم تلوينها . (راجع الشكل ٤ - ١) .

التلوين بأزرق الميتلين : يغمر أو يغمس المحضر بمحلول مائي لأزرق الميتلين بنسبة ١٪ لمدة ١٥ ثانية ثم يغسل بالماء وينشف بورق نشاف . ييدي الفحص بالعدسة الغاطسة وجود كريات بيضاء تحتوي على ميكروبات بنية داخل الخلايا تكون غالباً مزدوجة ومتقابلة حسب محاورها العمودية . وهي دائماً ذات حجم متساو وتأخذ شكل حبة الفاصولياء أو الكلية حيث يكون محورها المعترض أكبر من محورها الطولي . يستعمل التلوين بأزرق الميتلين لسهولة تطبيقه كاختبار تقص Screening روتيني . وتصطبغ جميع الجراثيم باللون الأزرق .

تلوين غرام : تخلو هذه الطريقة من المتاعب إذا أبعدنا الماء وهي تشمل المراحل التالية :

١ - ينقط كاربول بنفسجية الجانسيان على المحضر المثبت ويترك مدة ٣٠ ثانية (تحضير الملون : يحرك ١ - ٥ مل من حمض الكاربول السائل في ١٠٠ مل ماء مقطر ثم يضاف ١٠ مل من محلول بنفسجية الجانسيان في كحول درجة ٩٦٪ . يصفى المحلول كل مرة قبل الاستعمال) .

وعندما تكون الموجودات المجهريّة مشكوك بها .
إن زرع المكورات البنية يقتصر على المخابر الجرثومية المختصة . وبسبب حساسيتها يجب أخذ العينة ووضعها مباشرة على الوسط الزرعي . يوجد أوساط خاصة لنقل المكورات البنية إلى المخابر المختصة . تظهر مستعمرات المكورات البنية على المزرعة بعد فترة حضانة تستمر ٢ - ٣ يوماً على شكل قطرات الندى الشفافة الناعمة . يجرى تفريق المكورات البنية عن المكورات الكاذبة الشبيهة شكلاً وتلويناً بواسطة الطرق الكيميائية الحيوية والجرثومية مثل تفاعل الأوكسيداز وتحمر السكر في أوساط خاصة ، كما استعملت طرق التحوصب والتألق المناعي أيضاً . يجب إجراء اختبار المقاومة إذا شككنا بوجود زمر مقاومة للبسيلين (زمر تنتج البتا - لاكتاماز Beta Lactamase -) .

السيلان البني عند النساء Gonorrhea in Women :

تؤمن الأعضاء التناسلية عند المرأة عدة أبواب دخول للمكورات البنية : الفتحة الإحليلية ، الحبايا والجويات حول الإحليل ، أفنية سكين Skene ، فوهات غدد برتولين ، وفوهة الرحم ، وغالباً ما يصاب باب دخول واحد بادئ ذي بدء ، ثم تصاب المناطق الأخرى ثانوياً . وأكثر مناطق توضع السيلان البني عند النساء هو فوهة الإحليل وعنق الرحم . ويجب ألا نغفل عن إصابة المستقيم .

السيلان البني في السيل البولي Gonorrhea of Urinary Tract :

غالباً ما يكون الإحليل عند المرأة مكان الإصابة البدئية بالخمج البني ، وقد تكون الإصابة ثانوية لانتقال المكورات البنية من المفرزات المهبليّة . ويمكن أن تتأخر الإصابة البدئية للإحليل بالظهور لأن قسمه الأمامي مستور ببشرة وسفية . تستطيع المكورات البنية أن تتقدم إلى المنطقة المثلثية ثم تصل إلى بشرة المثانة المقاومة . وفي معظم الأحيان لا تصاب الحويضتان والكليتان . كما لا تصاب المثانة بالمكورات البنية لكنها قد تصاب بشكل ثانوي بجراثيم أخرى مؤدية إلى التهاب مثانة جرثومي مرافق .

لا تصيب المكورات البنية الغشاء الإحليلي المثني النجمي الشكل فقط لكنها ترتشح أيضاً في الغدد الإحليلية المستورة بظاهرة العصي والمخاريط مثل جويات مورغاني وتثنياتها وفي الغدد الأنبوبية الغصينية مثل غدد ليتريه Littre عند الرجل .

الموجودات السريرية :

السيلان البني الحاد : يحدث الخمج في البدء نجيجاً خفيفاً من

- ٢ - يصب المحلول من على المحضر إلى وعاء آخر دون غسل .
- ٣ - يغمر المحضر بمحلول لوغول (يود - بوتاسيوم يودي - ماء مقطر ١ - ٢ : ٣٠٠) ويعالج حتى تمام التشرب .
- ٤ - بعد الإبانة يعالج بكحول درجة ٩٦٪ حتى الصفاء ، ولمدة دقيقة واحدة على الأكثر .
- ٥ - يغسل المحضر جيداً بالماء ويجفف . لا تظهر المكورات البنية في هذه المرحلة لأنها سلبية الغرام .
- ٦ - يلون تلوين مباين بمحلول الفوكسين الممدد أقل من ١٪ . تبدو المكورات البنية بلون أحمر قان ، بينما تتلون الجراثيم إيجابية الغرام باللون البنفسجي الغامق . يفضل أخذ لطاخين تلون الواحدة بطريقة أزرق الميثيلين والأخرى بطريقة غرام . وفي حال عدم أخذ المحضر الثاني إما أن يعاد تلوين المحضر الملون بأزرق الميثيلين بطرق مختلفة أو نلجأ إلى التلوين بطريقة غرام المعدلة من قبل جنسن والتي تسمح بإعادة استعمال المحضر الملون بأزرق الميثيلين . لهذا يزال الزيت المستعمل للفحص المجهري بواسطة الكسيتين ثم يلون كالتالي :

- ١ - يضاف المحلول المائي ٠,٥٪ من الميتل البنفسجي ٦ ب Methyl Violet 6B لمدة ٣٠ ثانية ثم يزال المحلول .
- ٢ - يغسل بمحلول لوغول القوي (يود - بوتاسيوم يودي - ماء مقطر ١ - ٢ : ١٠٠) .
- ٣ - نضيف محلول لوغول طازج ونتركه لمدة ٣٠ ثانية .
- ٤ - يزال اللون بغسله حتى الصفاء بكحول ٩٦٪ .
- ٥ - يلون تلوين مباين بالأحمر المعتدل ١٪ (مع إضافة ٠,٢ مل من حمض الخل إلى ١٠٠٠ مل من المحلول) لمدة ١٥ - ٣٠ ثانية .

يُظهر التلوين المباين المكورات البنية بلون أحمر والمُكبرّات (Micrococci) بلون أزرق بنفسجي .

الاستجهار التألقي المناعي Immunofluorescence Microscopy : يمكن كشف المكورات البنية في اللطاخة بواسطة طرق التألق المناعي المباشر النوعي بعد استعمال المصل المضاد للمكورات البنية الموسوم بالأصبغة الفلوروسينية .

الزرع Culture : يبدى زرع المكورات البنية ميزتين إضافيتين بالمقارنة مع الفحص المجهري :

- أ - نوعية أكبر : تعرّف موثوق على العامل المرض .
- ب - حساسية أكبر : يعطي نتائج إيجابية أعلى عند المرضى المصابين بالخمج البني المزمن والحالات الصعبة .

يجب أن يجرى الزرع دائماً في حال توفر الإمكانيات التقنية حيث يعتبر عنصراً هاماً في التشخيص في الحالات المزمنة

الإحليل مع ألم لاسع أو حارق عند التبول وزحير بسبب إصابة المثانة وتبدي اللطاخة الملونة خلايا بشرية مع كريات بيضاء مفردة ومكورات بنية خارجها ، وبعد ٢٤ ساعة يصبح النجيج قيحياً وتشاهد المكورات البنية داخل الكريات البيضاء فقط .

السيلان البني المزمن : تتناقض أعراض التهاب الإحليل بعد ٣ - ٦ أسابيع ويصبح تحت حاد ثم مزمن وأخيراً يصبح لا عرضياً .

قد يحدث شفاء عفوي وإن كان ذلك غير ممكن بشكل عام ، إذ رغم تراجع إصابة الغشاء المخاطي تبقى بؤر من المكورات البنية في الجيوب والغدد اللاحقة و/أو في النسيج تحت الظهارة .

إن التهاب الإحليل السيلاني المزمن خطر لأنه يشكل مصدر عدوى خفي للشريك الجنسي . وقد يكون بالنسبة للمريض منشأاً للمضاعفات المتأخرة . قد تصاب الغدد الإحليلية المختلفة بالمكورات البنية : كالجوبات والأنلام المتعددة لهذه المنطقة ، والأقنية حول الإحليل ، والأقنية الصغيرة الدهليزية وأقنية سكين . لا يؤدي خمج هذه الغدد الصغيرة إلى ظهور أعراض شخصية لكنه قد يؤدي إلى عودة خمج الإحليل . يجب إجراء فحص دقيق للمفرزات المستخرجة بالعصر . (راجع الشكل ٤ - ٢) .

نظير الأمراض السيلانية *Paragonorrheal Diseases* : هي عقايل السيلان التي لا تنجم عن المكورات البنية . قد تؤدي النضجات القيحية إلى تخريش منطقة الدهليز والشفر الكبير والشفر الصغير وإلى وذمة التهابية واحمرار وتسحج والتهاب فرج مؤلم جداً ، وقد يتلو ذلك تأكزم وتقوؤ . قد تتعمق التآكلات لتصبح قرحات سطحية (قرحات سيلانية) . وقد يحدث في فوهة الإحليل سيلانات . وقد يتشكل لقوم مؤنف نتيجة التلقيح الثانوي بالحماح الحليمومية الإنسانية .

السيلان البني في الأعضاء التناسلية الأنثوية

Gonorrhea of the Female Genitalia

التهاب غدة برتولين السيلاني *Gonorrheal Bartholinitis* : تصاب فوهات غدد برتولين على الوجه الأنسي للشفر الصغير وعلى جانبي فوهة المهبل بالمكورات البنية في حالات قليلة وفي مرحلة متأخرة من الداء . وتصاب عادة قناة مفرغة واحدة ونادراً ما تصاب القناتين ولا يصاب جسم الغدة . يدل على الإصابة احمرار الفوهة الذي يشبه غضة البرغوث ، وتسمى هذه العلامة نقطة سانجر Sanger . يحدث انسداد الفوهة بشكل تدريجي بسبب الانتاج الالتهابي ويتشكل خراج كاذب مؤلم بحجم الكرز إلى بيضة الحمام . ويمكن أن يحدث الخمج

الثانوي خراجاً متموجاً معيقاً للحركة في شفر واحد ، ويعالج بالشق والتفجير .

التهاب الفرج والمهبل السيلاني *G. Vulvovaginitis* : يكون المهبل عند المرأة الناضجة جنسياً مقاوم للإصابة بالخمج السيلاني ، ليس فقط بسبب ظهارته الوسفية لكن بسبب آلية التنظيف الذاتية للمهبل أيضاً . تؤمن جراثيم دودرلن Doderlein المهبلية والجراثيم الأخرى المحبة للحامض باهاء PH مهبل يتراوح بين ٤ - ٤,٧ . وباعتبار أن درجة الباهاء PH المناسبة للمكورات البنية هي ٧,٢ لذا فهي تموت في قيمة باهاء PH المهبل الطبيعية السائدة . وإن تعرض المهبل للأمراض يمكن أن يخرب آلية التنظيف الذاتية مما يرفع قيمة الباهاء إلى ٥,٥ - ٦,٥ ، ويسهل الخمج السيلاني . كما يسبب الحيض زيادة في المفرزات القلوية واضطراباً مؤقتاً لآلية التنظيف الذاتي للمهبل . قد يحدث التهاب فرج ومهبل سيلاني عند الأطفال والنساء المسنات والحوامل وبعد الولادة مباشرة وفي نقص تنسج الأعضاء التناسلية والطفالة حيث تكون في جميع هذه الحالات آلية تنظيف المهبل الذاتية مضطربة أو غير موجودة .

يعتبر التهاب المهبل البسيط (الذي يحدث في كل حالات السيلان) والذي يتظاهر بالاحمرار والانتاج والتآكل وبمفرزات غزيرة من الأغشية المخاطية أحد مظاهر نظير السيلان .

التهاب الفرج والمهبل السيلاني عند الأطفال *G. Vulvovaginitis of Infants* : يُسَتر الدهليز والمهبل عند الوليد والأطفال الصغار بظاهرة العصي والخاريط كما أن آلية التنظيف الذاتي للمهبل تكون غير فعالة لديهم لذا يعتبر الفرج والمهبل المكان المفضل للإصابة بالسيلان البني . ويمكن أن تصاب جميع الأقسام الأخرى للجهاز البولي التناسلي كالإحليل وعنق الرحم ، في حين يكون غشاء باطن الرحم محمياً من الإصابة .

يعتبر الاتصال الجنسي الشاذ السبب الرئيسي دائماً للإصابة بالخمج عند الأطفال ونادراً ما يحدث بواسطة التماس المباشر كالنوم بسرير واحد ، أو استعمال ثياب ملوثة ، واسفنجة الحمام ، والمناشف ، والأواني المنزلية ، والمراحيض ، وميزان الحرارة الطبي ، والحقن . هذا ويجب التفكير بالإصابة بالسيلان البني عند الأطفال بين سن ٢ - ٦ سنوات في جميع الاضطرابات التناسلية المترافقة بنضح قيحي .

الموجودات السريرية : يشاهد في التهاب الفرج والمهبل السيلاني عند الفتيات احمرار فاقع وانتاج في الأغشية المخاطية للدهليز وفوهة الإحليل والبظر وفي الشفرين الكبيرين والصغيرين . كما يشاهد نضح قيحي شديد عند تباعد الأشعار

المتنبية قد يؤدي إلى تخريش في الوجه الأنمي للفخذين . ويدل النز في فوهة الإحليل على الخمج الإحليلي كما يدل الاحمرار حوله والشبيه بعضة الرغوث على وجود الداء في غدد سكين . ويكون غشاء البكارة أحمرأ متبجاً وكذلك الغشاء المخاطي المهبل حيث يفرز نضحاً أخضرأ مصفراً . قد يغطي بغشاء كاذب . ومن النادر إصابة غدد برتولين .

تشكو المصابة بحرق شديد مع حكة في المنطقة التناسلية قد تؤدي لنقل الإصابة بواسطة اليدين إلى الملتحمة . كما يحدث احتباس بول انعكاسي بسبب اشتداد الألم أثناء التبول . كما يحدث قهم وإمساك وأرق . تستمر هذه الحالة أسبوعان أو أكثر ثم تتناقص الأعراض تدريجياً غير أنه لا يحدث شفاء كامل . وتتحول الإصابة إلى التهاب فرج ومهبل سيلاني مزمن .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق السيلان البني في الفرج والمهبل عند الفتيات عن الالتهاب الناجم عن جراثيم أخرى (كالاشريكيات القولونية) وعن الالتهاب الناجم عن الأقصورة (Oxyuriasis) أو الأجسام الأجنبية أو المبيضات البيض أو المشعرة المهبيلة .

التهاب الفرج والمهبل السيلاني عند البالغين : قد يحدث التهاب فرج ومهبل سيلاني عند النساء الحوامل ، وبعد الولادة مباشرة وعند المسنات واللواتي لديهن نقص في نضج الأعضاء التناسلية . ويكون الالتهاب هنا شبيهاً بما هو عليه عند الأطفال بل أقل شدة .

التهاب عنق الرحم السيلاني : إن عنق الرحم هو أكثر الأماكن إصابة في الخمج البدئي في المكورات البنية .

الموجودات السريرية : يكون عنق الرحم أحمرأ (متورماً) تتدلى منه الأغشية المخاطية ويتز قيحاً أخضرأ مصفراً . يُخرب الالتهاب ظهارة العصي والمخاريط وتستبدل بظهارة مكعبة أو مسطحة أكثر قدرة على مقاومة العامل المرض وتشكل ركيزة أقل ملائمة لهذه المكورات . وعلى الرغم من بقاء الداء تتناقص الأعراض تدريجياً مع الوقت وتصبح العلامات الموضعية أقل ظهوراً والكشف عن المكورات البنية أكثر صعوبة . يدل النضح المخاطي العكر من عنق الرحم على الداء السيلاني المزمن ، وتشكل النساء المصابات بالتهاب عنق الرحم الزمن السيلاني اللا عرضي مصدراً شائعاً للخمج بالمكورات البنية .

التهاب بطانة الرحم السيلاني : يستر برزخ الرحم وباطنه ظهارة مكعبة قليلة الارتفاع مقاومة للخمج بالمكورات البنية وبالرغم من ذلك يصاب باطن الرحم في ٣٠٪ من الحالات ويسهل كل من الحيض والولادة والإجهاض الخمج الصاعد .

تحدث المكورات البنية أثناء الحيض التهاباً شديداً بورياً قيحياً في باطن الرحم . وبعد الحيض تؤدي التجدد في الغشاء المخاطي إلى تراجع هذا الالتهاب . تتجلى إصابة باطن الرحم سريريا بزيادة الحيض المؤلم المديد بينما تدل التآكلات المشاهدة بالفحص بالمنظار على التهاب عنق الرحم . ويعتبر التهاب باطن الرحم العابر حالة سابقة للسيلان الصاعد .

التهاب النفير السيلاني Gonorrheal Salpingitis : يؤهب الحوض للإصابة بالخمج الصاعد . إذ يحدث أولاً التهاب باطن النفير الحاد ويدلو الغشاء المخاطي محمراً ومتبجاً (متورماً) . قد تلتصق خمل البوق المتوضعة في ذرى النيات الأنبوية مع بعضها في جميع الجوانب مؤدية إلى انسداد التهابي دائم . ويشمل الالتهاب فيما بعد عضلات الأنابيب والصفاق الحوضي أيضاً . يثبت التفريح النفير على المبيض أو جدار الحوض أو الرحم .

تتحول الظهارة إلى سطح قححي ثم تتلف . ويرتشع الالتهاب في العضلات مما يؤدي إلى انتباج الأنبوب وإلى تشكل نفير قححي Pyosalpinx . تشكل خراجة ضمن الجدار وقد تنشق في الأنبوب وفي المستقيم وفي المثانة أيضاً . وكثيراً ما يصبح هذا الداء مزمناً ، وقد يحدث خمج ثانوي ولكن الشفاء في هذه المرحلة يبقى ممكناً بيد أن الترم التام غير ممكن . يحدث الشفاء عادة مع التندب وانسداد لمعة الأنبوب والالتصاق مع النسج المجاورة مما يؤدي إلى العقم الدائم . وإذا حصل الحمل في المراحل البدئية من الداء فقد يؤدي إلى حمل بوقي .

التهاب محيط المبيض والمبيض والصفاق السيلاني : تصل المكورات البنية إلى المبيض عن طريق البوق . ويصيب الخمج المتوسطة Mesothelium السطحية والجهاز الجريبي ، غير أن برنشيم (متن) المبيض لا يصاب إلا نادراً . وقد يحدث خراج مبيضي ، كما يصاب الصفاق أيضاً ويتخرب في بعض المناطق مؤدياً إلى حدوث نتحة والتصاقات ويندر التهاب الصفاق الشامل . تؤدي اضطرابات البوق والتصاقات مع الأعضاء المجاورة وإصابة الصفاق الحوضي إلى تشكل ورم مُكَّوم Conglomerate (يطلق عليه اسم ورم الملحقات الالتهابي) مع مظاهر سريرية وصفية للداء الحوضي الالتهابي مثل الألم في أسفل البطن ، وارتفاع سرعة التفل ، وكثرة العدلات والشعور بوجود كتلة أثناء الجنس أو بالفحص بالأمواج فوق الصوتية أو بالتفريسة Scan .

التهاب الملحقات السيلاني Gonorrheal Adnexitis : إن انتقال الداء من النفيرين إلى المبيضين ومن ثم إلى الصفاق الحوضي لا يكفي لوضع التشخيص التفريقي في الحالات الإفرادية . قد تشمل الإصابة البوقين والرحم والمبيضين والصفاق والمستقيم والزائدة الدودية . ويكون الورم المكَّوم في

البدء غير محدد وبالتالي لا يحس بسهولة ، غير أن هذا الورم يصبح أكثر تحديداً بعد تراجع الأعراض .

الموجودات السريرية : يؤدي صعود المكورات البنية إلى الأعضاء التناسلية إلى أعراض حادة وشديدة . تشعر المريضة بالتعب الشديد وفقد الشهية والإنهاك . ويؤدي انتشار الآفة إلى الصفاق الحوضي إلى الشعور بالغثيان ، والتطيل ، والإمساك أو الإسهال ، ترتفع درجة الحرارة إلى ٣٩ - ٤٠ ° مئوية . ويكون النبض سريعاً وسرعة التفل عالية جداً . كما يحدث ألم شديد وحيد أو ثنائي الجانب في الختلة Hypogastrium مترافق بألم أثناء الضغط ومقاومة في البطن . قد تُفقد الخصوبة بسبب انسداد النفيرين لكن العقم الناتج لا يشخص في البدء لأن الإباضة والحيض الدوري لا يتوقفان ، وفي المرحلة تحت الحادة قد يحس ورم مؤلم في منطقة الملحقات في الجانبين ويصبح جس الكتلة واضحاً في المرحلة المزمنة . إن التصاق الأعضاء مع بعضها ومع النسج المجاورة غير قابل للتراجع وهذا يفسر الشكوى الدائمة البطنية والحوضية عند النساء بعد الإصابة بالسيلان كالألم أثناء العمل والجماع والحيض ، وتخريش المثانة ، والإمساك ، والزحير المعوي ، وغالباً نجح دائم .

التشخيص التفريقي : إن تشخيص التهاب الملحقات سهل في حال معرفة الإصابة بالسيلان . أما إذا كانت الإصابة مجهولة فيجب تفريقه عن التهاب الزائدة الدودية ، والقيلة الدموية ، والحمل البوقي ، وعن انفثال ورم مبيضي معنق . ويكون تفريق التهاب الملحقات السيلاني في مرحلة النفاس عن الالتهاب الصاعد بالجرثيم غير النوعية صعباً جداً ، ويمكن تفريق أورام المبيضين عن الرحم وأورام العضلات التي تشكل جزءاً من الرحم بالجمس .

تشخيص السيلان البني عند النساء :

يعتمد تشخيص السيلان البني دون استثناء على التحري عن العامل المرض . فبعد أخذ قصة مرضية جيدة تتبع الخطوات الثلاث التالية :

- ١ - الاستقصاء السريري وبخاصة التحري المناسب والدقيق للمنطقة المصابة والمشكوك بها .
- ٢ - أخذ عينة للتحري عن العامل المرض من جميع البؤر المشكوك بها .
- ٣ - رؤية المكورات البنية في المادة المأخوذة .

الاستقصاء الموضوعي : يجب أن يكون لدينا منظر مهبل وضوء جيد للفحص . ويجب أيضاً فحص كل مريض لاحتمال ترافق إصابته بالإفريقي (الفحص والاستقصاء المصلي مباشرة وبعد أربعة أسابيع) ، أو بالقرح اللين أو بأدواء أخرى تنتقل عن طريق الجنس .

جمع المادة للتحري عن المكورات البنية : يجب أخذ العينة من الإحليل أو من عنق الرحم تحت المراقبة البصرية وتفحص مباشرة . واللطاخة المهبلية غير ذي فائدة . وللحصول على مفرزات قيحية من الإحليل يجب إبعاد الشفرين قبل إدخال المنظار وبذلك تظهر فوهة الإحليل بشكل أفضل . عندها ينظف الإحليل ويمسّد من الخلف إلى الأمام والخارج وبذلك يظهر القيح من فوهته . تؤخذ عينة بواسطة عروة من البلاتين أو حامل قطن وتوضع العينة على صفيحة زجاجية وعلى وسط زرعي أيضاً .

تفحص بعد ذلك جميع الخبايا Crypts والأقنية حول الإحليل Parauretral Ducts ، تعصر كل واحدة للحصول على قطرات قيحية . ثم تختبر الأقنية المفرغة لغدد برتولين قبل أن تؤخذ عينة من عنق الرحم لأن إدخال المنظار قد يؤدي إلى عصر الغدد المحمرة والمنتجة . يفحص عنق الرحم بعد إدخال المنظار فيزال المخاط بعناية وتؤخذ عينة من العنق كما ذكر سابقاً . ويجب استقصاء المستقيم عند كل امرأة بواسطة حامل قطن خاص ميلل بالسيروم الفيزيولوجي . وإذا ثبت الشك وجب إجراء الاستقصاء المتكرر بعناية . يحرّض الحيض غالباً للإصابة بالسيلان ، لذا يجب متابعة الاستقصاء في الحالات المشكوك بها في اليوم الثاني أو الثالث من الحيض . ويجب تكرار الاستقصاء للتأكد من شفاء السيلان .

السيلان البني عند الرجال :

يصاب الجهاز البولي بشكل بدئي عند الرجال ثم تنتقل الإصابة إلى الأعضاء التناسلية بشكل متأخر . إذ أن القند Gonads عند الرجال يكون محمياً أكثر مما هو عليه عند النساء . ولذلك إذا شخص السيلان باكراً نستطيع وقاية الأعضاء التناسلية قبل وصول الإصابة إليها ، وبالتالي الوقاية من حدوث العقم الدائم .

سيلان المجاري البولية :

التهاب الإحليل الأمامي السيلاني الحاد : يمتد هذا الالتهاب عالياً حتى المعصرة الخارجية للمثانة . تكون المعصرة الداخلية مغلقة عندما تكون المثانة فارغة وتفتح عندما تمتلئ المثانة وهذا الفارق الوظيفي بين الإحليل الأمامي والإحليل الخلفي لا يتناسب مع الفارق التشريحي غير أنه يتماشى بشكل أحسن مع الحقائق السريرية . تصاب أولاً الحفرة الزورقية Fossa Navicularis التي تقع وراء فوهة الإحليل ثم تصل المكورات البنية إلى ظهارة العصي والمخاريط من قسم الإحليل النازل Pars Pendula Urethrae ويتنشر بسرعة إلى الإحليل بكامله مؤدياً إلى التهاب قيحي حاد . وبعد فترة حضانة ٢ - ٣ أيام تظهر

المتوسط في جهة واحدة أو في الجهتين . ومن النادر جداً حدوث خراج حقيقي بالمكورات البنية في القلفة وبخاصة في اللجم Frenulum . تؤخر هذه المضاعفات الشفاء كثيراً .

نظير داء السيلان البني في الحيز القلبي Paragonorrheal Disease of the Preputial Space : تتآكل حشفة القضيب بسبب تدفق القيح . وتشكل مفرزات قيحية من الحيز القلبي فتسبب انتباجاً التهاياً في القلفة معطية صورة التهاب الحشفة القيحي الحاد . وقد تؤدي إلى تضيق القلفة أو ما حول القلفة الالتهاى . ويصبح التلقيح بحمة التآليل سهلاً وقد يتشكل لقوم مؤلف كبير .

السيلان في الأعضاء التناسلية الذكورية : Gonorrhea of the Male Genitalia

التهاب الإحليل الخلفي السيلاني الحاد Posterior Acute Gonorrheal Urethritis : تنفتح فوهة الأفتية المفرغة للموثة والحويصلات المنوية والأسهر في الإحليل الخلفي . فعند الإصابة بالسيلان تمر المكورات البنية إلى الأعضاء التناسلية الذكورية ويسهل هذا الانتشار التعرض للإجهاد الفيزيائي أثناء العمل أو الرياضة ونقص مقاومة الجسم . وعلى الأغلب لا نستطيع إيجاد قاعدة تعلل الانتشار الخلفي . ولكشف إصابة الإحليل الخلفي يجرى اختبار الكأسين حيث يبدو البول غيمياً فهما . وإن انتشار السيلان للإحليل الخلفي كثير الحدوث (أكثر من ٥٠٪ من الحالات) ويظهر غالباً في الأسبوع الثاني حيث يشعر المريض بالرغبة الملحة إلى التبول كما يشعر بحدوث ألم شديد في نهاية التبول . وتكرر هذه الرغبة كل ٥ - ١٠ دقائق فيفرغ بعض النقط ويشعر مباشرة بالرغبة في التبول ثانية . ومن العلامات الوصفية البيلة الدموية النهائية Terminal Hematuria إذ تخرج في نهاية التبول بعض القطرات الدموية من الغشاء المخاطي المتهب في منطقة المعصرة وتمتزج في البول . يرافق التبول في حال التهاب الموثة شعور بضغط مؤلم في العجان والمنطقة الشرجية مع ترفع حروري مسائي أعلى من ٣٨ ° . يكون المرضى منهكين بسبب البول الذي يحرمهم من النوم ليلاً . يحدث في التهاب الإحليل الخلفي السيلاني بيلة البومينية ناجمة عن اختلاط البول بالمفرزات القيحية المصلية ونادراً ما تكون من منشأ كلوي .

يجب أخذ الحذر في وضع إنذار التهاب الإحليل الخلفي السيلاني العفوي . إذ قد ينتشر العامل الممرض إلى الدم وإلى الأعضاء التناسلية وبالتالي حدوث مضاعفات كثيرة .

التهاب الموثة السيلاني Gonorrheal Prostatitis : ينتشر السيلان الخلفي في ٨٠٪ من الحالات غير المعالجة إلى الأعضاء التناسلية الداخلية . فتصاب القناة المفرغة الموثة فقط في عدد

الأعراض على شكل وخز وحرقة في الإحليل عند التبول . ويكون احتباس البول بسبب تراكم المفرزات المترصصة في فوهة الإحليل ، وفي هذه المرحلة يمكن كشف المكورات البنية خارج الخلايا في أغلب الحالات . وبعد ٢٤ ساعة يخرج من الإحليل قيح ريمي أصفر أو أخضر لزج ضارب للصفرة . تزداد الأعراض الشخصية ويصبح الانتصاب والتبول مؤلمان جداً . وهنا يشاهد في القيح عدد كبير من المكورات البنية داخل الخلايا . إذا تبول المريض في كأسين يبدو الجزء الأول من البيلة عكر وحليبي لأنه يحوي القيح الإحليلي المطروح إلى الخارج بينما يبدو البول في الكأس الثاني رائقاً (اختبار الكأسين) ، إذا ، يبدأ سيلان الإحليل في مرحلة بدئية يتبعها مرحلة مزدهرة من تقيح شديد وأعراض شخصية شديدة . تستمر المرحلة الثانية عادة من ٢ - ٣ أسابيع يتبعها مرحلة تراجع تستمر من ٤ - ٦ أسابيع حيث ينقص النجيج ويصبح مائياً وعكراً راجع الشكل (٤ - ٢) .

التهاب الإحليل الأمامي السيلاني المزمن : تصبح المفرزات في هذه الحالة لزجة وذلك بين الأسبوع السادس والأسبوع السابع . لا يشكو المريض أثناء النهار من الأعراض . تظهر في الصباح فقط النقطة الصباحية الحاوية على المكورات البنية . يكون البول الصباحي صافياً لكنه بالحقيقة يحتوي على خيوط بيضاء تفرغ من الخبايا الإحليلية وتجرف خارجاً . تتألف هذه الخيوط من المخاط ، والظهارة ، وبعض الكريات البيضاء ؛ وقد تحتوي على عناصر ممرضة . يمكن أن تؤخذ هذه الخيوط من البول بواسطة عروة من البلاتين للفحص والتحري عن المكورات البنية (فحص مباشر وزرع) . يتوقف النجيج بشكل كامل في بعض الحالات النادرة أو يكون قد شفي السيلان عفوياً . هذا ومن المهم التفكير بأسباب أخرى لالتهاب الإحليل مثل المشعرة المهبلي ، والمفطورة Mycoplasma والتندثرة Chlamydia ، والمبيضة البيضاء وأيضاً الأخماج المختلطة راجع الشكل (٤ - ٢) .

المضاعفات Complications : غالباً ما تصاب غدد ليتريه Littre وجوبات مورغاني باكراً في مرحلة الخمج الشديد الفووعة . ويحدث أيضاً ارتشاحات ما حول الإحليل Periuethral Infiltration بحجم نواة الكرز وتكون مجاورة للإحليل . وتمتد إلى الجسم الكهفي . وغالباً ما تصاب الأفتية حول الإحليل أولاً ثم يتلوها خمج الإحليل .

إن التهاب الأوعية اللمفية السيلاني نادر الحدوث ويتجلى سريرياً بتصلب وانتباج الأوعية اللمفية الظهرية لجسم القضيب على شكل سبحة . كما أن التهاب غدد كوبر السيلاني نادر الحدوث أيضاً . ومن المضاعفات الأخرى ، يمكن حدوث خراج بحجم الكرز خلف الصفن على يمين أو يسار الخط

أية علاقة مع إصابة عضوية أخرى . يدل القذف المدمى غالباً على التهاب الحويصلات المنوية البنية في حال كشف المكورات البنية رغم أنه قد ينشأ من منطقة المعصرة .

إن التهاب الحويصلات المنوية السطحي السيلاني هو الأكثر مشاهدة وبخاصة في بدء المرض حيث تصاب فقط الظهارة ولا تتضخم الحويصلات في حين تكون الأعراض أشد في التهاب الحويصلات المنوية العميق الذي يشمل النسيج تحت المخاطية ويؤدي إلى تشكل خراجات كاذبة وقد يحدث انتهاب .

التهاب الريح السيلاني **G. Epididymitis** : يتساوى تواتر التهاب الريح السيلاني الوحيد الجانب أو الثنائي الجانب مع التهاب الموثة السيلاني . فإذا أصيبت القناة الدافقة يمتد الخمج إلى الحويصلات المنوية وإلى القسم الأول من الأسهر أيضاً لتصل إلى الريح مسببة التهاب الريح السيلاني . وفي ٥٥٪ من الحالات لا يحدث التهاب في الحبل المنوي .

قد تقتصر الإصابة في التهاب الريح السيلاني الحاد على الظهارة المغلفة لقناة الريح الدقيقة ولكنها قد تصل إلى النسيج الخلالي مؤدية إلى تشكل خراج .

يبدأ التهاب الريح الحاد فجأةً بألم مريح مع ترفع حروري ٣٩° - ٤٠° وعرواء ، وتعب شديد ، وارتفاع شديد في سرعة التثفل وكثرة العدلات في الدم ، يزداد التهاب لمدة يوم أو يومين ويتظاهر بمفرزات غزيرة وانتباخ في الغلالة الغمدية **Tunica Vaginalis Testis** للخصية قد يصل إلى أحجام كبيرة (أذرة مشاركة **Associated Hydrocele**) ويتطور في الحالات الشديدة إلى ورم التهابي مكوم **Conglomerate** يشمل الإحليل المريض والانصباب الغلالي مع وذمة في جلد الصفن . لا تصاب الخصيتان وتحافظان على حجمهما الطبيعي غير أنه لا يمكن جسهما بسبب الانتباخ المحيط بهما .

تصل الأعراض إلى ذروتها في اليوم الرابع أو الخامس . تحرب الحرارة العالية المكورات البنية وينقص نجيج الإحليل بشكل ملحوظ ، لكنه يزداد مرة أخرى عندما تنخفض الحرارة . تتراجع التظاهرات الشديدة ببطء خلال أسبوع ويصبح الورم الريحى أصغر حجماً غير أنه غالباً ما يبقى التهاب ثنائي يتجلى بكثرة صلبة مقببة تتوضع على الخصيتين . قد يكون التهاب الريح أحياناً مختلاً فلا يترافق بألم أو ترفع حروري .

يؤدي التهاب الريح السيلاني إلى التصاقات التهابية وبالتالي إلى عدم نفوذية القناة الريحية غير المعكوسة ، فتحدث قلة النطاف في حال الإصابة وحيدة الجانب ويحدث فقد النطاف والعقم في حال الإصابة الثنائية الجانب .

تحافظ الخصيتان على الوظيفة الصمائية وقدرة إنتاج النطاف .

كبير من الحالات ، وفي حالات أخرى تصاب فقط الأتية المنوية . وقد ينتشر الانتباخ إلى البارنشم الموتي ويخرجه . ولهذا أثره على الخصوبة كما هو الحال في انسداد الأتية الريحية . تحدث هذه الإصابة في بدء الأسبوع الثالث من المرض وقد تبقى مصابة في مرحلة السيلان المزمن .

التهاب الموثة السيلاني الحاد : تختلف الأعراض من حالة إلى أخرى وتزداد غالباً الأعراض البولية والألم الموضع في منطقة الأمعاء ويصبح التفرط مؤلماً . تكون الموثة في البدء غير متضخمة لدى المس الشرجي كما يكون شكلها وقوامها غير متبدلين . وعندما يزداد الانتباخ الالتهابي في الأتية المفرغة ينحس الإفراز وتنتج الغدة في جهة واحدة أو في الجهتين ويمكن الشعور بها في المس الشرجي . ونادراً ما يؤدي الانحباس إلى تشكل خراج موثي .

قد تشكل الخراجات في لمعة الغدة وهي بالتالي خراجات كاذبة قد تراجع أو تتطور لتشمل المجاورات وأيضاً الإحليل والموثة وما حولها . وتحدث تبدلات التهابية في البنية الغدية والنسيج الخلالي . يشتد الألم كثيراً عند الانتصاب والقذف والتبول ، فيحدث زحير حاد وبخاصة عند نهاية التبول ، وينتشر الألم إلى الظهر والفخذين ويحتاج المريض إلى الراحة في الفراش .

التهاب الموثة السيلاني المزمن : يصبح التهاب الموثة مزمناً بعد عدة أسابيع ، فيزداد الانتباخ وتنقص الأعراض الشخصية رغم استمرارية المرض مع العلم أن الشفاء العفوي ممكن الجذوث . ولجس الموثة يأخذ المريض وضعية السجود حيث يمكن الشعور باختلاف الحجم والقوام . تكون الموثة المريضة متضخمة أو عجيبة القوام وغالباً ما تكون في جهة واحدة . يجب تمسيد الموثة للحصول على السائل المقذوف حيث يمكن التحري عن المكورات البنية ، وفي حال غيابها يجب التحري المجهرى عن جراثيم أخرى أو إجراء الزرع أو تلقيح الحيوانات الخيرية عند الضرورة . إذ يشمل التشخيص التفريقي التهاب الموثة اللا سيلاني ومن بينها السل .

التهاب الحويصلات المنوية السيلاني **G. Seminal Vesiculitis** : إن ظاهرة العصي والمخاريط المطبقة للحويصلات المنوية أكثر استعداداً للإصابة بالمكورات البنية من الموثة وهي تصاب في ثلثي الحالات وباعتبار أنها تنتج القسم الأكبر من السائل المنوي فإن لتخرّب ظهارتها الأثر الكبير في إنقاص الخصوبة .

تشابه الأعراض عادة في التهاب الحويصلات المنوية والتهاب الموثة والتهاب الإحليل الخلقي . فهناك الرغبة في التبول ، وحتى من الممكن الاحتباس البولي ، والقذف المؤلم والشعور بوجود كتلة في المستقيم مع زحير وألم ينتشر إلى الظهر والفخذين دون

وبخاصة عندما تكون الغدة غير متضخمة . أما في حال التهاب الموثة الحاد المترافق بانتاج شديد فلا ينصح بالتقسيد لئلا تنتشر الإصابة . وأخيراً تجس الحويصلات المنوية ، وتكشف المكورات البنية في الحيوط القيقية المنتشرة في البول كما تكشف بفحص وزرع المني الطازج بعد القذف مباشرة وذلك مهم جداً لأن السيلان المزمن قد يكون لا عرضياً في ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات . يجب استقصاء المستقيم عند الجنوسيين وإتباع نفس الاستقصاءات لإثبات الشفاء .

الداء السيلاني خارج أعضاء التناسل : Extragenital Gonorrheal Disease

يحدث السيلان خارج أعضاء التناسل بشكل بدئي أو ثانوي . ويكون الشكل البدئي نادراً كما هو الحال في التهاب الملتحمة السيلاني عند الوليد والسيلان البدئي المستقيمي أو البلعومي . أما الشكل الثانوي فيحدث من خلال الانتقال خارج التناسل (Extragenital) السيلان المستقيمي والتهاب الملتحمة السيلاني () ، أو من خلال الانتشار الجرثومي الدموي والذي يعتبر من المضاعفات البعيدة للسيلان . قد يؤدي التهاب الملتحمة بالمكورات البنية والتهاب المفاصل والتهاب الشغاف إلى العمى ، والتصاق المفاصل ، والإلتان وهي من المضاعفات السيئة والمفجعة .

السيلان المستقيمي Rectal Gonorrhea :

يحدث السيلان المستقيمي البدئي عند الجنوسيين والسيلان المستقيمي الثانوي هو المضاعفة الأكثر مشاهدة . وهو نادر عند الرجال . بينما يشاهد عند ٥٠٪ من المصابات بالسيلان التناسلي . تكون الأعراض في السيلان المستقيمي غير واضحة . يشكو المريض أحياناً من حكة ناجمة عن التهاب الشرج الخفيف الذي يبدو محمراً وغير مترافق بنضحة . بينما يبدو الغشاء المخاطي للمستقيم لدى الفحص بالنظار محمراً ومتنبجاً بوضوح مع قيح . تؤخذ عينة للفحص المجهرى والزرع بواسطة حامل قطن مبلل بالماء الفيزيولوجي أو بواسطة الغسل المستقيمي عن طريق منظار ذو جريان راجع Return - Flow Catheter .

يستمر السيلان المستقيمي بشكل عام مدة قصيرة ؛ والقاعدة هي الشفاء العفوي . وبسبب قلة الأعراض فكثيراً ما يغفل تشخيصه ومع ذلك فهذه الإصابة هامة لأنها قد تؤدي إلى عودة الخمج وتكون منبعاً للعدوى .

السيلان الفموي البلعومي : Oropharyngeal Gonorrhea

يشاهد خمج مخاطية البلعوم واللسان في ٥ - ٢٥٪ من الحالات بعد اتصال فموي تناسلي مع أشخاص مخموجين ،

التشخيص التفريقي : قد يحدث التهاب البرنج الحاد بعوامل ممرضة أخرى غير المكورات البنية كالعنقوديات وزمر الإشريكية الكولونية الممرضة ، والمفطورات والمتدثرات ، والتدرون الذي يؤدي إلى التهاب البرنج من النمط الارتشاحي والعقيدي ، والتيفوس ، وداء البروسيلات ، والأنفلونزا ، والحماة الراشحة ، ولمعرفة طبيعة الإصابة يجب إجراء الفحص الجرثومي للطلاخة الإحليلية أو مفرزات الموثة أو سائل الدفق ؛ كما يجب إجراء الاختبارات المصلية .

تشخيص السيلان البني عند الرجال :

يتأكد تشخيص السيلان بكشف العامل الممرض . وتشمل شروط التشخيص قصة مرضية مناسبة ، واستقصاء سريري مع فحص موضعي كامل وأخذ عينة بشكل صحيح للتحرري الجرثومي .

الفحص الموضعي Local Inspection : يجب استقصاء المناطق التناسلية والعجانية باهتمام ، وجس العقد المغبنية والبحث عن أي طفح ظاهر أو باطن . ويجب نفي الأمراض الأخرى المتنقلة بالجنس كالإفريقي والخمج بالحمة الإنسانية لعوز المناعة HIV . وينبغي إجراء فحص مصل ثنائي للإفريقي بعد ٤ - ٦ أسابيع .

تشخيص السيلان البني الموضعي : يجب أخذ عينة لكشف المكورات البنية من كل مكان مصاب على حدة . تؤخذ أولاً لطاخة من الإحليل ، ومن الأقنية حول الإحليل إذا كان ذلك ضرورياً . كما يجب استقصاء البؤر الأخرى سريرياً والحصول على المفرزات بعد العصر أو القذف .

الطلاخة الإحليلية Urethral Smear : يمنع المريض من التبول عدة ساعات قبل أخذ العينة لكي لا يغسل الإحليل بالبول . وأحسن وقت لإجراء الفحص هو قبل التبول الصباحي . تكشف الحشفة بإبعاد القلفة وتنظف فوهة الإحليل ويمسّد من الخلف إلى الأمام . ثم تؤخذ المفرزات أو القيح الذي ظهر من فوهة الإحليل بواسطة عروة من البلاتين وتمد على صفيحة وعلى وسط زرع . وقد يمنع تضيق القلفة أخذ العينة .

استقصاء الأقنية المصابة حول الإحليل : تكشف المكورات البنية في المواد المعصورة من الأقنية .

اختبار كأس التبول Two Glass Urine Test : يدل على إصابة الإحليل الخلقي إذا كان البول في الكأس الثاني غيمياً ولنفي التغميم الناجم عن الفوسفات يعرض البول للحرارة حيث يزول التغميم في مثل هذه الحالة .

اللمس Palpation : يجب جس البرنج والحبل المنوي ثم الموثة حيث تمسّد للحصول على المفرزات للاستقصاء المجهرى

وهو غالباً لا عرضي ، قد يحصل احمرار وانتاج في المخاطية مع عمر بلع خفيف ، وفي حال الشك بالسليلان يجب إجراء مسحة بلعومية أو لسانية للفحص الجرثومي والزرع لتأكيد التشخيص .

السيان العيني Ophthalmoblennorrhea :

إن التهاب المتحممة السيلاني هو واحد من الإصابات السيلانية السيئة العقابيل خارج المنطقة التناسلية . وأكثر من نصف المصابين بالعمى فيما مضى كان بسبب الإصابة العينية بالسيلان ولذلك فقد صدر في ألمانيا عام ١٨٨٤ قانون يلزم تقطير عيني الوليد بمحلول ١٪ من نترات الفضة للوقاية . أما الآن فتقطر الصادات الحيوية وبذلك تحققت الوقاية التامة من العمى السيلاني .

: G. Monoarthritis

السيلان العيني عند الوليد : إن السيلان العيني عند الوليد أكثر حدوثاً وسيره أقل شدة عما هو عليه عند الكهول . تبدأ الإصابة العينية بعد ١ - ٥ أيام من ولادة طبيعية من أم مصابة بالسيلان . وقليلًا ما يحدث انتقال يدوي للمكورات البنية إلى العين من المناطق التناسلية . وعادة ما تصاب عين واحدة في بادئ الأمر ، وتستمر العين الثانية دون تأخير بضاد خاص

Watch – glass Derssing توخياً للوقاية .

الموجودات السريرية : تبدأ الأعراض بدماع ورهاب الضوء ومفرزات مخاطية وجلبّ Crusts على الأهداب ويزداد تقيع الأحفان وانتباهاها . يصل الارتشاح إلى أقصى شدته في اليوم الرابع . تكون المتحممة الجفنية شاحبة بسبب وذمة الجفن الشديدة في حين تكون إصابة المتحممة البصلية بسيطة . يتطور المرض إلى مرحلة التقيع الشديد وبعد ذلك تراجع الأعراض ببطء وتتحول إلى حالة نزلية . وأخيراً يحدث الشفاء بعد ستة أسابيع عادة . تتجلى خطورة التهاب المتحممة البني بإصابة القرنية (٢٥٪ من الحالات تقريباً) حيث ترتشح طبقات القرنية وتتخرب ظهارتها وتحدث قرحة يمكن أن تترك ندبة أو ثقباً مما يؤدي إلى التهاب باطن العين وبالتالي فقدانها .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن الحمى الرثوية (الرثية المفصالية الحادة) . يعتمد التشخيص على قصة إصابة سابقة بالداء السيلاني والبدا الفجائي لالتهاب المفصل وتحدد الإصابة في مفصل واحد .

المضاعفات الإنتانية Septic Complications : يحدث التهاب الملتحمة أحياناً عن طريق الدم ، ويكون سيره خفيفاً حيث يحدث التهاب ملتحمة مع ارتشاح تنحي وانتباج ولكن دون تقيح ، ويتعذر كشف المكورات البنية . يحدث هذا الشكل من

الصفاق الهامشي بالتصاقات أشبه ما تكون بأوتار الكمان Violin String . يمكن كشف المكورات البنية في اللطاخة المأخوذة من عنق الرحم ومن الجوف الصفافي .

معالجة السيلان :

حتى عام ١٩٧٦ كان البنسلين يعتبر الدواء النوعي لعلاج السيلان ، حيث غالباً ما كان يشفي الداء إذا أعطي بمقدار كاف . وكان مانع الاستعمال Contraindication الوحيد له هو الأرج المشخص أو المشكوك به . ومنذ عام ١٩٧٦ تم اكتشاف زمر مقاومة للبنسلين (تنتج اللاكتاماز - بيتا B Lactamase -) في الشرق الأقصى أولاً ثم في الولايات المتحدة الأمريكية وفي بعض الحالات الإفرادية في أوروبا . وما زال عددها بازدياد . وفي مثل هذه الحال يكون البنسلين غير مفيد حتى بالمقادير الكبيرة منه . وما زال للبنسلين قيمته العلاجية في عدة مناطق من أوروبا . وعلى أية حال يجب متابعة الشريك الجنسي بشكل خاص وبدون استثناء .

المعالجة المعيارية للسيلان غير المضاعف

Standard Treatment of Uncomplicated Gonorrhea

إن المعالجة القياسية للسيلان غير المضاعف هي زرقه عضلية واحدة من ٤,٨ X ٦١٠ وحدة دولية من البنسلين المائي ج - بروكاين G. Procaine مع بروبنسيد Probencid ١ غ عن طريق الفم كي يمنع انطراح البنسلين عن طريق الأنابيب الكلوية وينتج عن ذلك تركيز عالٍ له في الدم . إن نسبة فشل هذه المعالجة هي ٢٪ .

والخيار الآخر للمعالجة هو استعمال جرعة واحدة عن طريق الفم من الأميسلين ٣,٥ غ أو الأموكسيسيلين ٣ غ مع ١ غ بروبنسيد ، وإن نسبة فشل هذه المعالجة تبلغ ١٠٪ - ٥٪ .

وبما أن الداء يترافق بجمع المتدثرات الحفرية Chlamydia Trachomatis عند ٤٥٪ من النساء و ٢٥٪ من الرجال المصابين بالسيلان فلا تفيد معالجات الجرعة الوحيدة في هذا الخمج المرافق ؛ لذا يجب إعطاء الدوكسيسيكليين أو التراسيكلينات الأخرى لمدة أسبوع لإزالة أي خمج بالمتدثرات المرافقة للسيلان .

مقاومة وأرج البنسلين Penicillin Resistance or Allergy : يعطى السبيكتينومايسين ٢ غ زرقاً عضلياً إذا كان يعرف أو يشك بأرج البنسلين ، أو إذا كان ثمة أي استعداد للتفاعلات الأرجية (شرى ، ربو قصبي ...) أو إذا كان هناك زمر جرثومية مقاومة للبنسلين . (وقد ورد حدوث مقاومة له

التهاب شغاف القلب والإنتان بالمكورات البنية Gonococcal Endocarditis and Gonococcal Sepsis :

إن الدسامات القلبية مكان مناسب لتوضع المكورات البنية التي تصلها عن طريق الدم في التهاب الموتة البرنشي والمحفقات . وقد وصفت أشكال مختلفة تتراوح بين التهاب شغاف بسيط يشفى بدون عقابيل وبين التهاب شديد ونهاية مفاجئة . يشخص التهاب الشغاف السيلاني إذا ظهر بعد إصابة تناسلية بولية مع غياب الأسباب الأخرى لالتهاب الشغاف . ويمكن في بعض الحالات كشف المكورات البنية من عينة دموية مأخوذة أثناء الترفع الحروري . (راجع الشكل ٤ - ٤) .

لقد أصبح الخمج المنتشر بالمكورات البنية أكثر حدوثاً ، ويستدل على وجوده بالعلامات الثلاثة الآتية :

- هجمات متقطعة من الحمى .
- ألم مفصلي هاجر .
- تظاهرات جلدية .

تكون التبدلات الجلدية منعزلة ، مبعثرة ، خفيفة ، تأخذ شكل حطاطات النهائية تشبه لدغة البرغوث أو فقاعات أو بثرات نزفية . وغالباً ما تشاهد في الأطراف وبخاصة في اليدين . إن ٨٥٪ من المرضى عادة نساء مصابات بالداء السيلاني اللاعراضي غير المشخص . يثبت التشخيص بفحص المناطق التناسلية وكشف المكورات البنية بالزرع ونادراً ما تنجح بعزلها من الآفات الجلدية . بينما يمكن كشفها في الدم بنسبة ٢٠٪ من الحالات .

ييدي التشريح المرضي الجلدي التهاب أوعية كاسر للكريات البيض في الأدمة العلوية . ويتصف بانتياج جدر الأوعية مع تنكس فيبريني ورشاحة غزيرة من العدلات داخل الأوعية وخارجها مع تكسر الكريات البيض Leukocytoclasia وخثرات مجهرية وتسرب الكريات الحمر خارج الأوعية . يشمل الأمراض تفعيل المتمة خلال الطريق المتناوب بواسطة ذيفان المكورات البنية المؤلف من عديدات السكاريد الشحمية . وقد ييدي الفحص التألقي المناعي المباشر للخزعة الجلدية التهاب أوعية ومكورات بنية .

التهاب ما حول الكبد السيلاني الحاد (متلازمة فريتز - هغ - كورتز Fritz - Hugh - Curtis) :

يحدث هذا الداء عند النساء خلال هجرة المكورات البنية من أنابيب فالوب إلى الجوف الصفافي . تتألف الأعراض من ألم في المراق الأيمن ينتشر إلى الكتف الأيمن ويزداد بالتنفس والسعال والحركة ومن ترفع حروري وصداع وغثيان . يحدث ارتفاع الترانس أميناز في ثلث الحالات . يكون الكبد متضخماً بشدة ومؤلماً بالضغط ، ويبدو في تنظير البطن ملتصقاً مع

أيضاً). ومعدل فشل هذه المعالجة ١ - ٢٪. كما يمكن استعمال السيفالوسبورينات الحديثة Cephalosporins مثل السيفترياكسون ٠,٢٥ غ أو السيفوتاكسيم بمقدار ٠,٥ غ زرقاً عضلياً. وإن نسبة فشل هذه المعالجة هي ١٪.

الصادات الأخرى Other Antibiotics :

التتراسكلين : لم يعد ينصح باستعمال الجرعة الوحيدة من التتراسكلين عن طريق الفم بسبب ضعف فائدتها العلاجية . وقد استبدلت بالطرق التالية :

- تتراسكلين هيدروكلورايد أو أوكسي تتراسكلين ٠,٥٠ غ كل ٦ ساعات لمدة أسبوع والجرعة الكاملة ١٤ غ .
- دوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة لمدة أسبوع والجرعة كاملة ١,٤ غ .
- مينوسايكلين MInocycline ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة لمدة أسبوع والجرعة الكاملة ١,٤ غ .

هذا وإن معدل فشل هذه الطرق أعلى بكثير من معدل المعالجة بالبنسلين أو السبيكتومايسين Spectomycin .

تيامفينيكول Thiamphenicol : يعطي هذا العلاج معدل شفاء ٩٨٪ باستعمال جرعة واحدة عن طريق الفم بمقدار ٢,٥ غ . ولم يلاحظ اعتلال النقي الشامل الخفيف واللا عكوس الذي يعقب المعالجة بالكلورامفينيكول باستعمال هذا المشتق .

سيفترياكسون Ceftriaxone : فعال جداً في معالجة الزمر المقاومة للبنسلين . وقد يعطى بمقادير صغيرة (٢٥٠ ملغ جرعة واحدة) زرقاً عضلياً . وهو فعال أيضاً ضد الإفرنجي بمرحلة الحضانة ، لكنه مثل الصادات الأخرى المستعملة بجرعة واحدة فهو لا يفيد في معالجة الخمج بالمتدثرات .

معالجة السيلان المستقيمي والبلعومي : يفيد السيفترياكسون في علاج هذه الحالة ولا يستطع استعمال السبيكتومايسين .

معالجة السيلان أثناء الحمل : يجب معالجة النساء الحوامل بالسيفترياكسون أو السبيكتومايسين . ولمعالجة الخمج بالمتدثرات المرافق للسيلان يعطى الإريترومايسين ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة أسبوع .

الدليل الأمريكي لمعالجة الأمراض المنقولة بالجنس US STD Treatment Guidelines : ينصح الدليل الأمريكي لعام ١٩٨٥ لمعالجة الأمراض المنقولة بالجنس باستعمال طريقة الجرعة الواحدة في التهاب الإحليل وعنق الرحم والمستقيم السيلاني غير المضاعف . يعطى أموكسيسيللين ٣ غ أو

أميسيللين ٣,٥ غ عن طريق الفم ، أو بروكاثين بنسلين ج المائي ٤,٨ X ١١٠ وحدة زرقاً عضلياً . ترقى هذه المعالجات مع ١ غ بروينييسيد عن طريق الفم . أو السيفترياكسون ٢٥٠ ملغ زرقاً عضلياً . وبسبب كثرة تراكب الخمج بالمتدثرات مع الخمج بالمكورات البنية يضاف إلى المعالجة التتراسكلين هيدروكلورايد ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة سبعة أيام عن طريق الفم ، أو الدوكسيسكلين ١٠٠ ملغ مرتان يومياً لمدة سبعة أيام عن طريق الفم أيضاً . وللمرضى الذين لديهم مضاد استطباب (مانع استعمال) للتتراسكلين يعطى الإريترومايسين ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً ولمدة سبعة أيام عن طريق الفم ، يجب معالجة الجنوسيين الذين يشكون من التهاب المستقيم السيلاني بالسيفترياكسون ٢٥٠ ملغ زرقاً عضلياً أو البروكاثين بنسلين ج المائي ٤,٨ X ١١٠ وحدة زرقاً عضلياً أيضاً مع ١ غ بروينييسيد أو بالسبيكتومايسين في حال الأرج بالبنسلين .

معالجة السيلان المزمن غير المضاعف :

يجب أن تستمر المعالجة من ٣ إلى ٥ أيام على الأقل بإعطاء البنسلين ج بروكاثين (٤ X ١١٠ وحدة على الأقل) زرقاً عضلياً مشاركاً مع البرونييسيد ١ غ عن طريق الفم . أو إعطاء السبيكتومايسين حتى تغييب التظاهرات السريرية والمخبرية .

معالجة السيلان المضاعف (المختلط) :

المعالجة المرضية : تستعمل الضمادات الرطبة القائلة للجراثيم أو الحمامات أو الأصبغة (بنفسجية الجانسيان) في معالجة التهاب الفرج الشديد أو التهاب الحشفة . ويجب إدخال المريض إلى المستشفى وإبقائه في الفراش والسيطرة على التظاهرات الإلتائية إذا حدثت .

المعالجة الجهازية : من الضروري زرق البنسلين بالعضل يومياً أو تسريه باستمرار عبر الوريد (حتى ٢٠ مليون وحدة يومياً) ولمدة عدة أيام . وقد تستمر المعالجة ١٠ - ١٤ يوماً حسب التظاهرات المرضية (ينصح باستشارة طبيب الأمراض النسائية في حال التهاب الملحقات وطبيب الأمراض البولية في حال التهاب البربخ) .

وإلى جانب الصادات تعطى الستيروئيدات بمقدار ٦٠ - ٨٠ ملغ يومياً من الريدنيزولون أو ما يعادله من الستيروئيدات الأخرى و/أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية خاصة في المرحلة الحادة . إذ أن هذه الأدوية تنقص التظاهرات الالتهابية وخطر حدوث الالتصاقات ، وبالتالي تنقص إمكانية حدوث العقم الثانوي . ينصح باستعمال حمالة للخصيتين ، كما تعطى المعالجات العرضية

لتخفيف الألم والزعير والتظاهرات الجلدية الموضعية والتي تدعم المعالجة السببية .

فحص المتابعة وتأكد الشفاء Follow - Up : Examination and Confirmation of Cure

لا يعتمد على الشعور الشخصي للمرضى بعد المعالجة في تحديد شفاء السيلان ، بل يجب متابعة المريض من قبل الطبيب . ويتم الاتصال الجنسي حتى تمام الشفاء . ومن

الضروري إجراء فحص مجهري للطاخة ملونة وإجراء الزرع . إذا كان ذلك ممكناً . يجب الاستقصاء والمتابعة عند الرجال على الأقل مرة بعد ٣ - ٧ أيام من انتهاء المعالجة ، أما عند النساء فينبغي الاستقصاء والمتابعة في اليوم السابع من انتهاء المعالجة . ومباشرة بعد الدورة الشهرية التالية .

بعد شفاء السيلان تغيب العدلات من اللطاخة ويغلب وجود الخلايا الظهارية ، وإلى جانب ذلك يوجد فقط جراثيم غير ممرضة وكثير من المخاط . (راجع الجدول ٤ - ١) .

الجدول ٤ - ١ : نتائج فحص اللطاخات في السيلان

طور المرض	الكريات البيض	الخلايا الظهارية	المخاط	نيت المهبلي الطبيعي	المكورات البنية
				داخل الخلايا	خارج الخلايا
البدئية	±	++	+	+	±
المزدهرة	++++	±	-	-	+++
في التراجع	++	++	+	-	±
الهمود	++	++++	++	±	-
قبل الشفاء النهائي	-	+++	++	+	-

الفحص الموضعي : يجب استقصاء الإحليل والغدد الملحقة . يجري استقصاء الموثة ، والحويصلات المنوية والبربخ عند الرجل ، وتستقصى غدد بارتولين والملحقات عند المرأة لأنه قد يستمر وجود المكورات البنية في الردوب الصغيرة للأغشية المخاطية أو الغدة . ويمكن الحصول على العينات من هذه المناطق بالعصر اليدوي .

تعود المكورات البنية إلى الظهور بعد ٤ - ٥ أيام إذا كان الشفاء غير تام ، وعلى نحو استثنائي قد تظهر بعد ١٠ - ١٢ يوماً أو أكثر حتى بعد عشرين يوماً وتحدث تظاهرات التهابية من جديد . لذا فإن المتابعة اللاحقة ضرورية .

التحريض (التخريش) Provocation : كان التحريض ضرورياً قبل زمن البنسلين غير أنه الآن ترك بشكل نهائي . يمكن إجراء اختبار التحريض (التخريش) الموضعي الكيميائي في الحالات المشكوك بها . ويشمل هذا الاختبار على وضع قطعة من القطن مبللة بمحلول لوغول اليودي داخل الرحم أو عنق الرحم (جزء واحد من المحلول + سبع أجزاء ماء مقطر) . يجري استقصاء المتابعة أثناء الطمث لأنه يمثل تحريضاً حيويًا قوياً عند المرأة .

الكشف عن الإفرنجي Examination for Syphilis : يجب

إجراء الفحص السريري والمصلي للبحث عن الإفرنجي المرافق عند جميع المرضى المصابين بالسيلان . لأنه إذا حدثت الإصاباتن سوية فلا تظهر العلامات السريرية والتخيرية للإفرنجي في بدء السيلان الحاد بسبب طول مدة الحضانة . لذا يجب إعادة الفحص السريري والتخيري بعد أربعة أسابيع على الأقل لنفي الإصابة بالإفرنجي . كما يجب أيضاً إجراء اختبار الحمج بالحمية الإنسانية بعوز للمناعة HIV ، وبعاد الفحص بعد ثلاثة وستة أشهر .

يشفى الإفرنجي في مرحلة الحضانة عندما يعالج السيلان بالبنسلين في حين يكون السبكتينومايسين غير فعال في الإفرنجي .

فشل المعالجة : إن عودة تظاهرات السيلان بعد فترة غياب الأعراض أو العثور على المكورات البنية في اختبار المراقبة توحى بالاحتمالات التالية :

- المقاومة للصادات (وخاصة في المعالجة بالبنسلين) .
- مقدار الدواء في الدم والنسج غير كافٍ (بسبب قلة المقدار أو سوء الامتصاص) .
- عودة الحمج من خلال الشريك غير المعالج أو تغيير الشريك .

وفي هذه الحالات يجب إجراء الزرع الجرثومي أو اختبارات إضافية لحساسية الجراثيم . تشمل اختبار النيتروسيفين Nitrocefin لكشف اللاكتاماز - بيتا Lactamase - B . (السيلان من الأمراض التي يجب التبليغ عنها) .

التهاب الإحليل التالي للسيلان Postgonococcal Urethritis (PGU) :

المرادفات : التزلة التالية للسيلان Postgonorrheal Catarrh .

غالباً ما يسبب السيلان الشافي تحريضاً في الغشاء المخاطي يؤدي إلى مفرزات مستمرة في الإحليل لبضعة أسابيع ، ويقدم البيئة المناسبة للاستعمار الثانوي من الأحياء المجهرية وبخاصة المفطورات والمتدثرات ، مع أن حدوث الخمج البدئي بالمكورات البنية والمتدثرات معاً كثير المشاهدة .

تسبب المعالجة غير النوعية وبخاصة المطهرات الموضعية والرضوح الآلية أذية الغشاء المخاطي محدثة حلقة مفرغة مع أعراض مستمرة . ومن الضروري إجراء الاختبارات المجهرية والزرع للمريض والشريك الجنسي لنفي عودة الخمج بالمكورات البنية أو عوامل ممرضة أخرى .

من المهم أن يبدى الطبيب اهتماماً بنفسية المريض ويشرح له جيداً مرضه . إذ يظن المريض أنه لم يشف من السيلان في حين يكون مصاباً بالتهاب الإحليل التالي للسيلان . كما يجب أن ينصح بالامتناع عن جميع منابتات Manipulation القضيب وبخاصة عصره لمعرفة وجود مفرزات إحصلية أو غيابها .

التشخيص : يتبع في وضع التشخيص نفس الطرق التي تجرى في التهابات الإحليل اللا سيلانية .

المعالجة : يُنصح باستعمال التتراسكلين أو الأريثروميسين بمقدار ٥٠٠ غ أربع مرات يومياً عن طريق الفم ولمدة ٧ - ١٤ يوماً . وإذا دعت الضرورة يمكن إشراك المعالجة بالأدوية المضادة للالتهاب (كالأسبرين) وفي حالات خاصة قد نلجأ لإشراك الستيروئيدات عن طريق الفم .

التهابات الإحليل اللا سيلانية Nongonococcal Urethritis :

المرادفات : التهابات الإحليل اللا نوعية .

يمكن أن يحدث التهاب الإحليل الحاد أو المزمن ليس فقط بالمكورات البنية بل بأحياء مجهرية . ومن الشائع أن تتشارك مع بعضها في إحداث الخمج .

التهاب الإحليل بالمفطورات Mycoplasma Urethritis :

المفطورات أحياء مجهرية سلبية الغرام ، غير متحركة ، وغير

مشكلة للأبواغ ويبلغ قذها حوالي ١٠٠ - ٤٠٠ نانومتر ، وليس لها جدار خلوي صلب على غرار الجراثيم ذوات الشكل L المولدة تجريبياً . تجتاز مراحح الجراثيم لكنها تنمو على أوساط زرعية خاصة بعكس الحماح الراشحة . ويمكن بالزرع على أوساط غذائية خاصة التمييز بين المفطورات المجزئة للبول والمفطورات غير المجزئة للبول . يبدو أن مصورة البول الحالة للبول Ureaplasma Urealyticum والمفطورة الإنسانية والمفطورة التناسلية ، يبدو أنها تتحد مع بعضها لإظهار التهاب الإحليل مع أنها قد تشاهد في الإحليل غير الملتهب .

يكتسب التهاب الإحليل بالمفطورات أهمية خاصة عندما يشكو المريض من مفرزات بيضاء مصلية والتي تسمى البيلة البيضاء العقيمة ويكون باهأ PH البول حامضي . قد يشكو المريض في الخمج المنتشر (التهاب الإحليل والموتة ، التهاب الملتحقات ، ضخامة العقد الناحية) من علامات عامة كالترفع الحروري وارتفاع سرعة التثفل وكثرة الكريات البيض . (راجع الشكل ٤ - ٥) .

التشخيص : يتم كشف المفطورات بطرق زرعية خاصة فقط أو بتحديد مضادات الأجسام المصلية بحيث يعتبر عيار $\frac{1}{16}$ إيجابياً . ولا يدل الاختبار المصلي السلبي على عدم وجود المفطورات كسبب للداء نظراً للفعالية المستضدية المحدودة للمفطورات . ويجب إعادة الاختبارات المصلية عدة مرات . هذا مع العلم أن اعتبار المفطورات كسبب في التهاب الإحليل عند الرجل خاصة ما زال موضع جدل . فقد تمثل المفطورات اختلاطاً مرافقاً للخمج في الأشكال الأخرى لالتهاب الإحليل ، ويمكن كشفها أيضاً في المجرى البولي التناسلي عند ٧٪ من الشباب الأصحاء . (راجع الشكل ٤ - ٦) .

المعالجة : ينصح باستعمال التتراسكلين بمقدار ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً ولمدة ١٤ يوماً ، أو ١٠٠ ملغ دوكسي سيكلين مرتان يومياً ولمدة ١٤ يوماً ، أو ١٠٠ ملغ مينو سيكلين مرتان يومياً ولمدة ١٤ يوماً ، ويعطى في حال التهاب الإحليل الناجم عن اليوريا بلا سمايوراليتيكوم Ureaplasma Urealyticum الأريثروميسين بمقدار ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً . إذ أن هذه الزمر المقاومة للتتراسكلين كثيرة المشاهدة الآن غير أن مقاومتها للإريثروميسين نادرة جداً .

التهاب الإحليل بالمتدثرات Chlamydia Urethritis :

تسبب المتدثرات الحثرية التهاب الإحليل اللا نوعي في ٥٠٪ من الحالات . وهي جراثيم تحتاج لخلايا حية للزرع . قد تكون السبب الأساسي لالتهاب الإحليل المزمن أو قد تكون مرافقة

البيض) . ويجب معالجة الشريك أيضاً . (راجع الشكل ٤ - ٧) .

التهاب الإحليل الناجم عن الجراثيم العنينة والفيونيل U. due to Acinetobacter and Veillonella :

قد يحدث التهاب الإحليل بهذه الجراثيم ومن النادر كشفها بالزرع . تعالج بالتتراسكلين بالمقادير التي ذكرت سابقاً لمدة أسبوع إلى أربعة أسابيع .

التهاب الإحليل بالعنقوديات والعقديات والإشريكيات القولونية Staphylococcal, Streptococcal, and E. Coli Urethritis :

قد يحدث التهاب الإحليل بعدد كبير من الزمر الجرثومية لكن أغلبها يحدث بالعنقوديات التي يصعب تفريقها عن المكورات البنية بالفحص المجهرى بعد تلويها بزرقة المتيلين ، لأن العدلات تبلمع كلاً منهما . قد تأخذ العنقوديات شكل المكورات المزدوجة لكنها تكون أكبر وتتلون بشدة أكثر . وقد تشاهد مفردة بينما المكورات البنية غالباً ما تكون مزدوجة . تكون المكورات البنية سلبية الغرام بينما تكون العنقوديات إيجابية الغرام . قد يحدث التهاب الإحليل بالعقديات وبخاصة المكورات المعوية ، ومن النادر أن يحدث بالإشريكية القولونية التي تسبب غالباً التهاباً في المثانة أو البروستات أو البربخ . كما قد تسبب خمجاً صاعداً مؤدياً إلى التهاب الحويضة والكلوة . يعالج هذا الالتهاب بالصادات تبعاً لتحسس العامل الممرض الخاص .

التهاب الإحليل بالمبيضات Candida Urethritis :

تساعد المبيضات البيض في استمرارية التهاب الإحليل المزمن وخاصة بشكل ثانوي عندما يكون هناك أذية في الظهارة أو يكون هناك عوامل مهيئة (كتنقص المناعة أو الداء السكري) . وقد يحدث التهاب الإحليل بالمبيضات بالطريق الصاعد من التهاب الحشفة أو التهاب الفرج والمهبل . يوضع التشخيص بزرع المفرزات والبول وحتى البراز .

المعالجة : يعطى الكيتوكونازول بمقدار ٢٠٠ ملغ يومياً أو يعطى الإيتراكونازول Itraconazole عن طريق الفم ولمدة ٥ - ٧ أيام على الأقل . يجب أخذ الحذر من التأثيرات الجانبية الكبدية في بعض الحالات .

التهاب الإحليل بحمة الحلأ البسيط

Herpes Simplex Virus Urethritis :

قد يسبب حمة الحلأ البسيط التهاب الإحليل (التهاب الإحليلي الحلئي) وقد يكون مترافقاً مع اندفاعات الحلأ البسيط على الأعضاء التناسلية الخارجية ومن الصعب معالجة الحلأ البسيط .

لأنحاج أخرى في الإحليل (وبخاصة السيلان) . ولقد وصف العالمان هالبر ستادتر Halberstädter وفون بروازك Von Prowazek عام ١٩٠٧ التهاب الإحليل باسم السيلان المشتغل بسبب مشاهدة المشتغلات مجهرياً في الخلايا الظهارية المؤوفة بالعامل الممرض بعد تلويها بالغيمازا Giemsa . تستمر فترة الحضانة من أربعة أيام إلى شهر ويقتصر الالتهاب غالباً على الإحليل الأمامي .

التشخيص : يمكن كشف المتدثرات في اللطاخة الإحليلية . بعد استعمال الأضداد الوحيدة النسيلة والمجهر التآلقي . ويعتمد الإثبات النهائي لخمج المتدثرات على زرعها على خلايا ماكوي Macoy في مخابر مختصة وإظهارها بعد التلوين باليود أو بالغيمازا أو استعمال الأضداد الوحيدة النسيلة الموسومة بالفلوريسئين .

المعالجة : يعطى التتراسكلين هيدروكلورايد بمقدار ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً عن طريق الفم ، أو الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ مرتان يومياً عن طريق الفم أيضاً . أو الإريثرومايسين بمقدار ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً وتعطى جميع هذه العلاجات لمدة سبعة أيام . كما تفيد السولفاميدات بهذا الصدد .

التهاب الإحليل بالمشعرات

Trichomonas Urethritis :

تشاهد المشعرات المهبلية من زمرة السوطيات في المفرزات المهبلية . وهي من العوامل المحرصة في التهاب المهبل . يمكن للعامل الممرض أن ينتقل خلال الجماع ويسبب التهاب إحليل مزمن . وتكون الأعراض خفيفة نسبياً مع نجيج مصلي . يمكن إظهار العامل الممرض في لطاخة طازجة من مفرزات الإحليل أو من الأفضل في الراسب البولي . تخرج المادة المأخوذة للفحص بنقطة من محلول فيزيولوجي ملحي على صفيحة زجاجية وتستر بساترة وتفحص مباشرة بتكبير ٤٠٠ في ضوء خافت باستعمال الساحة المظلمة أو المجهر مضاد الأطوار . يمكن كشف السوطيات المتحركة الحية في المحضّر بسهولة ، كما يمكن زرع المستعمرات المهبلية في وسط مناسب (Feinberg - Wittington medium) .

المعالجة : يعطى الميترونيدازول بمقدار ٢٥٠ ملغ ثلاث مرات يومياً ولمدة أسبوع . وينصح أيضاً بجرعة فموية ١ غ من الميترونيدازول مرتين يومياً في اليوم الأول ، ثم ٠,٥ غ في صباح اليوم الثاني . كما يعطى بجرعة علاجية وحيدة فموية مقدارها ٢ غ فموي . وقد تحدث مقاومة على الميترونيدازول . يمنع استعمال هذا الدواء أثناء الحمل . قد يستعمل الأورنيديازول Ornidazol أو التينيدازول Tinidazol أو النيفيراتيل Nifuratel وخاصة في الخمج المتعدد (الجرثومي ، المبيضات

يمكن لحلمات أخرى أن تستعمر الإحليل بشكل آني وتحدث التهاب الإحليل كالحمة المضخمة للخلايا . وقد وصف التهاب الإحليل في الحماق والحصبة الألمانية والوقس *Vaccinia* .

التهاب الإحليل الرضحي *Traumatic Urethritis* :

قد يحدث الرضح الآلي أو الكيميائي التهاب الإحليل كالقشطرة والأدوات المستعملة طبياً وإدخال الأدوية والمقومات . كما يجب التفكير في المناقلة من قبل المريض والاستمناء باليد وإدخال بعض الأشياء في الإحليل . إن الهياج الجنسي المتكرر دون الإيغاف *Orgasm* قد يؤدي إلى التهاب الإحليل وحتى التهاب بروج شبيقي مع انتباج مؤلم عابر في البرنج .

التهاب الإحليل في التهاب الحشفة *Urethritis in Balanitis* :

إن التهاب الحيز القلبي (التهاب حشفة ، التهاب حشفة وقلفة) قد يؤدي إلى تحريش الإحليل واستعماره من قبل الجرثائم أو المبيضات وحدوث التهاب إحليل ثانوي . تعالج هذه الحالة بتجفيف الحيز القلبي الذي يؤدي إلى إزالة التهاب الإحليل .

داء رايتير *Reiter's Disease* :

المرادفات : متلازمة رايتير ، قرن الجلد السيلاني *Keratoderma Blennorrhagicum* متلازمة فسينجر - لروي *Fiessinger - Leroy* .

يجب التفكير بهذا الداء في التشخيص التفريقي لالتهاب الإحليل اللا سيلاني وبخاصة عند الشباب .

التعريف : يدي داء رايتير الأعراض الثلاث التالية :

- التهاب الإحليل اللا سيلاني .
- التهاب ملتحة .
- التهاب مفاصل .

إلى جانب هذه الأعراض يشاهد التهاب الحشفة المتعلق *Balanitis Circinata* ، وتبدلات صدفية الشكل في الجلد ونادراً ما تحدث إصابة أعضاء أخرى .

الحدوث *Occurence* : يصيب الداء بشكل خاص الشباب (٩٠ - ٩٨ ٪) ونادراً ما يصيب النساء ولا يشاهد أبداً عند الأطفال .

الإمراض *Pathogenesis* : لم يعرف سبب داء رايتير وقد ثبت أنه ليس للكائنات الحية الدقيقة مثل المفقورات ، المكورات ، الحماق الراشحة دخل في إحداث المرض . تشير بعد الدراسات الحديثة إلى المتدثرات كعامل ممرض . ويبدو أن

للعوامل الوراثية دور في الحدوث ، لأن الداء يشاهد في بعض العائلات وبخاصة عند الشباب . ويلاحظ زيادة حدوث *HLA B27* - بنسبة (٧٠ - ٨٠ ٪) عند المرضى المصابين بداء رايتير . وهناك فرضية لآلية مناعية ذاتية حيث وجدت أضداد للنسيج الموتي . يمكن تفسير التظاهرات الجلدية كالصداف الشائع أو الصدف البثري على أنها محرضة بهذا الداء .

الموجودات السريرية :

التهاب الإحليل : يبدأ بشكل حاد ويشبه السيلان . يحدث نخيج قيحي أو قيحي مدمى مع ألم شديد عند التبول . ومع ذلك لا تُكشف المكورات البنية . يصبح التشخيص صعباً عندما يترافق الداء أو يسبق بالسيلان الذي يخفيه . قد يبدأ الداء بمرحلة تحت حادة مع مفرزات مصلية ودون أعراض شديدة . يبدو أن ٥,٥ - ١ ٪ من جميع حالات التهاب الإحليل والحمج الزحاري تتطور إلى داء رايتير . (راجع الشكل ٤ - ٨) .

الأعضاء البولية التناسلية الأخرى المصابة : من الإصابات المميزة التهاب الحشفة المتعلق الجاف والتهاب الموثة الذي يشاهد بكثرة ، وكذلك التهاب المثانة والتهاب الحويضة والكولة .

التهاب الملتحة *Conjunctivitis* : يشاهد بنسبة ٥٠ ٪ من حالات داء رايتير وهو غالباً ثنائي الجانب وقد لا يؤبه له بسبب طبيعته العابرة . ومع ذلك قد يحدث تورم شديد مع تقيح في الملتحة التي تبدو زغبية ، حمراء داكنة اللون .

التظاهرات العينية الأخرى : يحدث وذمة في الأجفان والقرنية والتهاب قرنية سطحي . ومن العلامات النادرة التهاب القرنية والأجسام الهدية والتهاب العينية *Uveitis* بدرجات مختلفة من الشدة .

التهاب المفاصل : تصاب المفاصل بنسبة ٩٥ ٪ من الحالات لا سيما المفاصل الحاملة لثقل الجسم في الأطراف السفلية بشكل انتقائي (كالركبة ومفاصل القدم) . يشبه التهاب المفاصل في داء رايتير التهاب المفاصل الرثياني لكن غير أن العامل الرثياني يكون سلبياً . قد يصاب مفصل واحد لكن الأعراض عادة ما تكون متناظرة . تصبح المفاصل متبججة ومؤلمة بالحركة . قد تشمل الإصابة اللفافات والأوتار ويحدث ضمور في العضلات بعد فترة من الزمن . تكشف التبدلات بالأشعة بنسبة ٤٠ ٪ من الحالات لكنها قد تغيب رغم الهجمات المتكررة .

الإصابات الأخرى في الجهاز العضلي الهيكلي - *Musculo Skeletal* : قد يحدث التهاب الأوتار ، والتهاب اللفافات ، والتهاب الزليلي *Synovitis* ، والتهاب المفصل العجزي الحرقفي . والتهاب الفقار الرثياني .

التشخيص والتشخيص التفريقي : يُعتمد في التشخيص على التظاهرات السريرية العامة لأنه لا يوجد تبدلات مخبرية نوعية لداء رايتز . فمن السهل وضع التشخيص بالاعتماد على الثلاثي العرضي المدرسي مع التهاب الحشفة المتعلق ، قد تصادف صعوبة في تشخيص الداء في الحالات الوحيدة العرض أو قليلة الأعراض وعند النساء . يجب تفريق التهاب الإحليل عن السيلان والتهابات الإحليل الأخرى بإجراء اختبارات زرع متكررة . يجب تفريق التهاب المفاصل في داء رايتز عن التهاب المفاصل الرثياني والصدافي . تُفرّق الحمى الرثوية وداء المصل بسيرهما الحاد . وينظر إلى التبدلات الجلدية على أنها تبدلات وصفية لصداف مزدهر ، تقرني ، أو بئري . إن للتظاهرات في الأعضاء الأخرى أسباباً متعددة لذا يجب وضع التشخيص بنفي هذه الأسباب والأخذ بعين الاعتبار سير الداء والصورة السريرية الكاملة .

المعالجة : تكون المعالجة عرضية لأن الأسباب غير معروفة . قد يزداد التهاب الإحليل بسبب العوامل المرضية المرافقة لذا يعطى التتراسكلين (٢ غ يومياً لمدة ٧ - ١٤ يوماً) أو مشتقاته بالمقادير المناسبة . وقد تعطى أيضاً أدوية مضادة للالتهاب مثل الإندوميثاسين والبنسيلامين والأسبرين والستيروئيدات . تقدر كمية العلاج ومدة المعالجة تبعاً لسير المرض . يجب إعطاء الميتوتركسات (٧,٥ - ١٥ ملغ أسبوعياً) في الحالات الشديدة . تؤدي هذه المعالجة إلى تراجع الداء وهي ذات قيمة أعلى من المعالجة المديدة بالستيروئيدات .

تعالج الآفات الصدفية موضعياً بالمراهم الستيروئيدية أو/مع القطران والأشعة فوق البنفسجية . ينصح في الحالات العامة الشديدة والمؤلمة بالراحة في الفراش . كما تفيد المعالجة المشتركة بالميتوتركسات والبريدنيزون والإيتريبتات . (راجع الشكل ٤ - ٩) .

الإفرنجي Syphilis

المترادفات : السفلس Lues .

التعريف : هو داء خمجي مزمن تسببه اللولبية الشاحبة *Treponema Pallidum* ويشاهد في جميع أنحاء العالم . قد ينتقل إلى الجنين داخل الرحم أو عن طريق نقل الدم ، لكن الانتقال الاعتيادي يحدث بالتماس الجنسي المباشر . يستمر الداء سنين عديدة إذا لم يعالج ، وقد يؤدي إلى الموت بإصابة الأوعية الكبيرة ، والهزج الحركي المترقي والشلل المترقي وضمور العصب البصري والسكتة . وغالباً ما يؤدي الخمج داخل الرحم إلى موت الجنين . وقد يحدث شفاء عفوي في ٣٠٪ من الحالات . إن تعدد المظاهر المرضية وتقلبها يجعل التشخيص

الموجودات الجلدية : تشاهد تبدلات جلدية صدفية الشكل في ١٠٪ من الحالات حيث تحدث عادة بعد بضعة أسابيع من التهاب الإحليل مترافقة غالباً مع إصابة المفاصل . تحدث آفات جلدية متناظرة تماشى سريريا ونسجياً مع الصدف الشائع النضحي أو الصدف البئري تتوضع بشكل انتقائي في الراحتين والأخصين وقد تصيب فروة السرة ويمكن أن تشاهد في أي مكان من الجسم وقد يتراوح بين ثلاثة إلى عدة سنتمترات في حوالي ١٠٪ من المرضى ، تحدث آفات تشبه الثفن النموذجي ، وتصاب سلاميات الأصابع والأبأخص القاصية والطيأت الظفرية غالباً . ويحدث حثل الأظفار في حوالي ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات ، وأحياناً يفقد الظفر بشكل تام .

التشريح المرضي للتبدلات الجلدية : تبدي البشرة شواكاً مع تطاول الاستطالات البشروية ، وفرط تقرن مع بثرات إسفنجية الشكل وخراجات من العدلات في البشرة المتقرنة ، تشاهد رشاحة التهابية غنية بالعدلات في الأدمة العلوية . إن هذه التبدلات هي تبدلات الصدف الشائع أو الصدف البئري .

تبدلات الأغشية المخاطية Mucous Membrane Changes : يحدث احمرار منتشر مع بقع وحطاطات حمامية ونزوف وتآكلات خاصة في الغشاء المخاطي الفموي والبلعومي إلى جانب التهاب المفاصل والتهاب الحشفة المتعلق والتهاب الملتحمة . يشاهد التهاب أمعاء مع إسهالات . وصف بعض المؤلفين شكلاً معوياً خاصاً بداء رايتز يترافق بالتهاب إحليل خفيف وقصير المدة .

إصابة الأعضاء الأخرى : من النادر جداً حدوث التهاب العضلة القلبية ، والتهاب التامور ، وقصور الأهر ، والتهاب العصب البصري ، والتهاب الجنب ، وارتشاح رئوي ، والتهاب الوريد الخثاري والداء النشواني .

التظاهرات العامة : تحدث علامات التهابية لا نوعية تبعاً لشدة المرض كالترفع الحروري متوسط الشدة ، وارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة الكريات البيض ، وارتفاع الغلوبولين ألفا ٢ α_2 Globulin .

السير والإنذار : يبدأ الداء عادة بعد ١٠ - ٣٠ يوماً من حدوث خمج معوي أو بولي . يمكن أن يكون السير تحت حاد مع شفاء كامل بعد ٢ - ٦ أشهر . ولكن غالباً ما يكون سير الداء طويلاً يمتد أكثر من عدة أسابيع إلى عدة أشهر ، ونادراً ما يكون أكثر من سنين مع حدوث هجمات حادة ومجموع ونكس . تتناسب شدة إصابة المفاصل مع مدة وشدة الداء . وقد يصبح الإنذار سيئاً بحدوث أذيّات دائمة مثل تضيق الإحليل ، وتحدّد حركة المفاصل ونقص حدة البصر . وقد ورد ذكر حدوث اعتلال مفاصل صدافي في المراحل المتأخرة .

١٩٦٩ وضع آتوود Atwood وميلر Miller اختبار امتصاص الأضداد اللولبية التآلقي 19SIgM (اختبار ABS - FTA 19SIgM) .

١٩٨٠ وضع لنجر Luger وشميدت Schmidt اختبار التراص الدموي في المرحلة الصلبة (اختبار SPHA) .

العامل المرض Pathogen : العامل المرض هو المتلوية اللولبية الشاحبة وتُفرّق عن بقية المتلويات بكونها طفيلياً نسيجياً وليس دمويّاً إنما تنتقل بالدوران فقط .

اللوبيات الشاحبة *Treponema Pallidum* : هي كائنات حية صغيرة جداً لا هوائية اختيارية طولها ٥ - ١٥ نانومتر ، وهي ملتوية لولبية التواءاتها متساوية في الارتفاع ومنظمة . يوجد في منتصف اللولب نقطة تبدأ منها اللولبية حركاتها المتلوية التموجية ، كما تقوم بحركات دورانية بطيئة حول المحور الطويل . لا تبدي اللوبيات الشاحبة حركة فاعلة في وسط سائل إنما إذا وجد في هذا الوسط جسم صلب كخلية مثلاً فإنها تجد مسنداً للحركة الفاعلة . وإن فقدان القدرة على الحركة المستقلة يعتبر من العلامات المهمة في تشخيص اللوبيات الشاحبة في حين أن المتلويات الرّمية تكون أكثر نشاطاً في حركاتها .

التحري عن اللوبيات الشاحبة . Detection of T. Pallidum : يصعب تلوين اللوبيات الشاحبة لأن الثبيت يقتل هذه الكائنات الحية ويمنع حركاتها وبذلك يصبح من المستحيل تفريقها عن المتلويات الأخرى . لذلك فإن الطريقة المتخبة هي الفحص بالساحة المظلمة التي تسمح برؤية حركة اللولبية الشاحبة (Landsteiner and Mucha) .

طريقة الفحص بالساحة المظلمة Dark - Field Technique :

العينة Sampling : بما أن اللولبية الشاحبة هي طفيلي نسيجي فإنها لا تشاهد في السطح بل في الآفة . لذا لا تؤخذ العينة بعروة من البلاتين من السطح بل نحصل عليها بعصر الآفة الجلدية أو المخاطية وأخذ السائل النسيجي .

لأخذ عينة تنظيف المنطقة المصابة بقطعة شاش مبللة بمحلول ملحي والأحسن بالأسيتون أو الإيتر ثم تؤخذ قطعة أخرى مبللة وتفرك المنطقة حتى حدوث تآكل خفيف . تمسك القرحة البديئة أو الآفة ، بعد وضع قفاز ، بين الإبهام والسبابة وتعصر حتى ظهور السائل النسيجي أو مصل الجرح الذي يؤخذ بساترة أو بعروة من البلاتين . فإذا كان المصل رائقاً فهو صالح للفحص ، أما إذا كان عكراً فإنه يحتوي على الكريات الحمراء ، وفي مثل هذه الحالة يجب إعادة أخذ العينة .

التفريقي لهذا الداء صعباً جداً . يحدث الخمج استجابة مناعية مؤدياً إلى تفاعلات مناعية خلوية وخلطية نوعية .

لمحة تاريخية : التقدم في أبحاث الإفرنجي :

١٩٠٣ نجح ميتشنيكو Metschnikow وروكس Roux في نقل الإفرنجي إلى السعدان .

١٩٠٥ اكتشف شودين Schaudinn وهوفمن Hoffmann اللولبية الشاحبة (المتلوية الشاحبة) .

١٩٠٥ أجرى لاندستينر Landsteiner وموخا Mucha الفحص بالساحة المظلمة .

١٩٠٦ نقل بارتاريللي Bartarelli الإفرنجي إلى عين الأرنب .

١٩٠٦ اكتشف واسرمان Wassermann ، وناسير Neisser وبرك Bruc وبوردت Borde وجينكو Gengou تفاعل تثبيت المتممة للإفرنجي (تفاعل واسرمان) .

١٩٠٧ نقل بارودي Barodi اللولبية الشاحبة لخصية الأرنب .

١٩٠٧ قام أولنهث Uhlenhuth ومولزر Mulzer وتروفي Truffi بالنقل التجريبي للإفرنجي إلى الأرانب .

١٩٠٩ قام أولنهث Uhlenhuth بمعالجة تجريبية بالأنتوكسيل Atoxyl في الإفرنجي عند الحيوانات .

١٩١٠ عالج إهرليخ Ehrlich وهاتا Hata الإفرنجي بالسلفرسان Salvarsan رقم ٦٠٦ .

١٩١٤ عالج إهرليخ Ehrlich الإفرنجي بالنيوسلفرسان Neosalvarsan (المستحضر رقم ٩١٤) .

١٩١٧ وصف مينيك Meinicke وساخس جيورجي Sachs Georgi - تفاعلات الترسيب للإفرنجي . بدء تشكل التفاعلات الجانبية .

١٩٤٣ عالج ماهوني Mahoney ، وآرنولد Arnold وهاريس Harris الإفرنجي بالبسلين .

١٩٤٩ وضع نلسون Nelson وماير Mayer اختبار سكون (تثبيت) اللوبيات الشاحبة (اختبار نلسن واختبار TPI) .

١٩٥٧ وضع ديكون Deacon وفالكون Falcon وهاريس Harris اختبار الأضداد اللولبية التآلقي (اختبار FTA) .

١٩٦٤ وضع هنتر Hunter وديكون Deacon وماير Meyer امتصاص الأضداد اللا نوعية في اختبار FTA (اختبار ABS - FTA) .

١٩٦٥ وضع رايلي Rathley وتوميزاوا Tomizawa وكاماتسو Kamatsu اختبار التراص الدموي اللولبية الشاحبة (اختبار TPHA) .

الفحص : يجرى الفحص بالساحة المظلمة الجافة أو مع الزيت بتكبير شديد باستعمال عدسة جسمية $\times 40$. تكون الساحة مظلمة بينما تبدو العناصر الجسيمية فضية . تظهر البريميات الشاحبة بشكل خيوط لولبية مع حركاتها المتوتية والدورانية الوصفية في مكانها . وغالباً ما تشاهد عدة بريميات في ساحة واحدة ؛ وفي بعض الأحيان نحتاج لساحات متعددة وحتى لمحضرات متعددة بغية مشاهدتها . نستطيع تفريقها عن اللولبيات الأخرى وبخاصة الرمامات التي تتميز بالتواءاتها المختلفة وصملمها Ridity وتحركها الواضح وشكلها الأقصر . كما يجب تفريق اللولبيات الشاحبة عن أغشية الخلايا . لذا يجب عدم أخذ مصل مدمى للفحص .

بزل العقد اللمفية Lymph Node Puncture : نلجأ لبزل العقد اللمفية رغم قلة نجاحه إذا لم نجد اللولبيات الشاحبة في القرحة البديئة بسبب التعقيم أو استعمال الصادات الموضعية .

الزرع Culture : لا تنمو البريميات الشاحبة على مستنبت صناعي ورغم ذلك نجح كل من رايتر Reiter وكرو Kroo ونوغوشي Noguchi وآخرون في إحداث مزارع نقية . غير أن الزرع في الممارسة غير مجدي . (راجع الشكل ٤ - ١٠) .

الإفرنجي في حيوانات التجربة Syphilis in Experimental Animals : نقل ميتشنيكو Metschnikow وروكس Roux عام ١٩٠٣ الإفرنجي إلى حيوانات التجربة وبالتالي تم نقله إلى الأرانب بحيث أمكن الحصول على مواد لاختبار تثبيت اللولبيات الشاحبة (اختبار TPI ، اختبار نلسن) . تلقح خصي الأرانب باللولبيات الشاحبة وبعد فترة حضانة ٥ - ٧ أيام يحدث التهاب خصية أو قرح بدئي على جلد الصفن ، كما يمكن إحداث خمج لا عرضي عند الفئران أثبت بنقله إلى الجرذ .

كان لنقل الإفرنجي إلى الأرانب أهمية كبيرة للأبحاث العلمية وأعطت فرصة لتجربة الأدوية الجديدة ضد الإفرنجي عند هذه الحيوانات والتأكد من فعاليتها وعدم سميتها .

الإمراض Pathogenesis : تنتقل البريمية الشاحبة خلال آفات دقيقة في الجلد أو الأغشية المخاطية للأعضاء التناسلية عند الرجال والنساء أو للشفتين والفم .

يحدث عادة الانتقال مباشرة من شخص إلى آخر بالاتصال الجنسي . إذ تكون المناطق التناسلية والمنطقة القموية منابع الخمج عادة عند المصابين بالإفرنجي . وقد يكون باب الدخول أي منطقة في الجسم . ومن النادر أن تحدث عدوى عن طريق اللطاخة لأن البريمية الشاحبة حساسة جداً للجفاف وتبدلات الحرارة وتبدل ضغط الأوكسجين أو درجة الباهاء PH ولأنها طفيلي نسجي .

إن النظرية القائلة إن الإفرنجي معدٍ في جميع مراحل غير صحيحة . فالإفرنجي الباكر معدٍ جداً ويصبح قليل العدوى مع تطور المرض . وتبقى الآفات معدية في الإفرنجي الثانوي المتأخر رغم وجود عدد قليل من البريميات وتزول قابلية العدوى إذا غابت العلامات بشكل كامل . لذا لا ينتقل الإفرنجي الكامن بالتماس وكذلك لا ينتقل الإفرنجي الثالثي رغم شدة آفاته .

عندما تدخل البريميات الشاحبة إلى النسج تصبح بتاس مباشر مع جهاز الدوران حيث تتكاثر حتى يصبح عددها كاف لإحداث التأثيرات السريرية . وينشط الجهاز المناعي في التوي بحيث يمكن كشف الغلوبولينات المناعية الجواله (الأضداد من صنف Igm) خلال ٧ - ٢٠ يوماً وبعد ذلك بمدة قصيرة نكشف الأضداد من صنف Igm .

التصنيف والسير العام Classification and General Course : اقترح ريكورد Ricord عام ١٨٣٧ تصنيف الإفرنجي السريري في ثلاثة مراحل أولية ، ثانوية ، ثالثة . فالإفرنجي الأولي هو مرحلة ظهور القرع ثم تتلوه المرحلة الثانوية (Syphilis II) التي تتصف بانتشار الإصابة . يطلق على الإفرنجي الأولي والثانوي الإفرنجي الباكر . وإذا لم يعالج الإفرنجي يمر بمرحلة كامنة خالية من الأعراض السريرية تستمر ٢ - ٣ سنوات . ثم تبدأ المرحلة الثالثة بتظاهراتها المتأخرة الشديدة كالتابس والخزل المتعمم .

لم يكن لدى ريكورد طرق تشخيصية تطبق على المصل والوسائل الشوكي أو معرفة كشف العامل المرض ، لذا صنف الإفرنجي بثلاث مراحل : باكراً ومتأخراً وثالثة . ولم يكن بإمكانه معرفة الطبيعة الإفرنجية للتابس الظهري والخزل المتعمم . أما التصنيف الحالي فهو كالتالي :

- الإفرنجي المكتسب Acquired Syphilis
- الإفرنجي الأولي
- الإفرنجي الباكر الإفرنجي الثانوي
- الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية (الكمون الباكر)
- الإفرنجي الثالثي
- الإفرنجي الآجل الإفرنجي الكامن سلبي التفاعلات المصلية Seronegative Latent Syphilis
- الإفرنجي الكامن الآجل Late Latent Syphilis
- الإفرنجي المتني (Parenchymatous S)
- (التابس الظهري ، الخزل المتعمم)
- الإفرنجي الولادي Congenitals

الإفرنجي المكتسب :

يُفرّق الإفرنجي المكتسب عن الولادي بأن الأول يحدث بالعدوى الخارجية . ويبدأ عادة بالقرح ، بينما يحدث الإفرنجي الولادي بمرور البريميات عبر المشيمة من أم مصابة إلى الجنين . وهناك شكل خاص من الإفرنجي تحدث الإصابة به عن طريق نقل الدم إذ تدخل البريميات الشاحبة مباشرة إلى الدم . وبذلك لا يشاهد القرح البدئي وتبدأ مباشرة تظاهرات الإفرنجي الثانوي . إن هذا الشكل من الإفرنجي أصبح نادراً بسبب إجراء الاختبارات المصلية لمعطي الدم .

فترة الحضانة Incubation Period :

تتمد فترة الحضانة الأولى ثلاثة أسابيع حتى ظهور القرح البدئي حيث لا توجد علامات للإصابة بالإفرنجي أو علامات منذرة . وتمتد فترة الحضانة الثانية بين غياب القرح وظهور أعراض المرحلة الثانوية . إن حدوث الحلاّ البسيط التناسلي ليس من علامات الإصابة بالإفرنجي ولكن أطلق عليها اسم الحلاّ المنذر Herpes Praemonitorius . وقد يكون هذا الحلاّ باب دخول للبريمية الشاحبة عند المرضى الذين يغيرون الشريك . وتعتبر الأسابيع الثلاثة قبل ظهور العلامة السريرية الأولى للإصابة فترة انتظار ، ولكن يمكن التشخيص الباكر بواسطة IgM . وإذا وجد الإفرنجي عند الشريك المتهم بإحداث العدوى يجب إجراء المعالجة الوقائية كما لو تظاهر الإفرنجي .

الإفرنجي الأولي (الدور الأول) , Primary Syphilis : Stage I

الآفة الأولية Primary Lesion : تنتهي فترة الحضانة الأولى بحدوث الآفة البدئية أو القرح الذي يترافق بضخامة عقد لمفية ناحية غير مؤلمة ، ولهذا الترافق أهمية تشخيصية كبيرة . يجب التفتيش عن الإصابة البدئية للإفرنجي في حال اكتشاف ضخامة عقد لمفية غير مؤلمة وبالعكس في حال الشك بالآفة الجلدية يجب التفتيش عن ضخامة عقد مرافقة .

عدد الآفات الأولية : تكون الآفة البدئية وحيدة عادة وتحدث عند باب دخول البريمية . وقد يكون هناك عدة قرحات تتناسب مع عدد أبواب الدخول . قد يحدث خمج تال في فترة الحضانة الأولى مما يعطي شكل القرحات المتتالية . إلا أنه عندما تشكل المناعة ضد الخمج لا تحدث قرحات جديدة .

موضع الآفة الأولية : تكون الآفة عادة غير متناظرة في موضعها وبما أنها غير مؤلمة يمكن ألا ينتبه إليها المريض أو أنه قد يكتشفها صدفة . ولذلك نادراً ما يشاهد الطبيب المرحلة البدئية من الآفات الأولية ، علماً أن الآفات الأولية المتوضعة

على المعصرة الشرجية تكون مؤلمة .

قد الآفة الأولية : تكون بأقطار مختلفة فقد يشاهد قرح بقطر ١ - ٣ م ويسمى القرح الصغير وقد يشاهد قرح بقطر ٤ - ٨ م أو قرح كبير جداً يطلق عليه القرح العملاق .

جسوء الآفة الأولية Induration : إن جسوء (صلابة) القرح علامة هامة جداً لكنها ليست علامة تشخيصية مطلقة إذ تختلف درجة الجسوء . فقد يكون القرح الصغير أو السطحي ليناً وقد يكون الجسوء غضروفياً .

شكليائية الآفة الأولية : أكثر الأشكال مشاهدة هو القرح التآكلي Erosive حيث يكون السطح متآكلاً قليلاً ، والقرح الصلب هو انخماص مركزي يشبه الصحن ويُفرّق عن القرع بغياب الحواف المحفرة وقساوة محيط القاعدة وارتشاحها ويكون لون الآفة لحمياً مزهراً لماعاً . وهناك الشكل التنخري وهو نادر (القرحة الآكلة المواتية Ulcus Phagedaenicum Gangraenosum) . وقد تشاهد بعض القروح مغطاة بوسوف أو جلب في المناطق الجافة والمكشوفة تشبه القوباء المعدية .

الأشكال الخاصة : نذكر شكل الوذمة الجاسئة Edema Indurativum التي تشاهد عند النساء أكثر من الرجال . وهي تنجم عن ارتكاس التهابي كئي في الأوعية اللمفية للمنطقة المصابة ، حيث يشاهد تورم قاسٍ فيل الشكل ذو لون نحاسي على الأشعار وفي منطقة القلفة وأحياناً على الصفن . وإذا لم يشاهد آفة أولية واضحة سريرياً لها صلة بالوذمة الجاسئة فقد تكون مخفية في المجرى البولي ، وبذلك تنسد فوهة الإحليل بالمفرزات .

الموجودات السريرية : يؤدي توضع الآفة الأولية إلى اختلاف في مظهرها وتشخيصها التفريقي . يتوضع القرح الأولي على الأعضاء التناسلية في ٨٥ - ٩٠٪ من الحالات . ولذلك لا يفكر المريض والطبيب بالقرح الإفرنجي إذا توضع خارج الأعضاء التناسلية .

الآفات الأولية على الأعضاء التناسلية Genital Primary

Lesions : يشاهد عند الرجال القرح الجاسيء على الحشفة بينما يتوضع القرح التآكلي الخطي على الشلم الإكليلي . ويشاهد الشكلاّن بنسبة متساوية على الوجه الداخلي للقلفة . ونادراً ما تحدث الآفة الأولية حول فوهة الإحليل حيث تحيط به كالحاتم .

وهنا قد يلتبس مع السيلان (القرحة السيلانية Ulcus Gonorrhoeicum) بسبب مفرزات الإحليل . ومن الصعب جس هذه الآفة بسبب قوام الحشفة الصلب . قد يشاهد القرح على جسم القضيب أو على جذر القضيب (قرح الرّفال Condom) أو على جلد البطن المجاور . كما تشاهد الآفات

تشخيص الإفرنجي الأولي :

يعتمد تشخيص الإفرنجي الأولي على :

- ١ - التشخيص السريري بالاستناد إلى القصة المرضية والآفة الأولية وانتاج العقد الناحية غير المؤلم .
- ٢ - التحري عن البريمية الشاحبة بالمجهر ذي الساحة المظلمة .
- ٣ - التفاعلات المصلية .

لا تظهر التفاعلات المصلية المدرسية الفيزيولوجية إذا كان الإفرنجي الأولي حديث الظهور إذ أنها لا تصبح إيجابية إلا بعد ٢ - ٣ أسابيع من حدوث الآفة الأولية . لذلك يُفَرَّق بين الإفرنجي الأولي ذي التفاعلات المصلية السلبية والإفرنجي الأولي ذي التفاعلات المصلية الإيجابية .

التشخيص التفريقي للآفة البدئية : يجب تفريق القرع الحاسي في الإفرنجي عن القرع (القرع اللين) . إذ قد يكون القرع اللين جاساً عندما يعالج بنترات الفضة . كما يجب تفريقه عن الحلأ البسيط التناسلي والحمج الجرثومي التناسلي التي تصبح أيضاً جاسية بعد كَيْهًا بنترات الفضة .

إن القرع المختلط هو خمج مزدوج بالبريمية الشاحبة والعصية المستدمية لدوكري *Haemophilus Ducreyi* . تكون القرحة أولاً لينة بسبب فترة الحضانة القصيرة للقرع ثم تصبح جاسية بعد ثلاثة أسابيع .

قد يلتبس القرع التآكلي مع التهاب الصنف التآكلي ومع الحلأ البسيط التآكلي المتعدد الدوائر . كما يلتبس مع سرطانة الحشفة التي تكون قاسية وغير مؤلمة وقابلة للتخر والتشخيص بالفحص النسيجي . يمكن أن يلتبس قرع الأصابع (الذي يشاهد عند الأطباء بسبب العدوى من مرضاهم) مع الداحس المزمن . كما يلتبس الآفة الأولية على الشفة مع الدمامل أو تقبح الجلد قريحي الشكل ، أو الأخماج الفطرية العميقة ، أو السرطانة وسفية الخلايا على الشفة .

تعتبر عودة الجسوء والقساوة في مكان القرع السابق بعد المعالجة غير المناسبة وغير الفعالة علامة مميزة للقرع الإفرنجي . (راجع الشكلين ٤ - ١٣ و ٤ - ١٤) .

الإفرنجي الثانوي ، الدور الثاني

: Secondary Syphilis, Stage II

يحدد الدور الثاني من الإفرنجي على أنه خمج متعمم بالبريميات الشاحبة التي تنتشر عن طريق الدم واللمف إلى جميع أنحاء الجسم في حوالي الأسبوع التاسع من الحمج . يتم الانتقال من الدور الأول إلى الدور الثاني المتعمم بشكل تدريجي وقد تترافق الآفة البدئية ودبل الإفرنجي بالتبدلات الثانوية . ولا

الأولية أيضاً على الصنف وما حول المنطقة التناسلية والركب (جبل العانة) Mons Pubis والوجه الأنسي للفخذين وفي المنطقة الشرجية وفي داخل القناة الشرجية عند الجنوسيين .

أما عند النساء فتكون الآفات الأولية على شكل قرع تآكلي ويندر رؤية القرع الحاسي . يتوضع هذا القرع غالباً في منطقة البظر وفتحة الإحليل بينما يكثر توضع الآفات الأولية بأشكالها المختلفة على الأشعار الكبيرة والصغيرة وعلى الملتقى الخلفي . قد لا يُتَبَّه إلى الآفات الأولية في المهبل ولهذا يجب وضع المنظار بتأن وفحص المهبل جيداً .

القرع خارج المنطقة التناسلية Extragenital Chancres :

تتوضع الآفات الأولية حول الشرج وفي المستقيم (عند الجنوسيين) وعلى الفشاء المخاطي للحم حيث غالباً ما تصاب الشفتان . فإذا توضع القرع على المنطقة الخارجية من الشفة فإنه يرى بسهولة ويمتد على الوجه . أما إذا توضع على الوجه الباطن من الشفة فيكون خفيفاً وتصعب رؤيته . يتوضع القرع على اللوزتين في جهة واحدة عادة ، كما يتوضع على اللثة حيث يصعب تشخيصه ويندر توضع القرع على اللسان وبخاصة على الذروة أو على الحنك . قد يشاهد القرع على حلمة الثدي عند النساء وفي أماكن أخرى غير شائعة كالأصابع والأبأخس وفي أي منطقة من الجسم .

انتاج (تورم) العقد اللمفية : دبل الإفرنجي Lymph Node

Swelling: Syphilitic Bubo : تنتيج العقد اللمفية في منطقة

نزع اللمف للآفة الأولية . فإذا كانت على الأعضاء التناسلية الخارجية تنتيج العقد اللمفية الإربية ، وإذا كانت على الشفة السفلى تنتيج العقد تحت الذقن ، وعلى اللوزتين تنتيج العقد خلف الفك السفلي ، وعلى الإصبع يحدث الدبل في المرفق أو الإبط . وإذا كانت الآفة الأولية على الشرج تنتيج العقد اللمفية البطنية والإربية لأن النزح اللمفاوي ينتشر إلى المنطقتين . كما تنتيج العقد اللمفية البطنية والإربية إذ توضع القرع على السرة . عندما يتوضع القرع على القسم Portio العلوي من المهبل تنتيج العقد اللمفية داخل البطن وتصبح قاسية وتكون دبل الإفرنجي غالباً غير مؤلمة . تصاب العقد اللمفية أحياناً بخمج جرثومي ثانوي فتصبح مؤلمة بالحركة وحتى في حالة الراحة .

تكون العقد اللمفية المصابة قاسية (التهاب العقد المتصلبة

الإفرنجية Syphilitic Scleradenitis) . يتحرك الجلد عليها

ويكون لونه طبيعياً ، ولا تحدث خراجات والدبل ما هي إلا عقد لمفية متورمة بشدة بالمقارنة مع العقد الملتهبة المتصلبة في الإفرنجي الثانوي . تراجع العقد خلال أيام إلى أسابيع بالمعالجة المناسبة في حين تستمر من أسابيع إلى أشهر إذا لم تعالج وتراجع مع تراجع الإفرنجي الثانوي (Syphilis II) .

يمكن على الأغلب رؤية القرع الأولي سريرياً بسبب صغره (قرع دقيق Microchancr) أو لأنه غير موجود أو بسبب تراجعه .

علامات الإفرنجي الثانوي : تأخذ التبدلات في الجلد والمخاطيات في الإفرنجي الثانوي عدة أشكال مختلفة . قد تحدث هذه التبدلات في جميع أنحاء الجسم وتسمى بالطفحاحات الإفرنجية Syphilids . يؤدي تعمم البريميات الشاحبة في الإفرنجي الثانوي الباكر إلى طفحاحات متناظرة ومتعممة وتحتوي على عدد كبير من البريميات (خاصة الطفحاحات النازة والآفات المخاطية) . تميل الاندفاعات في الإفرنجي الثانوي الآجل لتكون غير متناظرة ومجمعة . تكون الطفحاحات الجلدية في الإفرنجي الثانوي غير حاككة إذ لا يحدث حويصلات أو فقاعات أو اندفاعات شروية ويعتبر ذلك من العلامات الهامة في التشخيص . تشفى آفات الإفرنجي الثانوي بدون حدوث ندبات أو ضمور .

الطفحاحات الإفرنجية البقية (الوردية) Macular Syphilid (Roseola) : أكثر الآفات مشاهدة في الإفرنجي الثانوي هي الاندفاعات البقية التي تسمى الطفحاحات الإفرنجية البقية أو الوردية الإفرنجية . تكون هذه الطفحاحات وحيدة الشكل متناظرة وتتألف من بقع معزولة وغالباً ما تكون مدورة وأحياناً بيضوية تتبع خطوط الجلد . تكون البقع صغيرة الحجم ٢ - ٣ سم وأحياناً أكبر قليلاً . وتصعب مشاهدتها أحياناً . وبالمقابل قد تكون واضحة وتشبه الاندفاعات الحصبوية . وتصبح أحياناً شروية المظهر (الوردية الشروية) أو شروية جريية حبيبية (الوردية الحبيبية) . تتوضع الوردية غالباً على الجذع (وبخاصة على أعلى البطن وعلى جانبي الجذع) وتعف الاندفاعات غالباً عن الأطراف ولكن أحياناً تبدأ الهجمة على العضدين والفخذين وتتوضع بشكل رئيسي على السطوح الانعطافية وفي الوجه على الجبين . هذا وإن ظهور الوردية الإفرنجية على الراحين والأخصمين يكون ذا قيمة تشخيصية . (راجع الشكلين ٤ - ١٥ و ٤ - ١٦) .

التشخيص التفريقي للوردية الإفرنجية : يجب تفريق الوردية الإفرنجية عن الحصبية . إذ يطلق البحارة على الهجمة الإفرنجية حصبية كييل (Kiel) رغم عدم حدوث أعراض نزلية أو ترفع حروري أو بقع كوبليك Koplik . كما يجب أن تفرق عن الحصبية الألمانية التي تكون البقع فيها أكبر حجماً وتؤدي إلى اعتلال العقد الرقية الخلفية . وتُفرق عن الطفحاحات الدوائية التي تبدي آفات محدودة تمتد من المحيط نحو المركز وأخيراً تنوَسف وتحدث بشكل انتقائي على السطوح الانعطافية للأطراف في حين أن الوردية الإفرنجية غير وسفية . من الصعب تشخيص

الوردية الإفرنجية إذا ظهرت على الجلد المرمري لأنه يحدث مزج بالألوان . لذا يجب ترك المريض مزروع الثياب في غرفة دافئة حيث يزول اللون المرمري فتشاهد الوردية بشكل أفضل .

الطفحاحات الإفرنجية الحطاطية والحطاطية الوسفية Papular and Papulosquamous Syphilid : وهي أقل حدوثاً وأكثر ارتشاحاً من الطفحاحات البقية وتتواجد أحياناً مع بعضها (الطفحاحات الإفرنجية البقية - الحطاطية) وقد تتبعها ، تكون الآفات الحطاطية محددة وقاسية حمراء إلى حمراء بنية وغالباً ما تكون لماعة (الحطاطات الحزازانية) معظمها مؤلم بالضغط الموضعي (إيجابية ظاهرة المسبار) ويمكن كشف اللولبيات الشاحبة فيها . يحدث الطفح بشكل متناظر على الجذع ونادراً على الأطراف وأحياناً وبشكل معزول على الراحين وعلى الجبهة أو على كامل الوجه . تشاهد الحطاطات على الفروة التي قد تستر بجلب بسبب الرضح المتكرر بالتمشيط (الطفحاحات) الإفرنجية المتقوية (راجع الأشكال ٤ - ١٧ ، ٤ - ١٨ ، ٤ - ١٩ ، ٤ - ٢٠) .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الطفحاحات الحطاطية الإفرنجية عن الحزاز المسطح الذي يتميز بالحكة . كما يجب التفكير باللمفوم الخبيث صغيرة العقيدات حيث أن إصابة الأغشية المخاطية تساعد في تشخيص الإفرنجي . ويجب تفريق الطفحاحات الإفرنجية الحطاطية الوسفية عن النخالية الحزازانية المزمنة التي سميت سابقاً التهاب الجلد الطفححي الإفرنجي الشكل لشبهها بالإفرنجي ، غير أن الأعراض الأخرى للإفرنجي تكون غائبة . كما يجب تفريقها عن الصدف (الطفحاحات الإفرنجية الصدفية الشكل) لكن الصدف هو حمامي وسفي ويدو مرتشحاً بعد إزالة الوسوف ، ويجب التفكير أيضاً بالنخالية الوردية الحطاطية .

الأشكال المختلفة للطفحاحات الإفرنجية الحطاطية Variations in Papular Syphilids : تتوضع الطفحاحات الإفرنجية الحطاطية على الثنيات وبخاصة على الشفرين الكبير والصغير وحول الشرج وعلى القلفة ، وبشكل أقل في الإبطين والمناطق الأربية وغالباً على السرة والصفن . تتآكل الحطاطات وتعطن وتميل إلى التكاثر بسبب التز المستمر وبالتالي إلى حدوث نوبات واسعة (اللقموم المنبسط Condylomata Lata) التي تحتوي على كميات كبيرة من اللولبيات الشاحبة . إن الآفات النازة شائعة في الإفرنجي الثانوي وهي وصفية له مع رائحة خاصة مغنية Sweetish Smell .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق اللقموم المنبسط الإفرنجي عن اللقموم المؤنف الذي تسببه الحمات الراشحة والذي يتميز بقاعدته غير اللاطئة وغير المرتشحة في عمق الجلد . كما يجب

تفريقه عن البواسير حول الشرج . وهناك بعض الأشكال من التهاب الجلد الحفاضي الذي يحدث تآكلات في الثنيات تشبه الإفرنجي . ويجب الانتباه لالتهاب الجلد الحطاطي عند الأطفال (الحبيسوم الأليوي الطفلي *Granuloma Glutaeale Infantum*) الذي يحدث غالباً بعد تطبيق الستيروئيدات الموضعية في المنطقة الحفاضية وهنا تغيب علامات الإفرنجي الأخرى ولا يمكن رؤية البريميات الشاحبة بالفحص . (راجع الأشكال ٤ - ٢١ ، ٤ - ٢٢ ، ٤ - ٢٣) .

الأشكال الأخرى من الطفحَات الإفرنجية الحطاطية Other Forms of Papular Syphilids : من الأشكال الأخرى لهذا المرض الطفحَات الإفرنجية الحطاطية في خط الشعر في المنطقة الصدغية والجبهة (إكليل فينوس *Corona Veneris*) ويُفرّق عن التهاب الجلد المني والصداف والمُعدّ النخري الدخني . وهناك شكل من الطفحَات الإفرنجية الحطاطية على الوجه في منطقة الثلم الأنفي الشفوي وفي زاويتي الفم (الصوارين) وفي السلم الذقني . قد تصبح هذه الآفات حلبيومية (الطفحَات الإفرنجية الحلبيومية) ذات قاعدة لاطقة مرتشحة . ويجب تفريقها في منطقة الصوارين عن الصباغ (*Perlèches*) حيث لا يشاهد ارتشاح حطاطي ، قد تتشكل حطاطات إفرنجية بين الأبخاس تلبس مع التآكلات بين الأبخاس إلا أنها هنا تكون غير مرتشحة وقليلة التز بعكس الآفات الإفرنجية . وثمة شكل من الحطاطات الإفرنجية التي تتوضع على الراحتين والأخصصين (الطفحَات الإفرنجية الراحة الأخصصية) . تأخذ شكل التقران الشبيه بالثفن (الثفن الإفرنجي أو القرن الإفرنجي) . وهناك شكل آخر من الحطاطات الإفرنجية حمراء نحاسية في الثنية الظفرية تعطي الداحس الإفرنجي *Sypilitic Paronychia* الذي قد يكون له أثر ثانوي على نمو الظفر .

الطفحَات الإفرنجية البثرية Pustular Syphilid : وهي نادرة جداً . قد تنشأ البثور في ذرى الآفات الحطاطية ثم تجف وتترك جُلباً . تتشكل أحياناً بثرة مباشرة ثم يتشكل فوقها جلب . لذا قد يكون الطفح الظاهر حطاطياً بثرية أو بثرية صرفاً أو حطاطياً جليياً يشبه الجدري لكنه لا يترافق بترفع حروري .

الطفحَات الإفرنجية القرحية Ulcerous Syphilid : تتفرح الحطاطات في الإفرنجي الثانوي من حين لآخر فتتشكل الطفحَات الإفرنجية القرحية . تشفى الآفات عادة في الإفرنجي الثانوي دون تشكل ندبة . فالتقرح والتندب غير شائعين إلا أن بعض الآفات تتفرح أحياناً (الطفحَات الإفرنجية القرحية الباكرة) .

الإفرنجي الخبيث *Malignant Syphilis* :

هذا الشكل نادر جداً . فهو مرض وخيم مترق ومحرب .

من مظاهره المميزة حدوث آفات قرحية منتشرة . ويدل وجوده على نقص مقاومة خاصة عند المريض ضد العامل المرض . قد يحدث الإفرنجي الخبيث مع أو دون آفة بدئية ، يتحول الجسوء البدئي بسرعة إلى قرحة مغطاة بغشاء كاذب سميك . ونادراً ما يشاهد الدبل الناحي غير المؤلم . يدي المريض مع بدء الدور الثاني تشكل حطاطات صغيرة منتشرة بسرعة مع مركز أحمر متفرح . تمتد القرحات المقتلعة الحواف بسرعة في جميع الاتجاهات تغطها جلب وسفية سمكة *Rupia Syphilitica* . تكون حواف القرحات لينة قليلة العدد عادة . تُعطى تقرحات الأغشية المخاطية للفم واللوزتين بأغشية كاذبة بيضاء رمادية تشبه الأغشية المشاهدة في الخناق . ويشاهد أحياناً تحرب واسع في اللهاة وشرع الحنك ناجم عن التفرح . قد يحدث جدع *Mutilation* في اللهاة ، يصعب رؤية اللولبيات الشاحبة بالفحص بالساحة المظلمة ، ولا يحدث التهاب العقد المتصلب . تتجلى الموجودات العامة بنقص شبيه ، وتعب ، وشحوب ، ونقص وزن وترفع حروري ٣٨ - ٣٩ ° مئوية . تتأخر أحياناً إيجابية التفاعلات المصلية . لا يوجد خيرة كافية عن التفاعلات المصلية النوعية مثل *TPHA* و *FTA* في هذا الداء .

التشخيص : المظاهر المميزة للإفرنجي الخبيث هي بدء الطفح الإفرنجي ، وتفرح جميع آفات الجلد والأغشية المخاطية ، وغياب الارتشاح في حواف القرحات ، وغياب التهاب العقد المتصلب المعمم ، وتأخر ظهور التفاعلات المصلية والأعراض العامة المتروية .

المسار Course : يمكن للإفرنجي الخبيث أن يهدد الحياة . تحدث في الإفرنجي الخبيث آفات الإفرنجي الثالثي باكراً في الدور الثاني من الإفرنجي حيث يدي المرضي المصابون بالوردية الإفرنجية في أي مكان من الجسم ظهور عقيدات تتفتح لتشكّل قرحات تشابه الصموغ . (راجع الشكل ٤ - ٢٤) .

اضطرابات استقلاب الصباغ Pigment Metabolism Disorders : يؤدي تراجع الآفات الإفرنجية إلى ملان *Melanose* تالٍ للالتهاب ، وهو غير نوعي للإفرنجي لأن آفات النهاية أخرى تؤدي إلى نفس التأثير . قد يتوقف إنتاج الصباغ في مكان الطفحَات الإفرنجية المتراجعة مما يؤدي إلى نقص التصبغ . وبالعكس فقد يكون هناك تحريض لإنتاج القتامين مما يؤدي إلى فرط تصبغ . يجب توقع حدوث اضطراب التصبغ أثناء تراجع الطفح في الأسابيع ٤ - ٦ بعد بدء الدور الثاني . ومع ذلك فإن استقلاب الملانين لا يتأثر عادة بالإصابة بالإفرنجي . إذا تثبت إنتاج الصباغ تحدث بقع من نقص الصباغ أو الوضع الإفرنجي *Leukoderma Syphiliticum* . ويحدث

هذا عادة على حواف العنق حيث يشاهد بقع صغيرة ناقصة الصباغ غير محددة مشكلة شريطاً حول العنق (قلادة فينوس Venus Collar) . يحدث الوضع الإفرنجي أيضاً في الحفرة الإبطية الأمامية . ويكون التراجع بطيئاً . وقد تكون الآفات الإفرنجية مفرطة التصبغ عند التراجع . يشكل عند المريض بقع ذات لون بني غامق يطلق عليها الطفححات الإفرنجية المصطبغة Pigmented Syphilids .

التشخيص التفريقي : التشخيص التفريقي معقد ، إذ أن هناك عدة أمراض جلدية تؤدي إلى وضع الجلد مثل الصدف والصداف المعالج بالأتزالين والنخالية الحزازانية المزمنة . ويختلف ايضاً الجلد هنا بتوضعاته كما أن ايضاً الجلد الإفرنجي يترافق بعلاجات أخرى . ويجب التفكير بالتصبغ التالي للطفححات الخارجة الناجمة عن الدواء وتفريقها عن الطفححات الإفرنجية الصباغية .

اضطرابات نمو الأشعار Disturbances of Hair Growth : غالباً ما يحدث في الإفرنجي اضطرابات في نمو الأشعار ، يكون تساقط الشعر بضعاً ويتناسب مع مكان الآفات السابقة . وينجم عن نفس أسباب التبدلات الصباغية أي أذية انسامية أو النهائية للأجربة الشعرية ويحدث ذلك بعد ٨ - ١٢ أسبوعاً من بدء الإفرنجي . يسهل تقصير الشعر رؤية الخاصة الإفرنجية Syphilitic Alopecia حيث تكون البقع على الفروة صغيرة أو كبيرة منتشرة انتشاراً غير منتظم وتعطي منظر الشعر المأكول بالعث . ولا يوجد أبداً تساقط كامل للأشعار في بقعة واحدة . لا يلاحظ أكثر المرضى ترقق الشعر Hair Thinning البقي ويشيرون فقط للميل لتساقط الأشعار بشكل عام . يحدث تساقط الأشعار في الحاجبين والمناطق المشعرة الأخرى في الجسم . وهو يتراجع عفوياً . هذا وقد يحدث في الإفرنجي الثانوي تساقط أشعار منتشر إلى جانب فقد الأشعار البقي فيشكو المرضى من زيادة تساقط الأشعار من الفروة حيث ، بالفحص السريري ، يبدو تخلخل فيها مع غياب آفات أخرى . لهذا يجب التفكير بالإفرنجي أمام كل حالة من تساقط الأشعار المنتشر .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الخاصة الإفرنجية عن الخاصة البقية حيث تكون البقع ذات حدود واضحة وخالية تماماً من الأشعار ، ويمكن نزع الشعر من الحواف بسهولة . كما يجب التفكير بتساقط الأشعار المنتشر لأسباب أخرى .

الأعراض المخاطية Mucosal Symptoms : تطابق آفات الأغشية المخاطية آفات الجلد لكن الحطاطات لا تكون مرتفعة كما أن اللعاب يؤدي إلى التعطن . تكون الطفححات المخاطية الثانوية على شكل لويحات مخاطية غنية جداً باللولبيات الشاحبة وتعتبر

مصدر عدوى خطر . يبدو الطفح الداخلي الإفرنجي غير المختلط على شكل بقع حمامية وسرعان ما تشاهد هذه البقع الحمراء الصغيرة على شراع الحنك والحنك العظمي والغشاء المخاطي للفم وتكون حمامية فقط لفترة قصيرة . يؤدي الالتهاب والوذمة والارتشاح إلى التعطن محدثاً غشاءً رمادياً وحطاطات متألقة (اللويحات الأوبالانية Plaques Opalines) . تبدو هذه الحطاطات بشكل واضح على الحافة السفلية للسان . تنتج الحطاطات اللسانية بالالتهاب وتصبح لمساء (اللويحات للمساء Plaques Lisses) . إذا ازداد الارتشاح ترتفع اللويحات وتستر بغطاء سطحي أبيض رمادي . وتؤدي التبدلات التالية إلى التآكل وحتى إلى التقرح .

التشخيص التفريقي : يصعب تشخيص الإفرنجي إذا حدثت الآفات الإفرنجية بشكل منعزل في الأغشية المخاطية . ويعتمد التشخيص في هذه الحالة على التحري عن اللولبيات الشاحبة والاختبارات المصلية والتهاب العقد التصليبي . يسهل تفريق اللويحات المخاطية عن آفات القلاع المحددة والمؤلمة وعن الحلأ البسيط المتعدد الحلقات . كما يجب تفريق الآفات الإفرنجية على الأغشية المخاطية عن الحزاز المسطح والذئب الحمامي المزمن والطلوان حيث تشاهد آفات مخاطية ثابتة لها صفاتها الشكلية النموذجية والتي تبقى دون تبدل لمدة طويلة . (راجع الشكل ٤ - ٢٥) .

التهاب اللوزتين والبلعوم الإفرنجي (الذباح الإفرنجي) Syphilitic Tonsillitis and Pharyngitis (Angina : Syphilitica)

وهو ذو دلالة تشخيصية هامة . يجب تفريق التهاب البلعوم النوعي عن اللويحات المخاطية في الإفرنجي الثانوي لأنه يصيب النسيج الغدي اللمفي في منطقة اللوزتين مثل التهاب العقد اللمفية التصليبي . تبدي اللوزة بمجملها انتباجاً التهابياً وتكون قاسية بالجلس . قد تصاب اللوزتان بشكل متناظر . ويؤدي التعطن الناجم عن المفرزات الفموية إلى تشكل غطاء منتشر إلى سطح ذي لون أبيض رمادي . فالانتباج الودمي في اللوزتين هو وصفي للذباح الإفرنجي مع احمرار خفيف بالنسج المحيطة وطلاء أبيض وألم بالبلع وغياب الترفع الحروري . (راجع الشكل ٤ - ٢٦) .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الذباح الإفرنجي عن أمراض متعددة كالتهاب اللوزتين الحاد الذي يؤدي إلى عسرة بلع وترفع حروري في حين أن الآفة البدئية الإفرنجية على اللوزتين تكون وحيدة الجانب مع انتباج شديد في العقد اللمفية الناحية خاصة من جهة الإصابة . كما يجب أن يفرق عن الحنق الذي يصيب شراع الحنك واللهاة وغالباً ما يحدث ترفعاً حرورياً معتدلاً .

وقد يلتبس الذباح الإفرنجي مع ذباح فنتسان - Plant Vincent الذي يحدث تقرحا نخرى غريب الشكل .

انتاج العقد اللمفية Lymph Node Swelling : يشاهد التهاب العقد اللمفية التصلبي في الإفرنجي الثانوي المزدهر . تختلف درجة انتاج العقد اللمفية ، وبشكل عام تكون بحجم ١ - ٢ سم غير أن بعضها يكون أصغر من ذلك . وقد تكون واضحة الحدود صلبة ، سطحها أملس تتحرك على النسيج العميقة تحتها ، سهلة الحس وغير مؤلمة ولا تشكل خراجات . تراجع دون معالجة بعد عدة أشهر . يجب جس جميع العقد عند الشك بالإفرنجي وذلك في منطقة الرأس والرقبة والإبط وحول الثديين والمنطقة الرزدية والأربية . وتتضخم عادة بعض العقد اللمفية فقط ، وأكثرها إصابة هي العقد اللمفية في منطقة نزع الأفة البدئية .

الأعراض العامة : قد تكون الأعراض العامة غائبة أو ضئيلة في الإفرنجي الثانوي ، وقد يكون المريض شاحباً متعباً فاقداً للشهية والنشاط . ويكون الألم العضلي وألم المفاصل من منشأ عظمي . يحدث الألم في العظام الطويلة خاصة كالفخذ والزند والعضد وأيضاً في المنطقة الصدغية ومنطقة الثدي والرقبة وبخاصة أثناء الليل . ومن المحتمل أن ينجم الألم عن التهاب نوعي ما حول العظم لا يمكن كشفه سريرياً . كما قد يشكو المريض من صداع قفوي أو شقي ناجم عن التهاب السحايا الإفرنجي الباكر الذي يمكن كشفه بفحص السائل النخاعي CSF .

يشاهد عند ٥٠٪ تقريباً من المرضى المصابين بالإفرنجي الثانوي تبدلات سريرية لا عرضية في السائل النخاعي ولكن ليس لهذه التبدلات علاقة بالأعراض النخاعية الشوكية الآجلة مثل الهزاع الحركي المترقي أو الخزل العام .

أمراض الأعضاء الداخلية بالإفرنجي Internal Organ Disease : وأكثرها مشاهدة هو التهاب القزحية الذي يكون عادة وحيد الجانب والذي يأخذ شكل عقيدات صغيرة على القزحية . كما يحدث التهاب حاد أو مزمن في الكلية والتهاب وريد وما حول الوريد وألم عضلي محصور . ويجب تفريق التهاب الكبد الإفرنجي عن التهاب الكبد الحمجي (التهاب الكبد ب) رغم أن ذلك صعب .

التطورات الأخرى للإفرنجي الثانوي Further Development of Syphilis II : تراجع الأعراض والعلامات السريرية في الإفرنجي الثانوي وقد تختفي بشكل كامل بفضل دفاع الجهاز المناعي وتبقى فقط التفاعلات المصلية إيجابية . وهذا ما يطلق عليه اسم الإفرنجي الكامن الباكر (الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية Lues Latens)

(Seropositiva) . ومع ذلك فقد تحدث رجعة سريرية للإفرنجي الثانوي بعد بضعة أسابيع . تؤدي الرجعة الأولى إلى صورة معدلة . ينقص عدد اليرميات الشاحبة نتيجة الدفاع المناعي . تعتبر الوردية الإفرنجية الراجعة من العلامات النموذجية لهذه المرحلة من الداء . يُعتقد حدوث مناعة نسجية موضعة مكان ظهور الاندفاعات الجلدية أثناء الإفرنجي الثانوي المزدهر لأن يقع الطفح الخارجي لا تُمس في الداء الراجع ، بينما تحدث الآفات الجديدة في النسيج المحيطة بمكان الإصابات السابقة . لذلك غالباً ما تكون الآفات الجديدة حلقية . تتوضع آفات الوردية الإفرنجية الراجعة بشكل متناظر وتعتبر الطفححات الثانوية العدنية الشكل Corymbiform من العلامات الوصفية للرجعة . وتطلق هذه التسمية على مجموعة من الحطاطات الصغيرة أو الكبيرة التي تتوضع بشكل القنبلة المتفجرة ، حيث تتوضع الحطاطات الكبيرة في الوسط والحطاطات الصغيرة في المحيط . تكون هذه الحطاطات قاسية ووسفية لذا فهي تمثل من الناحية الشكليائية زمرة من الحطاطات الإفرنجية الوصفية المجتمعة .

تشكل في هذه المرحلة الطفححات الإفرنجية الراجعة الطفححات الجريبية أو الحطاطية المجتمعة والتي تسمى الخزاز الإفرنجي . يشاهد في منطقة محددة ١ - ٢ سم حطاطات صغيرة جريبية ١ - ٢ مم حمراء قليلاً وقاسية غالباً تستمرها على ذورتها وسفة مخروطية الشكل وهي تتوضع بشكل متناظر ويجب تفريقها عن الطفحة الشعرية Trichophytid والخزاز الخنزري في التدرن .

إن الإفرنجي العقيدي من الأشكال النادرة التي تشاهد في الإفرنجي الراجع . يتوضع على الأطراف السفلية ويلتبس مع الحماسي العقدة ولكنه بعكسها يقترح بسرعة ويجب تفريقه أيضاً عن الآفات الحماسية العقيدية الأخرى . قد تحدث الطفححات الإفرنجية الحلقية في الإفرنجي الثانوي المزدهر ولكنها أكثر مشاهدة في المرحلة الراجعة الباكرة ، وتكون بشكل أشرطة بقطر ١ - ٢ سم . ومن أشكال هذه المرحلة أيضاً الحطاطات الوجهية المثية .

الانتقال إلى الإفرنجي الثانوي الآجل Transition to Late Secondary Syphilis : تمتد فترة كمون طويلة دون أعراض سريرية بعد الرجعة الأولى حيث قد يحدث بعدها رجعة ثانية وثالثة وحتى رابعة . تتناقص الأعراض والعلامات بشكل مستمر بعد كل رجعة وتصبح قابلية العدوى قليلة لقلّة عدد اليرميات الشاحبة في الآفات . ويعتقد أن احتمال حدوث الرجعات تابع لتشكيل المناعة الخلوية . إن تجمع الآفات بشكل متناظر يشير إلى مرحلة الإفرنجي الثانوي المتأخرة . وعندما يفقد التناظر تماماً فإن ذلك يدل على الانتقال إلى الدور الثالث .

متناظرة ، مجتمعة مع ميل للاندماج والشفاء تاركة ندبات ضمورية ، لا يوجد لولبيات في الآفات بسبب المقاومة الخلوية لذلك فهي غير معدية وليس بالإمكان التحري عن الأحياء الدقيقة بالفحص بالساحة المظلمة .

تتميز المرحلة الثالثة تشريحياً مرضياً بتفاعل التهابي حبيبي نوعي مع تنخر وحبيوم إفرنجي (Syphilitic Granuloma) النمط الشبيه بالتدرن (Tuberculoid Type) . تكون التفاعلات المصلية اللا لولبية والتفاعلات اللولبية النوعية (FTA, TPI, TPHA) إيجابية في هذه المرحلة . وهناك اختبار سريري هام للتشخيص وهو تراجع الآفات السريع وبخاصة الصمغ بعد المعالجة (البوتاسيوم اليودي ١٠ غ إلى ١٥٠ غ ماء مقطر ، يؤخذ ملعقة شاي ثلاث مرات يومياً أو ملعقة طعام ثلاث مرات يومياً إذا كان تحمل الدواء جيداً ولمدة خمسة أيام) حيث تميل الآفات التالية إلى الشفاء بشكل واضح خلال خمسة أيام كما قد تستجيب الحبيومات الأخرى لهذه المعالجة إلا أنه من المهم نفي الأمراض الدرقية والسل قبل البدء بها .

يختلف سير الإفرنجي في المرحلة الثالثة . فقد تظهر الآفات الجلدية والحطاطية وفي الأعضاء الباطنة بعد ٣ - ٥ سنوات من بدء المرض . أو قد يبقى الإفرنجي لا عرضياً . وفي هذه الحالة قد تكون التفاعلات المصلية اللا لولبية إيجابية (الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية) أو سلبية (الإفرنجي الكامن سلب التفاعلات المصلية) .

يمكن تقسيم الآفات الثالثة إلى مجموعتين : الإفرنجي الجلدي الشبيه بالتدرن (الطفحة المعجرة Tubercous Syphilid) ذو التوضع الأدمي ، والصمغ الإفرنجي ذو التوضع تحت الجلد .

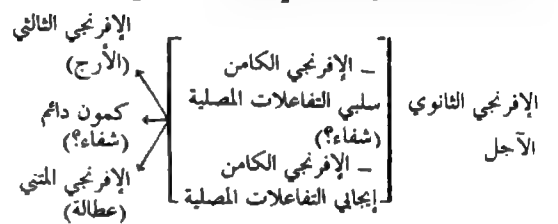
الطفحة الإفرنجية الجلدية Cutaneous Syphilid : يُحدث الإفرنجي التالي آفات جلدية مجتمعة عقيدية أو معجرة (ذات حذبات) . تكون في البدء مجتمعة منعزلة أو متلاقية وحلقية الشكل ، تكون العقيدة الواحدة حمراء بنية قاسية مرتفعة ذات قطر من ٣ إلى ٥ مم . قد تكون مستورة بوسوف تشفى في المركز وتترك مكانها بقعة ضمورية مسطحة مفرطة أو ناقصة التصبغ ، في حين تتسع في المحيط نتيجة تشكل عناصر جديدة وهكذا تحدث أشكال قوسية أو ساعية معجرة (Tuberoseriginous Syphilid) . يؤدي تفرح الحطاطات أو العقيدات إلى تشكل قرحات ساعية (Serpiginous) يبلغ قدها ٥ مم ذات قعر أصفر نخري ومحيط وسفي . يبدأ التندب من المركز بينما تتسع القرحة في المحيط . ولا يحدث نكس في الندبات بعكس الذأب الشائع . والقاعدة هي ، ما يجربه الذأب الشائع خلال سنوات يجربه الإفرنجي خلال أسابيع أو أشهر . لا يشاهد ارتشاح ذأباني لدى المعالجة بالشفوقية . تحدث

يستمر الإفرنجي الثانوي بشكل عام من ٢ - ٣ سنوات حيث يحدث خلال هذه الفترة أرج نوعي وميل لتشكل الحبيوم الإفرنجي .

الانتقال إلى الإفرنجي الكامن والإفرنجي التالي Transition to Latent Syphilis and Tertiary Syphilis

الإفرنجي غير المعالج ممتانلاً دائماً . قد يشفى الإفرنجي عفوياً ونسبة تتراوح بين ٣٠ - ٦٠٪ . وقد يحدث غالباً انتقال باكراً إلى مرحلة الكمون التي قد تستمر عدة سنوات حيث تصبح التفاعلات المصلية اللا لولبية سلبية ، وأحياناً قد تصبح التفاعلات المصلية اللولبية سلبية (الإفرنجي الكامن سلب التفاعلات المصلية) . تبقى التفاعلات المصلية اللولبية إيجابية عند غالبية المرضى غير المعالجين (٦٠٪ من الحالات) ؛ وهذا ما يسمى الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية . قد تظهر علامات وأعراض جديدة على الجلد والأعضاء الداخلية بعد ١٠ ، ٢٠ ، ٣٠ سنة أو أكثر . وقد تفصل مدة زمنية طويلة خالية من الأعراض بين الإفرنجي الباكر (الإفرنجي الأولي والثانوي) والإفرنجي المتأخر (الإفرنجي الثالث والرابع) . يتوقف سير الإفرنجي على استجابة المناعة الخلوية . يجب أن يتشكل تفاعل أرجي من نمط السلين Tuberculine (التفاعل من النمط الرابع لكومبس وجل Coombs و Gell) عند الثوي ضد اللولبيات كي يحدث الإفرنجي التالي . تسبب المستضدات الإفرنجية تشكل حبيوم إفرنجي نموذجي (الصمغ Gumma) . ومع تطور المرض قد تظهر مرحلة من تعطل المناعة Anergy ويمكن أن تؤدي إلى تظاهرات الإفرنجي العصبي المتأخر كالتهاب الظهري والحزل المتعمم (الإفرنجي المتني Parenchymatous Syphilis) .

احتمالات التطور في الإفرنجي الثانوي الآجل :



لا يمكن لكائن حي أن يبدي حالة أرج وعطالة في آن واحد . فإذا حدث الإفرنجي التالي مع أرج فلا يمكن أن يحدث الإفرنجي المتني (التابس الظهري والحزل المتعمم) .

الإفرنجي التالي ، الدور الثالث

Tertiary Syphilis, Stage III

يتبع الإفرنجي التالي الإفرنجي الباكر (الإفرنجي الأولي والثانوي) . يظهر الإفرنجي التالي بعد فترة زمنية تتراوح بين ٣ - ٥ سنوات ، تكون الآفات السريرية غير مبعثرة وغير

الطفحاحات الإفريقية القرحة الساعية في أي مكان ولكنها تتقي الوجه والفروة . (راجع الشكلين ٤ - ٢٧ و ٤ - ٢٨) .

التشخيص التفريقي : يثبت التشخيص بالتفاعلات المصلية ويفيد اختبار البوتاسيوم اليودي ومن المهم تفريقه عن الذأب الشائع ، والساركويد والفطار الفطري حيث يبدى الفحص النسيجي حيويومات آدمية درنية الشكل مع مصوريات .

الطفحاحات الإفريقية تحت الجلد Subcutaneous Syphilid : يحدث في الإفريقي الثالثي في أي مكان من الجلد طفحاحات إفريقية تحت الجلد تسمى الصمغة . تبدأ بشكل عقيدة صغيرة تحت الجلد تكبر وتهاجم الأدمة . يكون الجلد فوقها أحمر أو بنياً محمراً وهي ذات قوام قاسر ومطاطي . ينتخر مركزها بعد عدة أسابيع أو أشهر وينقب ويترقي قيحاً غيمياً ، وتحدث قرحة بأحجام مختلفة وتبقى حوافها قاسية ومطاطية . يبدى قاعها تشققات ويكون مملوءاً بمخاط قححي نخري . يكون التقرح الصمغي كلوي الشكل بحجم الخوخة إلى التفاحة مؤلم بالضغط ، ولا يوجد ضخامة في العقد اللمفية الناحية ، يشفى القرع الصمغي بعد عدة أسابيع إلى أشهر تاركاً تخرياً نسيجياً واسعاً وندبة ملساء بيضاء محاطة بمنطقة مفرطة التصبغ . تخرب الصمغة بعض المناطق في الجسم لعمق كبير حيث توجد في جميع الطبقات بين الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد والعضلات والسماحاق وحتى في العظام ، تحدث الصمغة على الجهة والفروة والشفنتين والرقبة والأعضاء التناسلية والساقين ، وفي أي جزء من الجسم . وغالباً ما تكون الصمغة وحيدة وقد تتشكل عدة صموغ في أن واحد ، تحدث الصمغة العظمية بشكل انتقائي في العظام الطويلة مباشرة تحت الجلد مثل الظنوب ، والكعبرة ، والرقوة ، والقص ، والكتف ، وقبة القحف ، والعظم الصدغي . تبدأ الصمغة العضلية في النسيج الخلائي الموعى وتخرب العضلات .

التشخيص : يوضع التشخيص بالفحص السريري والاختبارات المصلية والخزعة واختبار البوتاسيوم اليودي .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير في جميع الأمراض المزمنة التي تصف بحدوث عقيدات تحت الجلد (تشبه الصمغة) وتنقل إلى الجلد ثم تنقب وتقرح وأخيراً تترك ندبة . كما يجب التفكير بالتدرن (تدرن الجلد المميع) ، الحمامي الصلبة لبازان Bazin داء الشعيات Actinomycosis وداء الشعريات المبوغة Sporotrichosis والذأب الحمامي العميق ، والمفوما الخبيثة ، والتهاب السبلة الشحمية Panniculitis أو الأدوية الحبيبية الأخرى .

الآفات على الشفاه وفي جوف الفم Lesions on the Lips and in the Oral Cavity :

الشفاه Lips : تظهر الطفحاحات الإفريقية الساعية والصموغ

على الوجه المخاطي للشفاه وبخاصة الشفة العليا . يؤدي التهاب الشفة الضخامي الإفريقي إلى توذم شديد في الشفة العليا مع تبدلات تتراوح بين الارتشاح المنتشر وحتى التليف في الغشاء المخاطي . قد تلتبس هذه الآفات مع التهاب الشفة الحبيبي (متلازمة ميلكرسون روزنتال) أو مع فيل الشفة العليا الناجم عن الحمرة الناكسة أو الحلا البسيط الناكس .

جوف الفم والأنف : تصيب الصموغ الإفريقية وترة الأنف ، والحنك العظمي ، وشرع الحنك ومنطقة اللوزتين مشكلة صموغاً في النسيج الرخوة أو ما حول العظم أو في العظم . تحدث الصموغ في جوف الأنف وبخاصة الترة وعظم الأنف أكثر منها في الفم . ويؤدي اجتماع الآفات إلى تخرب واسع في الحنك وانتقابه ويبقى الاتصال بين الأنف وجوف الفم قائماً بعد الشفاء وقد يحتاج إلى ترميم جراحي .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الصموغ الإفريقية عن العيوب العظمية الولادية والسرطانات الخربة (تكون قاسية في المحيط ويسهل تفريقها بالتشريح المرضي) وعن النواسير السنية الجانبية والتهاب العظم والنقي التي تترافق بالألم والترفع الحروري .

الحنك واللوزتان : قد يكون التوضع البدئي للصموغ الإفريقية في شرع الحنك واللهاة واللوزتين فيحدث فيها تخرب وتورم واحمرار وتشكل قرحة صغيرة محددة الخواف مستورة بمخاط نخري قح . وأخيراً يصاب شرع الحنك وتخرّب اللهاة ويشاهد في المرحلة الأخيرة ضياع واسع على شكل V في شرع الحنك المتندب يفتح على المنطقة البلعومية ويتزاح شرع الحنك المتندب إلى جهة واحدة غالباً .

التشخيص التفريقي : قد تلتبس الصمغة في اللوزة مع الآفة الأولية للإفريقي غير أن هذه تكون متناظرة وغنية باللولبيات الشاحبة مع الدبل خلف الفك السفلي بينما لا يؤدي الإفريقي الثالثي إلى تورم العقد اللمفية ، ويجب تفريق الصمغة عن سرطانة اللوزة التي تكون قاسية قساوة حجرية وتشخص بالتشريح المرضي . كما يجب تفريقها عن السرطانة الانتقالية وتفرق أيضاً عن القرع السلي الذي يكون مؤلماً وغنياً بالعصيات السلية .

اللثة Gingiva : يندر توضع الصمغة على اللثة التي غالباً ما تكون متصلة مع صمغة عظمية في الفك السفلي . يجب تفريقها عن السرطانة أو القرحة الآكلة مع تسوس الأسنان .

اللسان : تأخذ إصابة اللسان بالإفريقي الثالثي أشكالاً مختلفة ، تتشكل في بعض الحالات حطاطات عقيدية صغيرة على ظهر اللسان تميل للاجتماع وتخرب الحليقات اللسانية مؤدية إلى لسان

تكون حالة المريض في الإفرنجي الدخني التقرحي المخاطي جيدة وتكون التفاعلات المصلية اللولبية إيجابية ، ويؤدي إعطاء البوتاسيوم إلى الشفاء السريع .

الإفرنجي الثالثي في الأعضاء الداخلية : قد تصاب بعض الأعضاء الداخلية في الإفرنجي الثالثي مثل الكبد والرتين أو الدماغ . وتكون المعالجة في هذه المرحلة ليست من مسؤولية طبيب الجلد فقط . فالإفرنجي العيني يعالجه طبيب العين ، وإفرنجي الجهاز العصبي المركزي يعالجه طبيب العصبية والإفرنجي القلبي الوعائي يعالجه طبيب القلب .

العين : تحدث الصمغة الإفرنجية في أي جزء من العين وأكثر ما تشاهد في القرنية وحواف الجسم الزجاجي . أهم التبدلات الإفرنجية في العين هي ضمور العصب البصري الذي قد يؤدي إلى العمى التام مع خزل عام . ينجم الضمور عن التهاب العصب البصري أو عن الضغط عليه . ومن الشائع حدوث شلل العضلات الخارجية الذي قد يكون وحيداً أو ثنائياً الجانب . وتعتبر علامة أرغايل روبرتسون - Argyll Robertson Sign وهي خزل المتعكس الحدقي للضوء من العلامات الواسمة للخزل التابي ، وهي تنجم عن التخرب في الاتصال بين العصب البصري والعصب المحرك المشترك ، يشاهد عادة تضيق الحدقة وعدم تساوي الحدقتين . كما يحدث شلل تام في منعكسات الحدقة وتوسعها مما يدل على إصابة نواة الأعصاب المحركة بالإفرنجي العصبي أو الصمغة . ويعتبر التهاب القرنية الخلالي من علامات الإفرنجي الخلقي ولكنه قد ينجم عن السل .

الأذن : يعتبر صمم الأذن الداخلية من العلامات الهامة في ثلاثية هاتشنسون Hutchinson's Triad وتدل على الإفرنجي الخلقي .

القلب والأوعية الدموية : يعتبر الإفرنجي القلبي والأهري والأوعية الدموية الأخرى ذو أهمية بالغة بالنسبة للطبيب حيث تهدد أم الدم الإفرنجية الحياة لأنها قد تؤدي إلى التمزق العفوي كما يمكن أن تصاب الأوعية الإكليلية . قد تحدث الصمغة في أي منطقة من القلب وتخربها وتؤدي لاضطراب في وظيفته بسبب تبدلات جهاز النقل ، أو تحدث أعراض احتشاء العضلة القلبية . تحدث أعراض قلبية حادة أثناء تفاعل هيركسهايمر Kerxheimer's Reaction بعد المعالجة بالبنسلين . لذا يجب إجراء فحص سريري للكشف عن الإفرنجي القلبي الوعائي قبل بدء معالجة المرضى الذين لديهم إفرنجي كامن إيجابي التفاعلات المصلية ولفترة طويلة أو الذين لديهم إفرنجي خلقي أو إفرنجي متأخر .

الأعضاء المتية Parenchymatous Organs : تحدث الصمغة

أملس مبيض مع ندبات ضمورية . قد تظهر عقيدات جديدة لكنها لا تحدث في مكان الندبات الضمورية . وأخيراً يدي الجزء الخلفي من سطح اللسان مناطق تصلبية ضمورية ملمساء غير منتظمة ومختلفة الأحجام . قد ينشأ الطلوان على هذه السطوح الملمساء وتعتبر آفات ما قبل السرطانية .

التشخيص التفريقي : يجب التفريق عن الخزاز المسطح والذآب الحمامي والطلوان والتهاب اللسان الحبيبيومي .

صمغة اللسان Tongue Gumma : تحدث هذه الآفة منعزلة أو بشكل مجموعات ، تتوضع العقيدات العميقة غير المؤلمة في أخلّة النسيج العضلي أو تتحد مع العضلات وتشكل قرحة غير مؤلمة ضخمة على ظهر اللسان . تشفى ببطء تاركة مكانها ندبة منمخصة مع حواف مرتفعة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن سرطانة اللسان والتهاب اللسان الخلالي .

التهاب اللسان الخلالي السطحي Superficial Interstitial Glossitis : يظهر عادة التهاب خلالي حبيبيومي منتشر في أجزاء من المخاطية وتحت المخاطية لظهر اللسان . وينتج عن هذا الالتهاب انكماش سطحي وتصلب وضمور وبذلك تتخرب وتسطح الحليمات اللسانية وهناك ميل لحدوث الطلوان .

التهاب اللسان الخلالي العميق Deep Interstitial Glossitis : يتوضع الالتهاب الخلالي الحبيبيومي عميقاً ولا تشاهد الخراجات والانتقَاب والتقرح . ينتج اللسان في البدء (ضخامة اللسان) ويتبع ذلك انكماش وتصلب . ويمكن الشعور بصلاية ليفية كتلية في مجمل اللسان .

التشخيص التفريقي : يمكن أن يلتبس في مرحلة ضخامة اللسان مع التهاب اللسان الحبيبيومي وأجلاً يلتبس مع اللسان المشقوق وسرطانة اللسان . من الشائع مشاهدة سرطانة اللسان في الإفرنجي الثالثي ، لذا يجب الشك بالإفرنجي عند وجود سرطانة اللسان .

الإفرنجي الدخني التقرحي المخاطي Lues Miliaris Ulcerosa Mucosae : وصفها أرندت Arndt عام ١٩٢٦ . تشاهد نفس صورة السل الدخني التقرحي المخاطي . قد يحدث الإفرنجي الدخني التقرحي المخاطي في أي مكان من جوف الفم كاللسان واللوزتين واللثة حيث تشاهد تقرحات سطحية ذات حواف خارجية غريبة الشكل . يغطي سطحها المثلث حطام وينضح منها مفرزات قيحية مصلية .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن السل الدخني التقرحي المخاطي حيث تكون مقاومة المريض العامة ضعيفة مع سل رئوي متقدم ويسهل معه التحري عن العضية الدرنية . بينما

دوشين Duchenne ، وداء بايل Bayle ، والشلل العام عند المجانين .

يمثل التابس الظهري والحزل العام حالة مترقية من الإفرنجي الثالثي تنجم على الأرجح عن عطالة مناعية عند المريض .

تحدث تبدلات تنكسية في الدماغ وفي متن النخاع الشوكي وتكون هذه الآفات غنية باللولبيات . تستمر فترة الحضانة عادة من ١٠ - ٢٠ سنة وقد تكون أقصر من ذلك . يحدث التابس الظهري عند ٣٪ من المصابين بالإفرنجي ويحدث الحزل العام عند ٥٪ من جميع المصابين .

التابس الظهري Tabes Dorsalis : يدل على التابس الظهري سريرياً الألم الرابع Shooting وحس تقلص حزامي Waistband Constriction وهزج وفقد منعكس الرضفة ووتر آشيل ، وإيجابية علامة Romberg وغياب منعكس الخدقة . قد تكون الأعراض خفيفة أو بعضها موجود فقط حسب الحالة . وفي الحالات المتقدمة تكون جميع الأعراض موجودة وشديدة ويسهل التعرف عليها . إضافة إلى ذلك قد يشاهد ضمور العصب البصري وميل نحو الكسور العفوية .

يترق التابس الظهري في بعض الحالات ويؤدي إلى الموت إذا لم يعالج بعد ٣ - ٤ سنوات . وفي حالات أخرى يستمر الداء لمدة عشرة سنوات أو أكثر .

التشخيص : يستند التشخيص على الموجودات العصبية والفحوص المصلية الدموية وفحوص السائل الدماغي الشوكي .

الحزل العام General Paresis : يبدأ الحزل العام سريرياً بأعراض لا نوعية مثل صداع مستمر يتبعه ازدياد في التبدلات النفسية . يتصرف بعض المرضى دون تحفظ بينما يكون البعض الآخر مكثياً ويدي الآخرون جنوناً متزايداً . وهناك اضطراب في الكلام مثل حبسة الحروف مع عدم انتظام في الكتابة وتقلصات وحيدة أو ثنائية الجانب وسكتات Strokes .

التشخيص : تكون الاختبارات المصلية اللا لولية في الحزل العام إيجابية ١٠٠٪ في المصل وفي السائل الدماغي الشوكي ولا تدل تبدلات السائل الدماغي الشوكي على استمرارية التبدلات الإفرنجية الباكورة ولكنها تكون ناجمة مباشرة عن الإصابة الدماغية الشوكية . يحتاج المريض المصاب بالإفرنجي إلى معالجة مناسبة لكي نقيه من حدوث هذه التظاهرات .

التشخيص التفريقي : من الصعب أحياناً تفريق الإفرنجي الدماغي الثالثي عن الحزل العام بسبب حدوث الاضطرابات النفسية في كلا المرضين . قد يستجيب الإفرنجي الدماغي الثالثي للبووتاسيوم اليودي بينما يعند الحزل العام على هذه المعالجة . يجب

الإفرنجية في الرئة ويعصب تفريقها عن سرطانة الرئة والتدرن أو الغرناوية . وقد تحدث هذه الصمغة في الكبد والتهاب الكبد الخلالي الشمعي ، كما تحدث التبدلات الإفرنجية أيضاً في السبيل المعوي والطحال والسبيل البولي التناسلي . ويندر جداً مشاهدة الصمغة في الأجسام الكهفية .

الخصيتان Testes : إن إفرنجي الخصيتين شائع نسبياً . يحدث في الإفرنجي الولادي التهاب الخصيتين التليفي وما حولهما ويتطور إلى ضمورهما . يدل زيادة حجم الخصيتين على الصمغة ، وغالباً ما يكون هناك عدة عقيدات . تراجع الصمغة ويحدث تندب ولكن دون انثقاب . ويؤدي ذلك إلى تبدلات ثمانية في متن الخصية . وقد يحدث انثقاب في حالات أخرى ويؤدي إلى تقرح عميق وبالتالي إلى تندب في جلد الصفن .

التشخيص التفريقي : تصاب الخصيتان بشكل عام بالصمغة والأورام الخبيثة (الورم المنوي ، الغرن) بينما يصاب البربخ بالسل والسلان البني وأخماج لا نوعية .

العظام : غالباً ما يكون لتقرح الساق علاقة مع الإفرنجي ويؤدي إلى تصلب العظام وتخلخلها . قد تحدث تبدلات كلية في العظم مع ثخانة واضحة ويكون غير مستقر بسبب بنيته الشبيهة بقرص العسل . يشاهد في الإفرنجي النولادي تبدلات في عظام الأصابع تشبه شوكة منفوخة Spina Ventosa . يؤدي تكثف عظم الظنوب إلى الظنوب على شكل نصلة السيف كما أن تكثف عظم الصدغين يؤدي إلى الأصداع الأولية . ويؤدي تحرب عظم الأنف إلى الأنف السرجي الإفرنجي . وأكثر ما تشاهد صمغة العظام الإفرنجية في العظام الطويلة وقبة القحف ، ومع ذلك قد تصاب جميع أجزاء الفك والحوض والعمود الفقري . ومن النادر رؤية تبدلات إفرنجية في المفاصل .

الجهاز العصبي : إن الصمغ الإفرنجي في الجهاز العصبي خطر إذ يؤدي إلى زيادة في الضغط الدماغي الشوكي فيشكو المريض من نفس أعراض أورام الدماغ . يعتمد تشخيص الإفرنجي العصبي على القصة المرضية والتفاعلات المصلية في الدم والسائل النخاعي . تشبه أعراض الإفرنجي الدماغي الشوكي الوعائي أعراض التصلب الشرياني حيث تحدث الأعراض في سن مبكرة نسبياً ناجمة عن نزوف دماغية صغيرة عابرة ومتكررة . كما يصيب الإفرنجي السحايا والدماغ مؤدياً لنفس الصورة السريرية للشلل السفلي Paraplegia .

التابس الظهري والحزل العام Tabes Dorsalis and General Paresis :

المترادفات : الإفرنجي الرباعي ، الهزج الحركي المترقي ، داء

إجراء اختبارات الإفرنجي المصلية في جميع حالات التبدلات النفسية ، لنفي الإصابة بالإفرنجي الدماغي الشوكي .

الإفرنجي الولادي Congenital Syphilis :

المترادفات : الإفرنجي الخلقي .

التعريف : ينشأ الإفرنجي الولادي من انتقال الإصابة من الأم إلى الجنين في الرحم وهو ليس بالإفرنجي الوراثي كما كان يسمى سابقاً لأنه ليس وراثياً .

الحدوث : نادر .

السبب والأمراض Etiology and Pathogenesis : يصاب الجنين عادة في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل بعد اكتمال تشكل المشيمة وكلما كانت مرحلة الخمج من الأم باكرة كلما كان التأثير على تطور الجنين أكثر سوءاً .

إذا أصيبت الأم بالخمج الإفرنجي قبل الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل أو خلالها فإن الإصابة لا تنتقل إلى الجنين إذا شخص المرض وعولج معالجة ناجعة خلال هذه الفترة . أما إذا لم يعالج فإن المشيمة تصاب بشكل منتشر حيث تتجاوزها اللولبيات الشاحبة إلى الجنين في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل . تكون المشيمة المصابة بالإفرنجي كبيرة النهاية ووذمية مع تشكل نسيج حبيبي إفرنجي في الزغابات (حبيوم فرنكل Frankel) .

يقي الجنين صغيراً بسبب المرض ونقص التغذية ، وقد يحدث موت الجنين والإجهاض في الشهر السابع أو الثامن من الحمل . وغالباً ما تكون هناك علاقة عكسية بين وزن المشيمة والجنين . أما إذا كانت إصابة الأم في المرحلة المتأخرة من الإفرنجي الثانوي كانت إصابة المشيمة أقل بسبب قلة اللولبيات . لذا قد يلد الطفل قابلاً للحياة مع الأعراض السريرية للإفرنجي الولادي .

إذا مضى على إصابة الأم زمن طويل كما في مرحلة الإفرنجي المتأخر يكون انتقال الإفرنجي إلى الجنين نادراً وقد يلد الطفل طبيعياً . إن النساء المعالجات بشكل جيد للإفرنجي الباكر والمتأخر ولكن لديهن إيجابية التفاعلات المصلية يمكن أن ينقلن الرواجن Reagins الولدية والأضداد النوعية إلى الجنين ما عدا الضد IgM . وقد تكون الاختبارات المصلية اللولبية واللا لولبية عند الوليد الطبيعي إيجابية بعد الولادة . تغيب هذه الأضداد خلال ٣ - ٤ أشهر وتصبح التفاعلات المصلية سلبية . ويمكن تلخيص التفاعلات المصلية للإفرنجي الولادي كما يلي :

تتفاعل اختبارات TPHA ، ABS - FTA و TPI مع عيارات عالية للأم والطفل ؛ بينما لا توجد أضداد نوعية من

زمرة IgM لذا لا تتفاعل الاختبارات - 19S IgM FTA ABS أو 19S IgM SPHA .

تنتقل الأضداد IgG عبر المشيمة دون علاقتها بإصابة الجنين بالإفرنجي أو عدمها ، بينما لا تجتاز الأضداد IgM الحاجز المشيمي بسبب حجمها الجزيئي . ولذلك تكون اختبارات IgM (SPHA, FTA) سلبية عند الوليد الطبيعي . إن اكتشاف الأضداد IgM اللولبية عند الوليد تعني أنه قد أصيب بالإفرنجي أثناء الحياة الرحمية مما أدى إلى تشكل الأضداد IgM عند الجنين .

إذا أصيبت الأم بالإفرنجي في الأسابيع الأخيرة من الحمل فقد يلد الطفل سليماً . وقد يصاب الوليد بالخمج أثناء مروره في القناة التناسلية بسبب الآفات المزدهرة ، وفي هذه الحالة يكون الوليد قد أصيب بالإفرنجي مثل البالغ مع تشكل الآفة البدئية في مكان التلقيح وغالباً ما تكون على الأجنان . تكون اختبارات IgM (SPHA و FTA) إيجابية .

التبدلات المرضية في المشيمة والجنين : يحدث الإملاص أو الخدج المبكرة في الشهر السابع من الحمل عند ٨٠ - ٩٠٪ من النساء الحوامل المصابات بالإفرنجي الباكر ، بينما يكون للإجهاض في بداية الحمل أسباب أخرى . يمكن الكشف عن اللولبيات الشاحبة في المشيمة والأعضاء الداخلية والجنين وفي الحبل السري . تكون الاختبارات المصلية اللولبية واللا لولبية في دم الأم والجنين إيجابية .

الموجودات السريرية : يقسم الإفرنجي الولادي إلى باكر وأجل . يعرف الإفرنجي الولادي الباكر بالتبدلات المحدثة عند الوليد أو فيما بعد . أما الإفرنجي الولادي الآجل فيعرف بظهور الأعراض في وقت متأخر عند اليافع والكهول .

الإفرنجي الولادي الباكر Early Congenital Syphilis :

قد يلد الأطفال المصابون بالإفرنجي الولادي دون آفات جلدية غير أن الجلد يكون شاحباً وخشناً ويبدو الطفل بمظهر الشيخ ، ويكون ناقص الوزن مع ضخامة كبد وطحال وفقر دم . وغالباً لا يشك بالإصابة بالإفرنجي . بينما يدي بعض الولدان آفات ملحوظة على الجلد والأغشية المخاطية وفي الأعضاء الداخلية . وتكون الصورة السريرية وسير المرض كما في الإفرنجي الثانوي . يلاحظ باكراً جداً حدوث التهاب أنف إفرنجي (الزكام الإفرنجي والسعوط Snuffles) مما يعيق الشرب عند الوليد مع حدوث التهاب رئة بيضاء والتهاب كبد خلالي أو التهاب كبد تصليبي مع تكاثر النسيج الضامة ، وضخامة طحال ، وفقر دم ، والتهاب دماغ وسحايا ، مع موه الرأس Hydrocephalus والتهاب العظم والغضروف الإفرنجي وبخاصة بالاشتراك مع انحلال مشاشة العظام .

يحدث الشلل النموذجي الكاذب لباروت Parrot مع عرج وثبات في الساعد ، وذلك بسبب انحلال مشاشة العظام في المنطقة الكعبرية الناجم عن التهاب العظم والعضروف الإفرنجي . وهذه علامة هامة ومشخصة وقد تكون هذه التبدلات أهم وأوضح من التبدلات الجلدية .

تشبه آفات الجلد والأغشية المخاطية في الإفرنجي الولادي الباكر آفات الإفرنجي الثانوي حيث نجد طفوحاً بقعية وحطاطية وحطاطية بثرية متجلبة ، مع طفحة إفرنجية قوبائية متمسكة Rupia ولقموم مسطح وحاصة بقعية . وقد تحدث لويحات مخاطية على الأغشية المخاطية ويكون التهاب العقد التصليبي هو القاعدة . أكثر ما تصاب عند الوليد المنطقة حول الفم بسبب الرضاعة حيث يحدث على الشفتين خاصة ، صف من الحطاطات التي تتطور إلى جسوء مسطح ثم إلى ارتشاح خاص (Hochsinger) . يؤدي النسيج الجاسي القاسي إلى شقوق عميقة شعاعية في الشفة تمتد إلى جلد الوجه ، وتكون هذه الآفات على أشدها في الأسبوع الثالث حتى السابع من الحياة ، وتشفى بعد ستة أشهر تاركة ندبات شعاعية عميقة ومشكلة أحياناً في الشفتين (أخاديد باروت Parrot) وهي من العلامات الثابتة والهامة للإصابة السابقة للإفرنجي الولادي . كما يحدث ارتشاح هوشنكر Hochsinger في أماكن أخرى أيضاً ، كذروة الذقن والأنف والحواجب والمنطقة العجزية وعلى الراحتين والأخصصين والعقبين والأرداف والمنطقة التناسلية وتكون هذه الارتشاحات قاسية حمراء مسطحة تصبح هشة ورقيقة بالحك المستمر وبخاصة على الأخصصين والعقبين .

ييدي الولدان آفات فقاعية وبخاصة على الراحتين والأخصصين وعلى الساعدين والساقين ، أطلق عليها الفقاع الإفرنجي ، وهو غير مشاهد عند الكهول ، وتكون هذه الفقاعات تحت البشرة غنية باللولبيات تؤدي بعد تحركها إلى تشكل لويحات نازة وغنية بالعامل الممرض .

التشخيص : لا توجد صعوبة في التشخيص إذا ظهرت أعراض وعلامات الإفرنجي الولادي الباكر منذ الولادة وبخاصة إذا اشتدت الأعراض خلال الأسبوع الأول من الحياة . يمكن كشف اللولبيات الشاحبة وتكون الاختبارات المصلية إيجابية . أما إذا ظهرت أعراض وعلامات الإفرنجي الولادي في وقت متأخر يصبح التشخيص صعباً . فقد لا يوجد التهاب الأنف الإفرنجي النموذجي باكراً . كما أن أعراض الإفرنجي العامة تظهر آجلاً كالجلد الشاحب وفقد الشهية وتأخر النمو وفقر الدم وضخامة الكبد والطحال والتهاب العقد اللمفية المتعمم والتغوط الأسود والألم . قد لا تظهر هذه العلامات عند بعض الأطفال إلا آجلاً أو قد لا تظهر لأنها خفية ، وتظهر بعد

سنوات من الطفولة الإفرنجيات الثانية وهذا ما يطلق عليه اسم الإفرنجي الولادي الآجل . ومن ناحية أخرى لا يختلف سير الإفرنجي الولادي الآجل عن الإفرنجي المكتسب الآجل . (راجع الشكل ٤ - ٢٩) .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الإفرنجي الولادي عند الولدان عن التهاب الجلد الحطاطي التآكلي الإفرنجي الشكل ، وهو شكل من التهاب الجلد الحفاضي الذي يشبه الإفرنجي بمحاطاته القاسية غير أن علامات الإفرنجي الأخرى تكون غائبة وتكون الأم غير مصابة .

الإفرنجي الولادي الآجل :

يجب التفكير بالإفرنجي الولادي وليس فقط بالإفرنجي المكتسب في أية حالة من الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية وليس له تفسير أو اكتشاف صدفة . ويجب ملاحظة السمات المستمرة للإفرنجي الولادي عند اليافع والكهول . وتقسم هذه السمات إلى ثلاث مجموعات :

- أ - السمات الهامة .
- ب - السمات الأقل أهمية والتي تشاهد في الإفرنجي الولادي ولكن قد يكون لها أسباب أخرى .
- ج - السمات المشكوك بها .

أ - السمات الهامة Reliable Stigmata :

الأنف السرجي الإفرنجي Syphilitic Saddle Nose : تبدأ الإصابة بالتهاب أنف إفرنجي (زكام إفرنجي) حيث يصبح الأنف مسدوداً والغشاء المخاطي أحمرًا ومتبجحاً ثم يحدث فرط تنسج منتشر تليه التقرحات وتشمل الإصابة الغضروف والعظام ويتخرب الحاجز الأنفي مؤدياً لتشكيل الأنف السرجي . ينكمش الغشاء المخاطي في مرحلة الشفاء وتنقلب ذروة الأنف إلى الأعلى والخلف ويؤدي تخرب الغضروف بين ذروة الأنف وجذره إلى طيات في الجلد تنقلب إلى الخارج في الجانبين على شكل شريط الركابة .

أخاديد باروت Parrot's Grooves : تحدث هذه الأخاديد في الجلد حول الفم ، وهي ندبات شعاعية تمتد من حواف وزوايا الشفتين ، كما تشاهد أيضاً حول الشرج والفرج . يجب تفريق هذه الأخاديد عن التشققات والندبات الناجمة عن أسباب أخرى كالصُّمَّاع وطَيَّات الشفاء في التهاب الجلد التأتبي حيث تقتصر على الشفتين ولا تؤدي إلى التندب . بينما تمتد الندبات والأخاديد الإفرنجية إلى الجلد المحيطي في الوجه . قد تلتبس تغضنات الشيخوخة مع أخاديد باروت ، غير أن هذه طيات شعاعية حول الفم دون ندبات حقيقية . (راجع الشكل ٤ - ٣٠) .

حول السمحاق . ومن التشوهات العظمية الدائمة الميزابة المتوسطة العميقة في الجمجمة والحذبة الجبية حيث يشمل التحذب العظم الجببي بأكمله ويطلق عليه اسم الجبهة الأولمية Olympic Brow . كما يأخذ عظم الظنوب شكل نصلة السيف وهي علامة وصفية ، تحدث نفس الإصابة في عظم العضد ولكن بشكل أخف وغير ملحوظ . وغالباً ما يشاهد انتباج واضح في نهاية العظام قرب المفاصل . كما تصاب النهاية المتوسطة في الرقوة بانتباج وحيد الجانب غالباً يطلق عليه اسم رقوة هيغوميناكس Higoumenakis . (راجع الشكل ٤ - ٣٢) .

ج - السمات المشكوك بها Questionable Stigmata : قد تساعد هذه السمات المشكوك بها في وضع التشخيص . فالمشيمة الثقيلة مع وليد ناقص الوزن تدل على الإفرنجي مع العلم أن المشيمة الطبيعية قد تكون ثقيلة الوزن . كما أن الحنك المرتفع والضيق (الحنك القوطي) الذي قد يشاهد في الإفرنجي يمكن مشاهدته في حالات أخرى . إلى جانب ذلك هناك علامة دوبوا Dubois وهي قصر الإصبع الصغير والسلامة المتوسطة للخنصر وهما أيضاً من السمات المشكوك بها .

المناعة في الإفرنجي Immunity in Syphilis :

مبحث الأمصال Serology : تشكل أضداد خلطية غير مناعية عند مرضى الإفرنجي البدئي (الإفرنجي الأولي) وهي مهمة في التشخيص . تدل التفاعلات المصلية المفردة على تشكل أضداد متعددة تختلف بنوعيتها ، فإلى جانب الاختلاف في نوعية المستضدات تبدي الأضداد في الزجاج تفاعلات مناعية مختلفة . فهناك أضداد التراص (اختبار TPHA) ، والأضداد المرسبة (اختبار VDRL) والأضداد المثبتة (اختبار TPI) وقد وضعت الاختبارات المتعددة للتحري عن الأضداد المختلفة .

يمكن تمييز زمريتين من التفاعلات المصلية في الإفرنجي :

- ١ - التفاعلات اللا لولية المدرسية .
- ٢ - التفاعلات اللولية النوعية .

تكشف التفاعلات اللا لولية (مثل اختبار واسرمان Wassermann) الأضداد ضد المستضدات الفوسفوليبيدية . ولم تعرف طبيعة هذه المستضدات الليبيدية بشكل كامل . فقد تكون أحد أجزاء اللولية الشاحبة أو مستضدات متعلقة بالنسج أو نواشب تتحرر من اللوليات نتيجة تلف الأنسجة .

تكشف الاختبارات اللولية الأضداد الموجهة ضد اللوليات الشاحبة . وهذه الأضداد ضد اللولية هي أيضاً أضداد متعددة وموجهة ضد عدد كبير ومختلف من

ثلاثي هاتشنسون Hutchinson's Triad : تعتبر العلامات الثلاث التالية من السمات الهامة للتعرف على الإفرنجي الوردي الآجل وهي : أسنان هاتشنسون ، التهاب قرنية خلالي ، وصمم الأذن الداخلية . قد يكون ثلاثي هاتشنسون كاملاً أو غير كامل . وليس لكل علامة بمفردها نفس الأهمية التشخيصية .

١ - أسنان هاتشنسون : وصفها هاتشنسون عام ١٨٥٨ . هي تشوه في القواطع العلوية تأخذ شكل البرميل وتكون القاطعة الطبيعية ضيقة عند القاعدة بينما تكون في أسنان هاتشنسون عريضة عند القاعدة وتضيق نحو السطح القاطع حيث تكون حافته بشكل خط مستقيم (شكل مفك البراغي) أو تكون مثلثة بميزابة هلالية . وزيادة على ذلك ، تكون أسنان هاتشنسون إسفينية الشكل وتميل نحو المركز . كما تشكل أرحاء ملبوري Mulberry . يجب تفريق أسنان هاتشنسون عن الأسنان الرخدية التي تكون عادة نظامية ولكنها قد تبدي اضطراباً بالبناء . هذا وإن تبدلات الأسنان لوحدها ليست إثباتاً أكيداً للتشخيص ولم تعرف طريقة تشكلها بشكل نهائي ، وربما نجمت عن تخرب انسامي باكراً للتسنن الثانوي . (راجع الشكل ٤ - ٣١) .

٢ - التهاب القرنية الخلالي Interstitial Keratitis : هو داء متن القرنية . تبدأ الآفة على الحواف Limbus وتمتد إلى القرنية . مع ذلك ثمة حالات تبدي ارتشاحاً في مركز القرنية . يبدأ التهاب القرنية الخلالي بين سن ٦ - ٢٠ سنة من الحياة ، وقد يؤدي إلى فقد الرؤية المؤقت أو الدائم . يكون التشخيص سهلاً مع وجود السمات الهامة الأخرى (الإفرنجي الولادي الآجل ، إيجابية الاختبارات المصلية) . لا يستجيب التهاب القرنية الخلالي للمعالجة بالنسلين .

٣ - صمم الأذن الداخلية : الصمم هو العرض الثالث في ثلاثي هاتشنسون . يشمل التشخيص التفريقي ضمور العصب السمعي الغامض وصمم الأذن الداخلية الوراثي وتصلب الأذن اللا نموذجي . قد يفيد استعمال الساعة .

ب - السمات الأقل أهمية في الإفرنجي الولادي الآجل Less Reliable Stigmata L. C. G. : قد تفيد تشوهات العظم في التشخيص إلى جانب السمات الأخرى حيث يؤدي إفرنجي العظام الباكر والآجل إلى التهاب العظم والفضروف الإفرنجي مع تبدلات تنكسية في الفضروف وتكاثر خلايا غضروفية غير طبيعية ويقع نخري في الفضروف وتكلسات مرضية . وهناك تبدلات في بنية المشاشات حيث يكون نمو العظم الإسفنجي ناقصاً ويضطرب العظم . كما تؤدي تبدلات الإفرنجي الآجل إلى التهاب عظم وغضاريف مفرط التنسج ومنتشر والتهاب ما

المستضدات في اللولبيات الشاحبة . وقد تتفاعل أيضاً مع زمر أخرى من المستضدات المتعلقة باللولبيات . تكون الركائز المستضدية للاختبارات اللولبية جناسات أو خلاصات من اللولبيات الممرضة من زمرة نيكول Nichol .

تختلف هاتان الزمرتان الرئيسيتان بتفاعلهما الفردية المتعلقة بالمراحل المختلفة للإفرنجي . مثلاً تحدث تبدلات ليس فقط بتركيز الأضداد المصلية وإنما في صفوف الغلوبولينات المناعية التي تنتمي إليها (IgA, IgM أو IgG) . يشاهد في المرحلة الباكرة من الإفرنجي ، كما في الأمراض الخمجية الأخرى ، الأضداد المناعية كبيرة الجزيئات من صنف IgM (19S) . يحل فيما بعد محل هذه الاستجابة المناعية الخلطية البدئية ، استجابة مناعية خلطية ثانوية يطلق عليها اسم الاستجابة المناعية الخلطية الذاكرة Anamnestic ، حيث يشاهد خاصة أضداد من زمرة IgG (7S) التي لها خاصة مستضدية نوعية عالية . هذا التبدل من IgM إلى IgG لا يحدث فقط بالأضداد اللا نوعية بل في الأضداد النوعية ضد اللولبية . يدل نسبة الأضداد 19S (IgM) إلى الأضداد 7S (IgG) على مرحلة الداء في الحالات الفردية .

لا يمكن الكشف عن الأضداد من زمرة IgM قبل ١٤ يوماً من بدء الخمج . ويمكن الكشف عن الأضداد من زمرة IgG بعد ٣ - ٤ أسابيع من الإصابة ، أي عند حدوث الآفة البدئية . يمكن كشف الأضداد الشحمية اللا نوعية بمرحلة تالية إذ تكشف الأضداد الشحمية من زمرة IgM في الأسبوع الخامس من الإصابة والأضداد الشحمية من زمرة IgG في حوالي الأسبوع السادس . لا تشاهد الأضداد النوعية المثبتة للولبيات التي تنتمي إلى زمرة IgG قبل نهاية المرحلة البدئية في حوالي الأسبوع الثامن بعد الخمج . ويمكن الكشف عنها باختبار سكون اللولبية TPI . وإذا لم يعالج الإفرنجي تبقى هذه الأضداد من زمرة IgG قابلة للكشف مدى الحياة . ويتبدل فقط عيار الرواجن اللا نوعية المصلي إلى حدود يصعب معها كشفه بالفحوص المخبرية .

يبدو أن إنتاج الأضداد التالي من زمرة IgM من قبل الخلايا المصورية المؤهلة مناعياً يتبع التحريض المستمر من قبل مستضد اللولبية الشاحبة وذلك بعكس الأضداد من زمرة IgG .

هناك نقص مادي ملموس في معايير الأضداد الجواله (زمرة IgG, IgM) عند المرضى المعالجين بشكل جيد في المرحلة الأولى أو في المرحلة الثانوية الباكرة . أما إذا بدأت المعالجة بشكل متأخر تبقى الأضداد النوعية ضد اللولبية من زمرة IgG مدى الحياة ويمكن كشفها بتمديدات عالية للمصل سواء أكان الداء قد شفي أم لا . يمكن فقط لمعايير الأضداد الشحمية اللا

نوعية أن تنخفض لحد لا يمكن كشفها بالاختبارات المصلية .

من الصعب تعليل بقاء التفاعلات النوعية للإفرنجي إيجابية في الإفرنجي البدئي الآجل والإفرنجي الثانوي والإفرنجي الآجل رغم المعالجة المناسبة التي يفترض معها زوال العامل الممرض . يعتقد البعض باستمرار وجود بعض اللولبيات الشاحبة الفردية أو بعض أجزائها في الخلط وفي العقد اللمفية أو في السائل الدماغي الشوكي مع أنها لم تعد ممرضة . كما يعتقد أن هناك بعض نسايل Clones خلايا الذاكرة ، كما في الأحماج بالجرثيم أو بالحمات الراشحة وفي التحسس الأرجي بالتماس ، تبقى قادرة على إنتاج الأضداد التي يمكن كشفها كندبات مصلية (Serum Scars) مدى الحياة . يمكن تطبيق نفس التعليل على الاختبارات اللا لولبية التي يمكن أن تبقى إيجابية رغم المعالجة المناسبة إذا بدأت في المرحلة الثانوية المتأخرة أو المرحلة الثالثة . وفي هذه الحالة لا يمكن الاعتماد عليها لتقدير فعالية المعالجة .

مناعة الخمج Infection Immunity : لا توجد مناعة طبيعية ضد الإفرنجي ، ويمكن أن يصاب به أي شخص . إذ تكفي بعض اللولبيات الشاحبة (حوالي الخمسين منها) لإحداث الإصابة . ومن الممكن أن تكفي لولبية شاحبة واحدة .

تتشكل المناعة أثناء الإفرنجي البدئي بحيث تقي من الإصابة بجمج إضافي . فلا تحدث آفات بدئية جديدة في نقاط التلقيح الحديثة . وإذا شفي الإفرنجي بالمعالجة المناسبة أو تراجع عفويا تلاشى المناعة ويصبح الجسم قابلاً للإصابة بإفرنجي جديد . وقد تشير عودة الخمج إلى شفاء إصابة سابقة .

الطرق المصلية للفحص

: Serological Methods of Examination

يمكن كشف اللولبيات الشاحبة مباشرة بالفحص المجهرى بالساحة المظلمة وتلعب الاختبارات المصلية دوراً هاماً في التشخيص . يمكن تقسيم هذه الاختبارات إلى التفاعلات المدرسية اللا لولبية والتفاعلات النوعية اللولبية . وقد يفيد فحص السائل الدماغي الشوكي أيضاً .

أ - التفاعلات اللا لولبية Nontreponemal Reactions :

تعتمد الاختبارات المدرسية اللا لولبية على تحري الأضداد الشحمية وبحسب الطريقة المتبعة فهي قد تشمل اختبار تثبيت التهمة واختبار التحوصب .

ب - تفاعلات تثبيت التهمة Complement - Fixation Reactions :

اختبار وامرمان : لم يعد لهذا الاختبار ولا لاختبار كولر أهمية

إذ لم يعد يلجأ إليهما للتشخيص وإنما نذكرهما لقيمتيهما التاريخية .

المبدأ Principle : يمكن للأضداد الشحمية اللا نوعية في المصل أن تتحد مع معلق غرواني من الشحوم المأخوذة من نسج حيوانية مختلفة عندما تضاف المثمة . ولا يمكن رؤية نتيجة تفاعل المستضد ضد - المثمة إلا بإضافة مشعر حال للدم وهو من متطلبات المثمة .

الطريقة Method : يتبع اختبار واسرمان مبدأ تفاعل تثبيت المثمة الذي وضعه برودت وجينكو Bordet و Gengou عام ١٩٠١ . وهي الطريقة الأساسية التي وصفها واسرمان ونايسر وبروك عام ١٩٠٦ . وقد استعمل المستضد المستخلص من نسيج كبدي لمريض مصاب بالإفرنجي الولادي .

يسخن مصل الاختبار إلى درجة ٥٦° مئوية حيث تتلف المثمة العطوبة بالحرارة ولكن لا تتلف الأضداد الثابتة بالحرارة . تؤدي حضانة مستخلص المستضد ومصل المريض المتفاعل إلى حصول معقدات ضد - مستضد منحلة والتي تتحد مع مثمة الفئينة Guinea Pig المضافة بمقدار معين إلى مزيج الحضانة . يمكن جعل التفاعل قابلاً للكشف بإضافة مشعر حال للدم متطلب المثمة الذي يتألف من كريات الخروف الحمراء وأضداد حالة للدم موجهة ضد هذه الكريات مستخلصة من مصل الأرنب المحسن بواسطة هذه الكريات . إذا اتحدت المثمة في المرحلة الأولى من تشكيل المعقدات المستضد ضد فلا تبقى بوجوده للتفاعل مع المشعر ولا يحدث حل كريات الخروف الحمراء الذي يعتمد على المثمة فيكون تفاعل واسرمان في هذه الحالة إيجابياً . أما إذا لم توجد أضداد في مصل الاختبار ولم تستعمل المثمة وبالتالي يحدث انحلال الدم فيكون تفاعل واسرمان سلبياً . يمكن تحديد كمية الأضداد الموجودة في المصل المأخوذ من مريض مصاب بالإفرنجي باستعمال تمديدات متسلسلة ومعايير محددة . هذا وإن تفاعل كولمر ليس إلا تفاعل واسرمان معدلاً .

٢ - تفاعلات التحوصل Flocculation Reactions : كان يطلق عليها التفاعلات الجانبية بسبب تطبيقها إلى جانب تفاعل واسرمان .

المبدأ Principle : تعتمد هذه التفاعلات على الحقيقة التالية وهي أن المصل الحاوي على أضداد ينتج راسباً مرئياً عندما يلتقي مع ذرات شحمية في معلق غرواني . لا يلزم استعمال مشعر حال للدم كما في تفاعل واسرمان لأن تفاعلات التحوصل يمكن أن تُقرأ مباشرة عياناً أو مجهرياً .

أكثر اختبارات التحوصل العياني شيوعاً هو تفاعل

التشفيف II لمينيك Mcincke Clearing (MCR - II) Reaction II وتفاعل كاهن Kahn والاختبار السريع للراجنة البلازمية . تشمل اختبارات التحوصل المجهرية تفاعل الدم المجفف لشدياق Chediak ، واختبار التحوصل المجهرى للشحوم القلبية (VDRL) واختبار الراجنة التلقائية (ART) .

تفاعل التشفيف II لمينيك II : يمكن إجراء هذا التفاعل على المصل أو قطرات الدم المجففة وعلى السائل الدماغي الشوكي . ولم يعد هذا الاختبار مستعملاً .

اختبار الراجنة البلازمية السريع Rapid Plasma Reagin Card Test :

المبدأ : يمزج المستضد الشحمي القلبي مع كمية قليلة من ذرات الفحم فيصبح التفاعل مع الأضداد الشحمية مرئياً بالعين المجردة .

الطريقة : يمكن إجراء الاختبار على المصل أو البلازما . تُقرأ النتائج خلال ٣٠ دقيقة . يدل تكتل ذرات الفحم العياني على اختبار تفاعل إيجابي .

الاستعمال : يستعمل هذا الاختبار في جميع أنحاء العالم لتشخيص الإفرنجي الباكر ومن حسنته أنه سريع التنفيذ ، لذا يستخدم في الاختبارات الجماعية عند المرضى الخارجيين المشكوك إصابتهم بالإفرنجي لوضع التشخيص السريع .

اختبار مخمر أبحاث الأمراض الزهرية Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) : يعرف أيضاً باسم اختبار هاريس Harris ، وهو اختبار التحوصل الأكثر استعمالاً في جميع أنحاء العالم . نحصل على المستضد بمزج شحوم قلبية وليستين Lecithin وكولسترول . واختبار VDRL هو تفاعل مناسب لكشف الأضداد الشحمية في المصل والسائل الدماغي الشوكي . يمكن إجراء الاختبار بتمديدات مختلفة . لذا يمكن الحصول على التفاعل الكمي مع معايير مختلفة VDRL Titration .

الطريقة : يجري الاختبار على صفيحة زجاجية وهي تدور بشكل آلي لتسريع اتحاد المستضد - ضد . تُقرأ النتيجة مجهرياً باستعمال العدسة تكبير X ١٠٠ .

الأهمية : إن استعمال مستضدات قياسية يجعل من اختبار VDRL مناسباً ليس فقط لتشخيص الإفرنجي ولكن للمتابعة بعد المعالجة بشكل خاص .

اختبار الراجنة التلقائي Automated Reagin Test :

المبدأ : هو اختبار معدل لاختبار VDRL وصف على أنه ذو طريقة تلقائية . وهو مناسب للاستعمال الروتيني على نطاق واسع .

الطريقة : يختبر المصل بعد إضافة المستضد تلقائياً . تكون النتيجة إيجابية إذا بدا راسب ذرات الفحم كحببات الفلفل الأسود .

أهمية تفاعلات التحوصب : يمكن اللجوء إلى اختبارات التحوصب العيانية والمجهريّة التي تستعمل معايرة المستضدات لمتابعة المريض بعد المعالجة . إذ يمكن إجراء تفاعلات كمية وتحديد المعايير كما يمكن أن تكون هذه التفاعلات مناسبة لتشخيص الإفرنجي . غير أنه يجب إشراكها مع تفاعل واحد على الأقل من التفاعلات اللولبية مثل اختبار TPHA أو FTA - ABS . (راجع الشكل ٤ - ٢٣) .

نوعية التفاعلات اللا لولبية : جميع التفاعلات المدرسية أقل نوعية من التفاعلات اللولبية .

ب - اختبار رايت لتثبيت المتممة البروتينية Reiter Protein Complement - Fixation Test :

المبدأ : يأخذ هذا الاختبار مركزاً متوسطاً بين التفاعلات اللولبية واللا لولبية . وهو يكشف أضداد الزمر النوعية ضد الجزء البروتيني من لولبية رايت المزروعة وغير الممرضة . وهذه الركيزة لها مجموعة مستضدات مشتركة مع اللولبية الشاحبة الممرضة ومع اللولبيات الأخرى .

الطريقة : هو تفاعل اتحاد المتممة مثل تفاعل WaR . ويستعمل هنا مستضد رايت عوضاً عن المستضد الشحمي .

الأهمية : تحدث تفاعلات إيجابية كاذبة قد تنجم عن الأضداد التي تتفاعل مع شوائب المستضد البروتيني ، وتختلف هذه الأضداد عن الأضداد المسؤولة عن النتائج المتفاعلة الكاذبة في ART . وليس من الممكن أن يحدث كلا هذين الضدين غير النوعين في وقت واحد .

ج - التفاعلات اللولبية Treponemal Reaction :

إضافة إلى التفاعلات المدرسية اللا لولبية توجد تفاعلات مصلية للكشف عن الأضداد النوعية للولبيات والتي يطلق عليها اسم التفاعلات اللولبية حيث تشكل اللولبيات الشاحبة المستضدات . هذه التفاعلات نوعية جداً مع أنها تتطلب جهداً إضافياً بسبب حاجتها لوسائل خاصة .

١ - اختبار سكون (تثبيت) اللولبيات Treponema Pallidum Immobilization Test (TPI Test) : ويسمى أيضاً اختبار نلسن أو اختبار نلسن ماير Nelson - Mayer .

المبدأ : تثبيت البريميات الشاحبة الحية بمصل المرضى المصابين بالإفرنجي بوجود المتممة لذا تكشف الأضداد الحقيقية الموجودة في أجزاء غلوبولين المصل . طبق هذا الاختبار عندما اكتشف نلسن وماير عام ١٩٤٩ وسطاً سائلاً يطلق عليه اسم

الوسط الأساسي حيث يمكن للولبيات الشاحبة الحساسة جداً أن تبقى حية ومتحركة لمدة أطول من الزمن غير أن هذا الاختبار لم يستعمل بعد بسبب الصعوبات التقنية في إجرائه .

الطريقة : تستخلص اللولبيات الشاحبة من خصية أرنب مصابة منذ ١٢ يوماً وتنقل إلى الوسط الأساسي . تبقى الأحياء المجهريّة الصغيرة حية في جو نروجيني . تعطل فعالية مصل الاختبار بتسخينه إلى درجة ٥٦ ° مئوية ويمزج بكمية معايرة من متممة قبيعة ، يوضع مصل الاختبار معطل الفعالية والمتممة ومعلق اللولبيات الشاحبة لمدة ١٨ ساعة في جو نروجيني ثم تقرأ النتيجة مجهرياً وتحسب نسبة اللولبيات المثبتة . فإذا كانت نسبة التثبيت أقل من ٢٠٪ تكون النتيجة سلبية وإذا كانت بين ٢٠ - ٥٩٪ تكون النتيجة مشكوك بها وإذا كانت ٦٠٪ أو أكثر تكون النتيجة إيجابية . إن النقطة الأساسية في هذا الاختبار هو أن يؤخذ مصل الاختبار من مريض غير معالج حديثاً بالصادات ، لأنه في هذه الحالة يكون للمصل خاصية قاتلة للولبيات تؤدي إلى تثبيتها المباشر .

الأهمية : إن اختبار TPI معروف على أنه من الاختبارات اللولبية النوعية الموثوق بها . يصبح إيجابياً فقط في نهاية المرحلة الأولى وتزيد الموجودات الإيجابية الإصابة باللولبيات الشاحبة .

٢ - اختبار الأضداد اللولبية التآلقي Fluorescent Treponemal Antibody Test (FTA) :

المبدأ : هو كشف الأضداد اللولبية في مصل الاختبار بطريقة التآلق المناعي غير المباشر .

الطريقة : يتكون المستضد من معلق للولبيات الشاحبة الميتة التي تجفف وتثبت على صفيحة زجاجية . تكون اللولبيات متجعدة Lyophilized وغير خمجية . تتفاعل الأضداد المضادة للولبيات في مصل الاختبار مع معينات المستضد النوعي على سطح اللولبيات . يظهر اتحاد الأضداد النوعية IgG و IgM لهذه المعينات بمحضاتها بمرحلة ثانية مع مضاد موسوم بالتآلق ضد الغلوبولين الإنساني في المصل أو جزء منه (مضاد IgG ومضاد IgM) مستعملين المجهر التآلقي . لا يؤثر وجود الصادات في مصل الاختبار على اختبار FTA .

الأهمية : يصبح اختبار FTA إيجابياً بعد حوالي أربع أسابيع من الخمج ويقي إيجابياً لعدة سنوات بغض النظر عما إذا كان الخمج قد عولج أو لم يعالج . لذلك فهو لا يعطي أية دلالة على تأثير المعالجة . يستعمل اختبار FTA عادة لتأكيد التشخيص أو يشرك مع الاختبارات اللا لولبية . قد تحدث إيجابية كاذبة في الذأب الحمامي الجهازى على سبيل المثال ، حيث يشاهد غوزج خاص من تآلق اللولبيات . (راجع الشكل ٤ - ٣٤) .

٣ - اختبار امتصاص الأضداد اللولبية التألقي Fluorescent Treponemal Antibody Absorption : Test (FTA - ABS Test)

هو تحسين في نوعية اختبار FTA . يُعالج مصل الاختبار أولاً بلولبيات رايتر المجزأة بفائق الصوت Ultrasound لإزالة زمرة المستضدات اللا نوعية . ولهذا السبب يجري هذا الاختبار الآن عوضاً عن اختبار FTA .

٤ - اختبار 19S IgM FTA - ABS :

المبدأ : الكشف عن الأضداد ضد اللولبية من غمط IgM في مصل الاختبار . تشاهد هذه الأضداد في الإفرنجي الولادي وفي بدء الإصابة بالإفرنجي . بينما تشاهد الأضداد ضد اللولبيات من غمط IgG في الإفرنجي المعالج بصورة ناجعة أو الإفرنجي القديم الذي يشفى شفاء عفوياً . يدل الكشف المتكرر عن الأضداد ضد اللولبية من غمط IgM وبعيارات مرتفعة على استمرار وجود اللولبيات الشاحبة في الجسم وبالتالي الحاجة إلى المعالجة .

الطريقة : كما في اختبار FTA - ABS يستعمل فقط غلوبولين المصل المضاد للإنسان ضد IgM في اختبار - FTA , IgM, ABS . تبين أن التفاعل IgM FTA قد يشبط بشكل تنافسي في المصل بسبب حدوث أضداد نوعية من غمط IgG . ولذلك قد نحصل على نتائج سلبية كاذبة . يحدث هذا التثبيط التنافسي لأن الأضداد IgG لها جاذبية أكبر للركيزة المستضدية ومن ثم يمكن أن يشبط تفاعلها مع الأضداد IgM . إذا شككنا بحدوث التثبيط التنافسي يجب معالجة المصل لإزالة الجزء 19S IgM ذات الوزن الجزيئي العالي بواسطة الاستشراب الأنبوبي Column Chromatography أو بتحضيرها بالتنبيد الفائق Ultracentrifugation ، تاركة الأضداد 7S IgG ذات الوزن الجزيئي المنخفض ، وبالتالي يجري اختبار FTA - ABS فقط على جزء المصل الحاوي على IgM . يسمى هذا الاختبار المعدل من اختبار ABS - FTA IgM اختبار 19S IgM FTA - ABS .

الأهمية : يستعمل هذا الاختبار في الإفرنجي الولادي وللتأكد من الشفاء بعد أخذ المعالجة المناسبة في الإفرنجي المكتسب . إن إيجابية التفاعلات اللا لولبية واللولبية عند الأم تعطي تفاعلات إيجابية عند الوليد لأن المشيمة نفوذة لجزيئات IgG الصغيرة سواء أكان الطفل مصاباً بالإفرنجي أو أنه تلقى الغلوبولينات المناعية من خلال المشيمة . تنخفض نسبة الأضداد IgG المنقولة من الوالدة بعد الشهر الثالث من الولادة فتصبح التفاعلات اللولبية واللا لولبية سلبية . ورغم ذلك من الممكن وضع تشخيص صحيح للإفرنجي مباشرة بعد الولادة وذلك بكشف الغلوبولينات المناعية النوعية للخمج من غمط IgM التي

لا تعبر المشيمة بسبب حجمها الجزيئي . فإذا وجدت تكون قد تشكلت من قبل الجنين نفسه . إن إيجابية اختبار 19S IgM FTA يدل على الخمج الإفرنجي داخل الرحم . يساعد هذا الاختبار الأخير في التشخيص الباكر للإفرنجي عند الكهول ولتقدير نجاح المعالجة أيضاً يسمح اختبار 19S IgM FTA ABS بكشف الأضداد IgM النوعية للولبية بعد ٧ - ١٤ يوماً من الخمج . تستبدل هذه الأضداد تدريجياً بالأضداد اللولبية النوعية من غمط IgG إذا استمر الداء لفترة طويلة . تنخفض الأضداد النوعية للولبية IgM باكراً في الإفرنجي الباكر المعالج ويكشف هذا الانخفاض من خلال نقص العيار في اختبار 19S IgM FTA - ABS . بينما يعني استقراره أن الخمج باللولبيات الشاحبة مستمر . ويدل ارتفاع عيار الأضداد IgM على عودة الخمج . ولهذا يعتبر اختبار 19S IgM FTA - ABS اختباراً حساساً جداً ونوعياً . وعلى الرغم من أنه ليس من الاختبارات الروتينية للتشخيص ، فهو هام للتشخيص المصلي للإفرنجي الولادي ولتقدير قيمة المعالجة عند المرضى المصابين بالإفرنجي الكامن Latent Syphilis .

٥ - اختبار تراص اللولبية الشاحبة الدموي Treponema : Pallidum Hemagglutination Test (TPHA Test)

المبدأ : تكشف الأضداد النوعية للولبيات في المصل أو في السائل الدماغي الشوكي بالتراص الدموي .

الطريقة : يحضر المستضد في معلق كريات الخروف الحمراء المعالجة بالفورمالين وحمض التنيك . تحل هذه الكريات بمستضد اللولبيات الشاحبة بعد تفريقها الآلي بالتجزئة بالأموح فوق الصوتية . تتفاعل الأضداد المضادة للولبيات في مصل الاختبار مع الكريات الحمراء المحملة بالمستضد فيحدث التحوصل وتكون النتيجة ترسب حبيبات صغيرة على صفيحة الاختبار . تُزال الراصات اللا نوعية مسبقاً بواسطة وسط ماص . يمكن إجراء اختبار TPHA آلياً أو باليد .

الأهمية : يصبح اختبار TPHA إيجابياً بعد ٣ - ٤ أسابيع من حدوث الخمج ، ويبقى إيجابياً لعدة سنوات أو عقود حتى بعد المعالجة . ويمكن إجراء المعايير الكمية وتكرارها بسهولة في هذا الاختبار ، كما أنه يتميز بنوعيته العالية ، ولذا يعتبر حالياً الاختبار اللولبي الأكثر أهمية .

٦ - اختبارات الطور الصلب للامتزاز الدموي Solid Phase Hemadsorption Tests (SPHA and IgM : SPHA Tests)

المبدأ : يتم كشف أضداد اللولبيات النوعية في المصل أو في السائل الدماغي الشوكي بالامتزاز الدموي .

الطريقة : يجري اختبار SPHA على مصل كامل بينما يعتمد

اختبار الإفرنجي . فهو يتطلب فقط ٠,٠٢٥ مل من مصل الاختبار كطريقة دقيقة . يصبح إيجابياً بعد ثلاثة أسابيع من الخمج وبتمديدات عالية للمصل . نحصل على النتيجة خلال ساعات بالاختبار الآلي وتكون النتيجة إيجابية في ٩٢ - ٩٥٪ من المصل الإيجابي ، وهذا ما يؤكد اختبار ABS - FTA . إذا اختلفت النتائج بين اختبار TPHA و ABS - FTA عند إجرائها على مصل إيجابي فهذا يفسر بميل اختبار ABS - FTA لأن يصبح غير متفاعل بعد المعالجة الجيدة في المرحلة البدئية من الإفرنجي (الإفرنجي الأولي) . بينما يبقى اختبار TPHA متفاعلاً مدى الحياة . ولذلك فهو لا يستعمل لمراقبة سير ومعالجة الإفرنجي راجع الشكلين ٤ - ٣٥ و ٤ - ٣٦ .

اختبارات التقصي Screening Tests :

يمكن إجراء اختبارات الإفرنجي كفحص روتيني عند مريض راجع الطبيب لمرض آخر أو أن تجرى على الشعب بأكمله للكشف عن الإصابات المحتملة بالإفرنجي . وغالباً ما تُجرى اختبارات التقصي عند مراجعة طبيب الجلد أو العيادة الجلدية لأول مرة ، كما تُجرى عند الوليد وفي المسكرات . تُجرى اختبارات الاستقصاء إذا كانت هناك قصة مرضية أو شك سريري بالإفرنجي .

الجدول ٤ - ٢ : استعمال الاختبارات المصلية

اختبار TPHA	اختبارات الاستقصاء
اختبار VDRL	
اختبار RPRC	
اختبار معيار VDRL	
اختبار TPI ^(*)	الاختبارات المؤكدة
اختبار ABS - FTA IgG	
اختبار معيار VDRL	
اختبار ABS - FTA IgM	الاختبارات لتقييم
اختبار ABS - FTA IgM 19S ^(**)	ضرورة المعالجة
اختبار SPHA	
اختبار VDRL	
اختبار ABS - FTA IgM	
اختبار ABS - FTA IgM 19S	اختبارات المراقبة
اختبار SPHA	

- * يمكن إجراء اختبار TPI لتأكيد التشخيص إذا كان اختبار TPHA واختبار ABS - FTA IgG غير متوافقين .
- ** يجب إجراء اختبار ABS - FTA IgM 19S بعد تجزئة المصل إذا بُط اختبار ABS - FTA IgM بالتنافس في المصل الكامل .

اختبار IgM SPHA على جزء من المصل باستعمال طريقة الطور الصلب للامتزاز المناعي يجرى اختبار SPHA على صفيحة ذات معيار دقيق ومستورة بمصل مضاد للإنسان بعد تغليفها بهذا المصل . يطرح الناتج الطافي على السطح ويحضر الناتج أخيراً مع المستضد (كريات الخروف الحمراء المغلفة باللولبيات الشاحبة) . إذا وُجدت الأضداد النوعية لللولبيات الشاحبة في المصل (الأضداد 19S IgM في اختبار IgM SPHA) فهي تثبت على سطح الصفيحة المعايير بالطور الصلب للامتصاص . إن المرحلة الثانية للتفاعل هي الامتزاز الدموي حيث تتفاعل كريات الخروف الحمراء المغلفة بالمستضد مع الأضداد النوعية (الأضداد IgM في اختبار IgM SPHA) . فإذا كان المصل لا يحوي المستضدات اللولبية تهبط كريات الخروف الحمراء المغلفة إلى القاع .

يمكن فصل المصل ببساطة بطريقة الطور الصلب للامتزاز المناعي . إن فصل المصل إلى جزئيات 19S IgM و 7S IgM في اختبار IgM SPHA يطابق الطريقة المتبعة في اختبار ABS - FTA . تقدر قيمة الصفائح ذات المعايير الدقيقة كما في اختبار التراص الدموي الدقيق الآلي مع اللولبيات الشاحبة (AMHA - TP Test) .

الأهمية : مشابه لأهمية اختبار ABS - FTA IgM 19S .

٧ - المقاييس المناعية المرتبطة بالإنظيم Enzyme - Linked Immunosorbent Assay :

المبدأ : هذا هو آخر اختبار نوعي للإفرنجي ويعتمد على الإنظيم الموسوم المضاد للغلوبولين .

الطريقة : عوضاً عن مضاد الغلوبولين الموسوم بالتألق يستعمل الإنظيم الموسوم المضاد للغلوبولين . يمكن إجراء الاختبار كقيماً وكيمياً على المصل والسائل الدماغي الشوكي .

الأهمية : إن اختبار ELISA نوعي جداً ولكنه لا يستعمل بشكل روتيني في الوقت الحاضر .

تفسير التفاعلات المصلية

: Interpretation of Seroreactions

يجب تفسير التفاعلات المصلية فقط بالاشتراك مع القصة المرضية والموجودات السريرية . لهذه التفاعلات المصلية أهمية تشخيصية جازمة فقط في بعض الحالات ويجب تقدير قيمة الاختبارات المصلية التشخيصية على المعايير التالية التي ستذكر حسب درجة أهميتها : النوعية ، الحساسية ، يمكن إجراؤها كيميائياً ، الجهد المهني الذي يتطلبه ، عدم ميله للاضطراب ، قابليته للعمل الآلي . إذا قدرت قيمة الاختبارات المذكورة سابقاً حسب هذه المعايير يعتبر اختبار TPHA على أنه أهم

المعالجة فقد تم بحثه بشكل مفصل سابقاً .

متى يكون لاختبار TPI أهمية تشخيصية ؟ :

أصبح دور اختبار TPI في التشخيص محدوداً بعد إدخال اختبار TPHA واختبار ABS - FTA . بيد أن له بعض الأهمية في حال الشك بالإفرنجي الكامن الآجل أو الإفرنجي الثالثي أو الإفرنجي العصبي ، وكذلك إذ أظهرت الاختبارات اللولية مثل TPHA و ABS - FTA إيجابية ضعيفة جداً أو متضاربة وكانت الاختبارات اللا لولية سلبية . إذا كان اختبار TPHA غير متفاعل وكان اختبار ABS - FTA متفاعلاً يمكن اللجوء إلى اختبار TPI لتأكيد التشخيص أو نفيه . فمثلاً من الممكن ولأسباب تقنية أن يعطي اختبار ABS - FTA إيجابية كاذبة فإذا كان اختبار TPI سلبياً في هذه الحالة كان المريض غير مصاب بالإفرنجي . قد يكون اختبار TPI إيجابياً في حال الإفرنجي المشخص باكراً والمعالج بنجاح ولكن اختبار الراجنة لا يبدى عياراً عالياً في هذه الحالة ليس من الضروري إعادة المعالجة .

نتائج الاختبارات الإيجابية من منشأ غير إفرنجي :

هناك بشكل رئيسي ثلاثة أسباب ممكنة للإيجابية الكاذبة .

١ - النتائج الإيجابية الكاذبة بسبب تقني : قد يؤدي للنتائج الإيجابية الكاذبة كواشف أصابها شيء من الفساد ، وتعبير غير كاف ، ومراقبة المستضدات بشكل ناقص ، وخطأ في الطريقة .

٢ - الانحرافات الطبيعية : ينتج بعض الأشخاص الأصحاء ، ولأسباب غير معروفة حتى الآن ، زيادة في الأضداد تؤدي إلى تفاعلات إيجابية كاذبة وتكون الاختبارات اللولية في هذه الحالة غير متفاعلة .

٣ - النتائج الإيجابية الكاذبة الحيوية - Biological Falses

Positive Results : تشمل فقط الاختبارات اللا لولية ، ومن الأحسن تسميتها التفاعلات الحيوية اللا نوعية ، لأن طريقة الاختبار والنتائج كاذبة . إذ تكون الاختبارات المصلية اللا لولية إيجابية بينما تكون الاختبارات المصلية اللولية سلبية . قد تبقى الاختبارات اللا نوعية الحيوية إيجابية لأسابيع أو أشهر أو سنين ثم تصبح سلبية بشكل عفوي . ويشاهد هذا بشكل شائع في الأمراض التي تشمل تحرب الأنسجة وتححر الشحوم وإمكانية تشكل أضداد ذاتية ضد الشحوم . كما يشاهد في الأمراض المرافقة لشذوذ في بروتينات المصل (زيادة الغلوبولينات) والذي يؤدي إلى نتائج إيجابية كاذبة في الاختبارات المصلية اللا لولية . ومن الأمراض المعروفة التي تسبب ذلك : الحمى القرمزية بين اليوم العشرين والثمانية

اختبار TPHA : لهذا الاختبار صفة مميزة وهي إمكانية إجرائه لتشخيص إفرنجي مجهول في جميع المراحل ، وهو يصبح متفاعلاً بسرعة بعد الخمج . ومن سيئاته أنه يبقى إيجابياً مدى الحياة مع المعالجة أو دونها . بينما تبدي الاختبارات الاستقصائية الأخرى مثل اختبار VDRL هبوط عياراتها حتى أنه يصبح غير متفاعل في الإفرنجي المعالج جيداً . غير أن اختبار VDRL لا يصبح متفاعلاً إلا بعد ٢ - ٣ أسابيع من إيجابية اختبار TPHA وكثيراً ما يكون غير إيجابي في المرحلة المتأخرة والكامنة من الإفرنجي . إن اختبار TPHA حساس ونوعي للعامل الممرض ويصبح إيجابياً بعد ثلاثة أسابيع من الخمج . وإذا كان هناك شك سريري بالإصابة بالإفرنجي وكان الاختبار غير متفاعل وجبت إعادته حالاً .

اختبار VDRL : يجري اختبار VDRL كاختبار استقصائي للإفرنجي نظراً لحساسيته ونوعيته النسبية ، وهو أهم اختبار لا لولي ويصبح إيجابياً بعد ٥ - ٦ أسابيع من بدء الخمج . يرتفع العيار في المراحل المتتالية ويكون عالياً في الإفرنجي غير المعالج .

الاختبارات المؤكدة :

يجري اختبار ABS - FTA IgG كاختبار مؤكد .

اختبار مراقبة سير الداء : يعتبر اختبار VDRL مناسباً لمراقبة المعالجة . إذ يمكن إجراؤه كميًا بقياس انخفاض العيار (معايرة VDRL) وهو أهم اختبار لمراقبة السير السريري . إن الاختبارات النوعية اللولية مثل TPHA و ABS - FTA أو TPI غير مناسبة لمراقبة تطور المرض ولذا يجب ألا تشمل في التقييم المصلي لمعالجة الإفرنجي . فهي ليست اختبارات كمية وتبقى عادة متفاعلة حتى بعد معالجة الإفرنجي الثانوي أو الإفرنجي الثانوي الآجل . وقد نلجأ لاختبارات IgM (اختبار ABS - FTA IgM 19S) .

الاختبارات الخاصة :

يجب اللجوء إلى الاختبارات الخاصة فقط في ظروف خاصة ، إما كاختبارات مؤكدة أو كاختبارات لتقييم الحاجة للمعالجة ومراقبة الاستجابة لها . فعلى سبيل المثال ، يجب استعمال اختبار TPI فقط إذا كان هناك تضارب بين اختبارات TPHA و VDRL و ABS - FTA . يجري اختبار الراجنة البلازمية السريع RPRC للتشخيص المباشر الكمي والنوعي ويمكن أن ينتظر المريض النتيجة . أما في عودة الخمج فلا يُعَوَّل على اختبارات RPRC ، فهو ذو قيمة فقط في التأكيد المباشر والإضافي للإفرنجي الثانوي غير أنه غير مشخص في الخمج بالإفرنجي مجدداً لذلك يجب اللجوء إلى عيار VDRL وملاحظة زيادة العيار في هذا الاختبار . أما استطباب اختبار 19S IgM ABS - FTA في تشخيص الإفرنجي الولادي أو تقييم نتائج

ABS - بشكل شائع كاختبار مؤكد . ومن النادر جداً حدوث BNR في السائل النخاعي .

الاختبارات اللولبية Nontreponemal Test :

اختبار VDRL : لإجراء هذا الاختبار على السائل النخاعي نستعمل ضعف كمية المستضد . ويمكن لإيجابية اختبار VDRL أن تشكل دليلاً على الإصابة بالإفرنجي العصبي حتى في غياب المظاهر السريرية رغم أن نتائج اختبار VDRL تكون سلبية عند ٣٠ - ٤٠٪ من المرضى المصابين بالإفرنجي العصبي . لذا يجب أن تؤكد نتيجة اختبار VDRL على السائل النخاعي بإجراء اختبار لولبي واحد على الأقل إضافة للاختبار السابق .

الاختبارات اللولبية Treponemal Test :

اختبار TPHA : تدل إيجابية هذا الاختبار على السائل النخاعي على الإصابة بالإفرنجي العصبي . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار التراص الدموي الإيجابي دون الحد الأدنى من التمديد (١ : ١٠) ، إذا كان الحاجز الدموي - السائل النخاعي سلباً . تدل المعايير الأعلى في اختبار TPHA و ABS - FTA على حدوث الإفرنجي في الجهاز العصبي .

اختبار ABS - FTA : يسلك هذا الاختبار نفس سلوك اختبار TPAH في السائل النخاعي رغم أن المعايرة الكمية هي أصعب في هذا الاختبار منها في اختبار TPHA . إن سلبية اختبار TPHA و ABS - FTA ينفي الإصابة بالإفرنجي العصبي .

اختبار ABS - FTA 19S IgM : يمكن لهذا الاختبار الكشف عن الأضداد IgM المناعية النوعية في السائل النخاعي في حال الإصابة الفعالة بالإفرنجي العصبي .

الطرق الحديثة التشخيصية للسائل النخاعي في الإفرنجي العصبي : يجب إجراء الاختبارات المصلية كاملة مع إجراء التحريات المصلية للسائل النخاعي بما فيها اختبار 19S IgM وتحديد تركيز الألبومين والغلوبيولينات المناعية في السائل النخاعي والمصل . وبمقارنة الموجودات في المصل والسائل النخاعي يمكن توضيح وظيفة الحاجز الدموي - السائل النخاعي وتشكل أضداد أصلية في الجهاز العصبي .

حاصل الألبومين Albumin Quotient : يحدد وظيفة الحاجز الدموي - السائل النخاعي التي يمكن أن نحصل عليها بنسبة :

ألبومين السائل النخاعي (ملغ/١٠٠ مل) \times ٢١٠ . تعتبر القيم ألبومين المصل (ملغ/١٠٠ مل)

الأكثر من ثمانية مرضية وتدل على حدوث إفرنجي نوعي . بينما تدل المقادير من ٣ - ٨ على عدم اضطراب الوظيفة الحاجزة .

والأربعين من المرض ، والملاريا الحادة ، والحمى التيفية في المرحلة الحادة ، وكثرة الوحيدات الخمجية ، والحمى ، والارتشاح الرئوي الحمضي ، والأنماط المختلفة من ذات الرئة ، والسل الشديد ، والجذام (عند حوالي ٤٠٪ من المرضى) ، والسرطانات ، واضطرابات المناعة الذاتية كالتهاب المفاصل الرثياني ، والذأب الحمائي الجهازى . ويمكن أن تحدث تأثيرات متشابهة أيضاً في الأشهر الأخيرة من الحمل وفي الجلادات اللولبية الأخرى مثل البنتا Pinta واليوز Yaws .

فحص السائل النخاعي

Cerebrospinal Fluid Examination :

الاستطبابات : يجب فحص السائل النخاعي في المرضى المشكوك إصابتهم بالإفرنجي العصبي والذين يبدون إيجابية الاختبارات المصلية وأعراضاً عصبية غير محددة . كما يجب إجراء هذا الفحص عند المرضى المصابين بالإفرنجي الكامن غير المعالجين أو المعالجين بشكل غير كافٍ . فإذا كان الخمج يرجع إلى أكثر من سنتين وأدى إلى تبدلات في السائل النخاعي يمكن توقع إيجابية التفاعلات خلال ٣ - ٥ سنوات من بدء الخمج . أما إذا بقيت الموجودات في السائل النخاعي طبيعية بعد ٥ سنوات فيكون احتمال إصابة المريض بالإفرنجي العصبي ضئيلاً جداً .

التحريات الأساسية Basic Investigation : إن تعداد الخلايا الطبيعي في السائل النخاعي هو ٥,٠ . خلية في كل مل . ويصل البروتين الكلي الطبيعي إلى ٤٠ ملغ٪ . وإلى جانب ذلك يجب فحص كثافة الألبومين والغلوبيولينات المناعية . لم تعد تستعمل الاختبارات القديمة لمعايرة نوعية البروتينات مثل اختبار Nonne - Apelt and Pandey والاختبارات الغروانية . يحدث بالطبع زيادة في تعداد الخلايا وتركيز البروتينات في أي شكل من أشكال التهاب في السائل النخاعي . لذا تكون قيمتها التشخيصية محدودة . إذ لوحظ أنه في ٣٠٪ من المرضى المصابين بالإفرنجي العصبي في المرحلة الفعالة يكون تعداد الخلايا وتركيز البروتينات في السائل النخاعي ضمن الحدود الطبيعية .

اختبارات السائل النخاعي المصلية

Serological CSF Test :

يكفي لإجراء التحريات المصلية ٣ - ٥ مل من السائل النخاعي . ويجب أن يؤخذ مباشرة للفحص وأن يكون غير ملوث بالدم . يمكن تطبيق جميع اختبارات الإفرنجي المصلية على السائل النخاعي واستعمال نفس الكواشف مع تعديل بسيط فقط في الطريقة . تستعمل اختبارات TPHA و VDRL كاختبارات للتقصي في حين يستعمل اختبار 19S IgM FTA

منسب TPHA Index TPHA : يحسب من :

عيار TPHA في السائل النخاعي

حاصل الألبومين

يدل منسب TPHA أكبر من ١٠٠ على الإفرنجي في الجهاز العصبي . أما المنسب الأعلى من ٥٠٠ فيدل بشكل واضح على الإفرنجي العصبي .

موجودات السائل النخاعي بعد المعالجة الناجحة : يجب مراقبة السائل النخاعي مرتين على الأقل بفاصلة سنة بعد معالجة الإفرنجي العصبي . يعود تعداد الخلايا إلى القيم الطبيعية بعد ستة أشهر من المعالجة عادة ولكن يبقى مقدار بروتينات السائل النخاعي مرتفعاً لعدة سنوات . تنقص فعالية اختبار VDRL كميّاً وبشكل تدريجي . يعتقد Langer (1983) أنه إذا أصبح اختبار TPHA بعد سنتين من المعالجة الجيدة سلبياً ، أو إذا نقص عياره بشكل ملحوظ ، بينما تكون علامات الفعالية المرضية الأخرى غائبة (تعداد الخلايا الطبيعي وتركيز البروتينات طبيعي) ، فهذا يدل على المعالجة الناجحة أو الشفاء العفوي للإفرنجي العصبي .

المعالجة :

البنسلين : هو أكثر الأدوية فعالية في جميع مراحل الإفرنجي . فهو يؤدي إلى موت اللولبيات الشاحبة وينفذ إلى جميع سائل الجسم ويمر إلى السائل النخاعي ويجتاز الحاجز المشيمي (هناك فوارق بين مختلف أنماط البنسلين بالنسبة لاجتياز المشيمة) . يمكن أن يستعمل البنسلين أيضاً في الإفرنجي العصبي والإفرنجي الولادي والحمل . يكون البنسلين فعالاً بالزجاج بنسبة ٠,٠٢٥ وحدة/مل وهو قاتل للولبيات في الدم بنسبة ٠,٠٣ وحدة/مل . وتعتبر درجة التركيز في الدم بنسبة ٠,٠٧٨ وحدة/مل في حدها الأعلى . يجب أن يبقى تركيز الدواء في الدم محافظاً على سوية فعالة لمدة طويلة بشكل كاف لقتل الجراثيم في سائل الجسم والأعضاء والنسج والدم . ولهذا السبب يفضل استعمال المشتقات ذات التأثير المستمر والتي تتألف عادة من مكونات منحلّة بالماء ومكونات مدخرة ، وبذلك يبقى مستوى البنسلين عالي بشكل كاف ولمدة طويلة من الزمن . تنقسم اللولبيات الشاحبة كل ٣٣ ساعة تقريباً . وتستطيع اللولبيات الحية بانقسامها المستمر أن تعوّض تركيب أنظمتها الببتيد المخاطي Mucopeptide المثبطة بتشكيل المعقد مع البنسلين . وإذا انخفض تركيز البنسلين إلى ما دون قيمة عتبة المعالجة السوية Eutherapeutic ، فإن اللولبيات تبقى حية ويمكنها أن تعود إلى تركيب الببتيدات المخاطية دون أي اضطراب . تتطلب معالجة الإفرنجي الباكر مدة لا تقل عن الأسبوعين مع تركيز مستمر للدواء في المصل بنسبة ٠,٠٣ وحدة/مل على الأقل . أما في الإفرنجي المتأخر فيجب أن تستمر

المعالجة من ٣ إلى ٤ أسابيع على الأقل لتجنب فشل المعالجة . تعزى عودة ظهور علامات الإفرنجي إما إلى النكس (نادر) أو إلى عودة الخمج (شائع) .

تفاعل هيركسهايمر Herxheimer's Reaction : ويحدث في المعالجة البدئية للإفرنجي وبخاصة عندما تكون اللولبيات غزيرة (المرحلة المتأخرة من الدور الأول ، والدور الثاني ، والإفرنجي الولادي الباكر) . يؤدي فعل البنسلين القاتل للولبيات إلى تلفها السريع والذي يتصف بتأثيرات جهازية سمية وباشتداد تظاهرات الإفرنجي الموجودة . يمكن أن يحدث خلال ثماني ساعات من الزرق الأولى للبنسلين ترفع حروري يصل إلى أربعين درجة مئوية مع عرواء واشتداد الطفح الإفرنجي . قد تحدث نفس الظاهرة في الأشكال البورية من الإفرنجي مثل التهاب المتوسطة الشريانية الأبهريّة حيث قد يؤدي إلى تمزق الأهر والموت المفاجيء . يُستحب حدوث الترفع الحروري لأنه يساعد في تلف الجراثيم . يمكن تخفيف الأعراض بزرق الكورتيكوستيرويد (٦٠ - ١٠٠ ملغ من البريدنيزولون بالعضل أو بالوريد) قبل أو مع الجرعة الأولى من البنسلين . تتبع المعالجة بالستيروئيدات العوامل الفردية (المريض القلق ، أدواء دورانية معروفة ...) يجب مراقبة كل مريض بإشراف طبي لمدة عدة ساعات بعد الجرعة الأولى من البنسلين .

الطرق العلاجية Therapeutic Regimen :

أثبت البنسلين كفاءته في معالجة الإفرنجي خلال أربعين عاماً . فهو فعال جداً وغير سام وتأثيراته الجانبية نادرة (أقل من ١٪) . ولم تشاهد مقاومة العامل المرض له . يتدخل البنسلين في تركيب الببتيد المخاطي في جدار الخلية الجرثومية . يجب ألا ينخفض مستوى البنسلين في الدم دون ٠,٠٣ وحدة/مل . ولا يوجد للإفرنجي معالجة موحدة عالمياً . تختلف المعالجة ومدتها حسب الحالات والدور الذي تتواجد فيه .

المعالجة المعيارية Standard Treatment :

المادة : البنسلين G .

المستحضر : ١ X ٦١٠ وحدة بنسلين G (غالباً ممزوجة مع ملغ ليدوكائين هيدروكلورايد) .

المقدار الدوائي : ١ X ٦١٠ وحدة بنسلين G زرقاً عضلياً ولمدة أربعة عشر يوماً في الإفرنجي الباكر ، ولمدة ٢١ يوماً في الإفرنجي المتأخر ، ولمدة ٢٨ يوماً في الإفرنجي العصبي . مضادات الاستطباب : الأرج للبنسلين أو للبروكائين .

المعالجة البديلة Alternative Treatment :

المادة : بنسلين G بنزاتين . لا يفيد في الإفرنجي العصبي .

المستحضر: ١,٢ X ١١٠ وحدة بنسلين بنزاتين (غالباً ممزوجاً مع ٨٠ ملغ تولي كاثين هيدروكلورايد Tolycaine HCl .

المقدار الدوائي : بسبب تأخر امتصاص البنزاتين يكفي الزرق العضلي الأسبوعي ٢,٤ X ١١٠ وحدة من بنسلين G بنزاتين . يزرق في الإفرنجي الباكر ٢,٤ X ١١٠ وحدة في الإلية اليمنى في اليوم الأول وفي الإلية اليسرى في اليوم الثامن . أما في الإفرنجي المتأخر فتعطى الزرق في اليوم الأول والثامن واليوم الرابع عشر .

مضادات الاستطباب (موانع الاستعمال) : الأرج للبنسلين والليدوكاين والتولي كاثين .

معالجة المرضى المصابين بأرج البنسلين :

ينصح باستعمال التتراسكلين والإريثرومايسين عند المرضى المصابين بأرج البنسلين . لا توجد خيرة كافية لمعرفة فعالية المضادات الأخرى مثل السيفالوسبورين والدوكسي سيكلين والسيراميسين والكلورامفينيكول . إن اللوليبات الشاحبة غير حساسة للستربتومايسين والجانتاميسين أو السبكتينو مايسين .

المعالجة بالتتراسكلين عن طريق الفم :

المادة : تتراسكلين هيدروكلورايد .

المقدار الأولي : ٥٠٠ ملغ عن طريق الفم كل ٦ ساعات (٢ غ/يومياً) دون انقطاع . وبما أن امتصاص التتراسكلين من الأنبوب الهضمي يتأثر بالكالسيوم والمغنيزيوم والألمنيوم والحديد الموجود في الغذاء (منتجات الحليب مثلاً) ، كان من الواجب أن تؤخذ المحافظ قبل ساعة من تناول الطعام أو بعده بساعتين . يعطى الدواء لمدة أسبوعين في الإفرنجي الباكر ولمدة شهر في الإفرنجي المتأخر .

مضادات الاستطباب : يجب تجنب إعطاء التتراسكلين لمعالجة الإفرنجي أثناء الحمل وفي الإفرنجي الولادي الباكر بسبب تأثيراته الجانبية على تشكل الأسنان والعظام . ومن مضادات الاستطباب أيضاً الأرج للتتراسكلين .

المعالجة بالتتراسكلين زرقاً وريدياً : يمكن اللجوء لهذه المعالجة في حال عدم تعاون المريض . ويجب أن يكون الاستطباب هنا محدوداً جداً بسبب احتمال حدوث التهاب وريد خثاري مكان الحقن .

المادة : أوكسي تتراسكلين .

المستحضر : حبة تحتوي على ٢٥٠ ملغ أوكسي تتراسكلين .

المقدار الدوائي : يزرق في الوريد ٢٥٠ ملغ كل ١٢ ساعة

دون انقطاع ولمدة ١٤ يوماً في الإفرنجي الباكر ، ولمدة ٢١ يوماً في الإفرنجي المتأخر .

مضادات الاستطباب : الإفرنجي أثناء الحمل ، الإفرنجي الولادي الباكر ، الأرج للتتراسكلين والوهن العضلي الوخيم .

المعالجة بالإريثرومايسين عن طريق الفم : لقد ثبتت فعالية الإريثرومايسين في معالجة الإفرنجي غير أنه لا توجد خيرة كافية في معالجة الإفرنجي العصبي .

المادة : الإريثرومايسين : يجب ألا يوصف الإريثرومايسين إيتوليت Estolate بل مركبات أخرى مثل الإريثرومايسين إيتيل سوكنينات والستيريت Stearate . ويناسب استعماله أثناء الإرضاع والإفرنجي الولادي الباكر .

المستحضرات : حبوب مغلفة بالسكر ٢٥٠ ملغ . مضغوظة ٥٠٠ ملغ (إريثروماسين ستيريت) ، مضغوظة ٤٠٠ ملغ (إريثرومايسين إيتيل سوكنينات) .

المقدار الدوائي : يعطى ٥٠٠ ملغ عن طريق الفم كل ٦ ساعات دون انقطاع (٢ غ يومياً) أو مقدار معادل من المضغوظات . كما يعطى ٤٠٠ ملغ لمدة ١٥ يوماً في الإفرنجي الباكر ولمدة ثلاثين يوماً في الإفرنجي المتأخر .

مضادات الاستطباب : الأرج للإريثرومايسين .

معالجة الإفرنجي القلبي الوعائي Cardiovascular Syphilis :

يجب معالجة الإفرنجي القلبي الوعائي إذا كان ممكناً بمستحضرات البنسلين G المنحل بالماء . ينصح باستعمال بنسلين G بروكاثين أو كليميزول Clemizole بنسلين G . يجب أن تكون مدة المعالجة ثلاثة أسابيع على الأقل ويفضل أن تكون أربعة ، والمقدار مماثل لمعالجة الإفرنجي الباكر . ويجب إشراك المعالجة بالستيروئيدات القشرية Glucocorticoid إذا كان هناك خطر حدوث تفاعل هركسهايمر (أم دم أهرية) .

معالجة الإفرنجي العصبي Neurosyphilis :

يجب أن يكون تركيز البنسلين في السائل النخاعي والنسيج العصبي الدماغى والنخاع الشوكي كافٍ لقتل العوامل المرضية . ويتحقق ذلك بإعطاء البنسلين G بروكاثين أو الكليميزول بنسلين بمقدار يومي ١ X ١١٠ وحدة دولية ولمدة ٤ أسابيع . يمكن إعطاء بنسلين G المنحل بالماء بمقدار مرتفع . يدخل المريض إلى المستشفى ويسرّب ١٢ - ٢٤ X ١١٠ وحدة دولية أو أكثر (حتى ٦٠ X ١١٠ وحدة دولية) من البنسلين G المنحل بالماء يومياً مجزأة على أربع جرعات بفواصل ست ساعات ولمدة عشرة أيام .

موانع الاستعمال .

الولدان مع موجودات شاذة في السائل النخاعي :

إذا كانت موجودات السائل النخاعي غير طبيعية يجب المعالجة بالبنسلين G الذواب بالماء (بنسلين G صوديوم) ٥٠,٠٠٠ وحدة دولية/كغ زرقاً عضلياً أو وريدياً يومياً مقسمة إلى جرعتين ولمدة عشرة أيام على الأقل . أو المعالجة بالبنسلين G الذواب بالماء - بروكاين والبنسلين G صوديوم ٥٠,٠٠٠ وحدة/كغ زرقاً عضلياً أو وريدياً ولمدة عشرة أيام على الأقل .

يجب متابعة المريض ومراقبته بإجراء اختبار VDRL في الشهر الثالث والسادس والثاني عشر ثم سنوياً ولمدة خمس سنين بعد المعالجة . يمكن تأكيد شفاء الإفرنجي بإجراء اختبار 19S IgM FTA - ABS بعد سنة وستين من انتهاء المعالجة .

مضادات الاستطباب : إذا كان هناك أرجح للبنسلين نلجأ للمعالجة بالإريثروميسين أو التتراسكلين حسب الوزن ولكن بمقدار يساوي مقدار الكهل . يجب عدم إعطاء التتراسكلين عند الأطفال الأقل من ثماني سنوات من العمر .

الجدول ٤ - ٣ : الموجودات المصلية في مختلف مراحل الإفرنجي التي تحتاج للمعالجة

المرحلة البدئية والمرحلة الباكرة من الإفرنجي الثانوي	اختبار VDRL إيجابي العيار ≤ 4 (عيار VDRL) اختبار TPHA إيجابي اختبار IgM FTA ABS إيجابي
المرحلة الباكراة من الإفرنجي الثانوي عودة الحمج الإفرنجي الولادي	اختبار VDRL إيجابي العيار ≤ 4 (عيار VDRL) اختبار TPHA إيجابي اختبار IgM FTA - ABS 19S سليبي (أ) اختبار IgM FTA - ABS 19S إيجابي اختبار SPHA إيجابي
المرحلة المتأخرة من الإفرنجي الثانوي الإفرنجي الكامن الإفرنجي الثالثي الإفرنجي العصبي	اختبار VDRL إيجابي عيار ≤ 4 اختبار TPHA إيجابي اختبار IgM FTA - ABS سليبي اختبار IgM FTA - ABS 19S إيجابي (أ) اختبار SPHA إيجابي

ثم نتابع المعالجة بالبنسلين G بنزاتين ٢,٤ X ٦١٠ وحدة دولية زرقاً عضلياً أسبوعياً ولمدة ثلاثة أسابيع . لا توجد معالجة واحدة للإفرنجي العصبي . يستجيب الإفرنجي العصبي اللا عرضي والإفرنجي السحائي الوعائي جيداً للمعالجة المذكورة سابقاً . بينما تكون الاستجابة في الشلل تابعة لشدة الأعراض ومدة الداء . لذلك قد يتطور ضمور العصب البصري والصمم حتى بعد المعالجة بالصادات . يجب الفحص المتكرر للسائل النخاعي .

الإفرنجي والحمل Syphilis and Pregnancy :

يجب معالجة الإفرنجي فوراً إذا شخص أثناء الحمل . واندواء النوعي هو البنسلين لأنه يجتاز الحاجز المشيمي إلى الجنين . أما عند الأشخاص الأرجين للبنسلين يعطى الإريثروميسين كما ذكر سابقاً . ويبدو أن المعالجة بالإريثروميسين سليمة بالنسبة للأم وطفلها ولكن نسبة نجاح المعالجة ليست تامة ، لذا يفضل استعمال البنسلين إن أمكن . يجب عدم استعمال التتراسكلين (بسبب ترسبه وتحريسه الدائم للأسنان والعظام . كما أن الإريثروميسين إيستوليت يسبب تأثيرات جانبية على الأم والجنين . يجب مراقبة الأم شهرياً أثناء الحمل بعد إنهاء معالجة الإفرنجي وذلك بإجراء الاختبارات اللا لولية الكمية (اختبار VDRL مثلاً) . إذا ارتفع العيار بعد التمديد أربع مرات يجب إعادة المعالجة . يجب مراقبة الأم والوليد بعد الولادة بإجراء الاختبارات المصلية IgM FTA - ABS 19S .

ليس من الضروري إعادة المعالجة كإجراء وقائي أثناء الحمل وإذا كانت الأم قد عولجت بشكل جيد قبل الحمل وبقيت الاختبارات المصلية اللا لولية كعيار ثابت أو إذا لم يرتفع عيار اختبارات المستضد الشحمي بعد التمديد مرتين .

يجب إجراء اختبار IgM FTA - ABS عند الوليد بعد الولادة مباشرة . يكون الاختبار غير متفاعل إذا كانت الوالدة قد عولجت بشكل جيد . إذ تختفي الأضداد IgG اللولية واللا لولية المنتقلة من الأم بشكل عفوي خلال ثلاثة أشهر ويجب معالجة الوليد إذا اكتشفت لديه الأضداد IgM .

الولدان مع موجودات طبيعية في السائل النخاعي

Newborns with normal CSF Findings :

إذا دلت الموجودات السريرية والمصلية في الولدان على إصابتهم بالإفرنجي الولادي الباكر ، وكانت موجودات السائل النخاعي طبيعية ، فإنه يكفي المعالجة بجرعة وحيدة من البنسلين ج بنزاتين ومقدارها ٥٠,٠٠٠ وحدة/كغ بالحقن العضلي .

مضادات الاستطباب : في حالة عدم تحمل البنسلين ، يجب أن يستعاض بالإريثروميسين . وتعتبر المعالجة بالتتراسكلين من

أ) يخطط اختبار ABS - IgM FTA في هذه الحالات بسبب زيادة الأضداد IgG النوعية للولبية في المصل الكامل .

المجدول ٤ - ٤ : الموجودات المصلية للإفرنجي الذي لا يحتاج إلى المعالجة (معالجة كافية أو شافية)

إيجابي أ	سليم ب
اختبار VDRL	عيار VDRL
اختبار TPHA	اختبار IgM FTA - ABS
اختبار IgG FTA - ABS	اختبار 19S IgM FTA
اختبار TPI	

أ - تبقى هذه الاختبارات إيجابية مدى الحياة غير أن هذا لا يتطلب معالجة .

ب - في الحالات الفردية تصبح هذه التفاعلات غير قابلة للكشف وتصبح مرحلة الجمع التي بدأت بها المعالجة .

يصبح اختبار VDRL سلبياً بعد ٦ أشهر من المعالجة المناسبة للإفرنجي البدئي ، ولكن ليس قبل سنتين من معالجة المرحلة الباكرة من الإفرنجي الثانوي . يمكن أن يبقى اختبار VDRL إيجابياً لمدة أكثر من أربع سنوات بعد معالجة الإفرنجي الثالثي . يصبح اختبار ABS - IgM FTA 19S سلبياً خلال سنة إلى سنتين بعد المعالجة الناجحة للإفرنجي البدئي أو الثانوي . لم يدرس حتى الآن سلوك الأضداد IgM النوعية للولبية بعد معالجة الإفرنجي الثالثي .

المجدول ٤ - ٥ : المراحل السريرية للإفرنجي والموجودات المصلية

المراحل السريرية		الطرق		الاختبارات الخاصة	
		التفاعلات المصلية الأولية		التفاعلات اللولبية	
		RPRC - VDRL			
				19SIgM FTA - ABS	TPI
الإفرنجي الباكر غير المعالج سليمي	التفاعلات المصلية المرحلة I	غير متفاعلة Non Reactive	متفاعلة بشكل ضعيف إلى متفاعل	متفاعلة بشكل ضعيف إلى متفاعلة	غير متفاعل
الإفرنجي الباكر غير المعالج إيجابي	التفاعلات المصلية المرحلة I	ارتفاع العيار ، متفاعل	متفاعل	متفاعل	غير متفاعل إلى متفاعل ضعيف
الإفرنجي الباكر غير المعالج المرحلة II والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في المرحلة الكامنة الباكرة	الإفرنجي الآجل غير المعالج المرحلة II والإفرنجي العصبي والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في المرحلة III المتأخرة من الإفرنجي الكامن	متفاعل عيار عالٍ	متفاعل	متفاعل	متفاعل
الإفرنجي الباكر غير المعالج المرحلة II والإفرنجي العصبي والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في المرحلة III المتأخرة من الإفرنجي الكامن	الإفرنجي الولادي غير المعالج الإفرنجي الولادي الباكر الإفرنجي الولادي المتأخر	متفاعل إلى غير متفاعل ٣٠٪ عيار عالٍ إلى منخفض	متفاعل	متفاعل	متفاعل
الإفرنجي الباكر الولادي غير المعالج الإفرنجي الولادي الباكر الإفرنجي الولادي المتأخر	الإفرنجي الباكر جيداً المرحلة II والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في مرحلة الكمون الباكرة	متفاعل عيار أعلى مما هو في الأم	متفاعل	متفاعل	متفاعل
الإفرنجي الباكر جيداً المرحلة II والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في مرحلة الكمون الباكرة	الإفرنجي الباكر جيداً المرحلة II والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في مرحلة الكمون الباكرة	غير متفاعل إلى متفاعل	غير متفاعل إلى متفاعل	غير متفاعل إلى متفاعل	غير متفاعل إلى متفاعل

الإفريقي الآجل المعالج جيداً المرحلة III	غير متفاعل إلى متفاعل	متفاعل	متفاعل	غير متفاعل	متفاعل
والإفريقي الكامن إيجابي التفاعلات					
المصلية المرحلة III من مرحلة الكمون					
الآجلة					
الإفريقي العصبي المعالج جيداً	غير متفاعل إلى متفاعل	متفاعل	متفاعل	غير متفاعل	متفاعل
لا يوجد إفريقي ولادي عند الوليد ،	متفاعل ، العيار عالي كما هو	متفاعل	متفاعل	غير متفاعل	متفاعل
انتقلت الأضداد IgG من الأم المصابة	عند الأم ولكنه أخذ				
بالإفريقي	بالتناقص				
الإفريقي الولادي الباكر	متفاعل	متفاعل	متفاعل	متفاعل	متفاعل
عودة الخمج غير المعالج مع أو دون	متفاعل ، ارتفاع في العيار	متفاعل	متفاعل	متفاعل ارتفاع في العيار	متفاعل
أعراض سريرية					

إن خطة العلاج في حال عودة الخمج هي نفسها في معالجة الخمج البدئي .

التوصيات العلاجية الأخرى Other Therapeutic Recommendations : توجد توصيات علاجية مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وفي نشرة منظمة الصحة العالمية . على سبيل المثال هناك كتيب عن « الإرشادات العلاجية الموصى بها لمعالجة الإفريقي » أصدرتها مراكز مراقبة الأمراض – القسم الصحي وخدمة الإنسان في أتلانتا . وقد ورد في هذا الكتيب الإرشادات العلاجية التالية والتي تختلف عن تلك التي ذكرت سابقاً .

يعطى في الإفريقي الذي تكون مدته أقل من سنة (الدور I ، II ، الإفريقي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية) البنسلين G بـ ٢,٤ X ١١٠ وحدة دولية عضلياً (في الإلوتين البيني واليسرى) كجرعة وحيدة ، أو بنسلين G بروكاثين منحل بالماء بمقدار كلي ٤,٨ X ١١٠ وحدة دولية ، حيث يعطى ٦٠٠,٠٠٠ وحدة دولية يومياً زرقاً عضلياً لمدة ثمانية أيام دون انقطاع . يعطى في الإفريقي الذي تجاوزت مدته السنة (الدور الثاني ، الإفريقي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية مدته أكثر من سنة ، الإفريقي الوعائي القلبي ، الإفريقي العصبي) بنسلين G بـ ٢,٤ X ١١٠ وحدة دولية بمعدل ٢,٤ X ١١٠ وحدة دولية زرقاً عضلياً (في الألتين البيني واليسرى) مرة في الأسبوع ولمدة ثلاثة أسابيع ؛ أو بنسلين G بروكاثين منحل بالماء ٩ X ١١٠ وحدة دولية كمقدار كامل بمعدل ٦٠٠,٠٠٠ وحدة دولية يومياً لمدة ١٥ يوماً دون انقطاع . تنصح منظمة الصحة العالمية أن يكون مستوى البنسلين في المصل ٠,٠٣ وحدة دولية/مل لمدة ٧ - ١٠ أيام على الأقل في معالجة الخمج باللولبيات . يمكن

الإفريقي الولادي الآجل Late Congenitals :

معالجته كمعالجة الإفريقي الآجل .

النظار المصلي (المراقبة المصلية) Serological Monitoring :

يجب متابعة كل مريض عولج لإصابته بالإفريقي بإجراء الاختبارات الكمية للتفاعلات اللالولية للمراقبة (اختبار VDRL) في الشهر الثالث والسادس والثاني عشر ثم كل سنة ولمدة خمس سنوات بعد انتهاء المعالجة . إذا استعملت مستحضرات أخرى غير البنسلين في المعالجة يجب أن تكون المراقبة السريرية والمصلية دقيقة (وتشمل فحص السائل النخاعي) . تستغرق الاختبارات اللالولية من ٨ - ١٢ شهراً لتبدي انخفاضاً في عيارها . وكلما طالت مدة الإصابة بالإفريقي كلما طالت مدة إيجابية التفاعلات المصلية . ينبغي متابعة مريض الإفريقي العصبي لمدة أطول ، وهي على الأقل ثلاث سنوات وبفترات قصيرة ، ومن ثم كل سنة أشهر مع إجراء فحوص منتظمة للسائل النخاعي .

عودة الخمج Reinfection :

من النادر جداً حدوث نكس في الإفريقي ، وعادة ما يكون هناك عودة الخمج . تكون عودة الخمج بالإفريقي أكيدة أو محتملة جداً إذا ظهر بعد المعالجة الجيدة والكافية ما يلي :

- ظهور أعراض جديدة للإفريقي .
- ارتفاع عيار الاختبارات المصلية اللالولية بعد التمدد أكثر من أربع مرات .
- إذا لم ينخفض العيار العالي الكمي المراقب في الاختبارات المصلية اللالولية بأكثر من أربع درجات خلال سنة .

اليوز (الداء العليقي) Yaws

المترادفات : Parangi, Parru, Bouba, Pian, Frambesia .

التعريف : داء اللولبية المزمن له علاقة بالإفرنجي وهو خمجي غير زهري وغير ولادي . يتصف بالمراحل الثلاثة التالية : القرح أو الحبيبوم البدئي (اليوز الأم) ، المرحلة الباكرة غير المخربة ، والمرحلة الآجلة المخربة مع تبدلات جلدية وعظمية وسمحاقية . وقد تؤدي التظاهرات المتأخرة إلى عجز فيزيائي شديد .

العامل المرضي : هو اللولبيات الرقيقة Pertenuae (كاستيلاني ١٩٠٥) يشبه شكلها اللولبيات الشاحبة . توجد مناعة متصالبة بين الإفرنجي واليوز . ييدي المرضى المصابون باليوز مناعة جزئية للإفرنجي وقلما يجمع المرضى المصابون بالإفرنجي باليوز ، وقد استطاع نوغوشي Noguchi من زرع هذه الجراثيم ونقلها إلى القردة والأرانب .

الوبائيات Epidemiology : يشاهد اليوز بين مدار السرطان ومدار الجدي (Capricorn) ويشمل الجزر الكاريبية ، وأمريكا المدارية ، وإفريقيا الاستوائية ، والهند ، وسيريلانكا ، وماليزيا ، وأندونيسيا ، وتايلاند ، وكامبوديا ، وفيتنام ، وشمال أستراليا ، والفيليبين وبعض جزر جنوب المحيط الهادي . وتشير التقديرات إلى أن خمسين مليون شخص مصابون باليوز . ويعكس الإفرنجي الذي يحدث بشكل رئيسي في المدن ، يشاهد اليوز في المناطق الريفية حيث يكون مستوى المعيشة منخفضاً . وتساعد الحرارة والرطوبة في انتشاره . « يبدأ اليوز حيث تنتهي الشوارع » . ورغم أن الإفرنجي واليوز يبديان بعض المظاهر المشتركة إلا أنه ثمة فوارق سريرية ووبائية واضحة بينهما . ليس داء اليوز (العليقي) مرضاً زهرياً ، ولا يحدث ولادياً ، وغالباً ما يصيب الأطفال ولا يؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز القلبي الوعائي في الدور الثالث . تتوضع الآفة البدئية عادة خارج المناطق التناسلية .

يتم الانتقال من شخص إلى آخر بالتماس المباشر . ولم تثبت إمكانية انتقاله عن طريق ذبابة هيبلاس باليس Hippelates Pallipes .

الموجودات السريرية : هناك ثلاث مراحل سريرية . المرحلة الأولى : بعد فترة حضانة تستمر ثلاثة أسابيع تقريباً تظهر الآفة البدئية في أي مكان من الجلد ولكن غالباً ما تكون على الساق تحت الركبة . قد تصاب الأمهات بالخمج في أي مكان من الجسم بالتماس المباشر مع أطفالهن . كما يصاب الأطفال أيضاً بالتماس بأمهاتهم المريضات ، وعادة ما تتوضع الآفة البدئية

الحصول على هذا المستوى من البنسلين في المصل بإعطاء ٠,٣ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بروكائين في زيت الفول السوداني مع الألمنيوم وحيد السيتارات (ولكن يمكن بهذه الطريقة المحافظة على مستوى البنسلين المصلي المطلوب لمدة ٣ - ٤ أيام فقط) . يمكن بإعطاء جرعة واحدة ٠,٣ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين المحافظة على مستوى البنسلين المطلوب لمدة سبعة أيام . ويمكن بإعطاء جرعة وحيدة ٠,٤ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين أن نحافظ على المستوى المطلوب للبنسلين في المصل لمدة ٣ - ٤ أسابيع ، إذا انخفض مستوى البنسلين دون العتبة ٠,٣ X ٠,٠ وحدة دولية/مل ولمدة ٢٤ - ٣٠ ساعة . يمكن للولبيات أن تتكاثر من جديد .

تحدد منظمة الصحة العالمية توصياتها للمعالجة كالتالي :

الإفرنجي الباكر : (الدور I, II) والكمون الباكر لأقل من سنتين : يعطى جرعة واحدة ٠,٤ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين زرقاً عضلياً أو ٠,٦ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بروكائين المائي زرقاً عضلياً ولمدة ١٠ أيام ، (المقدار الكامل ٠,٦ X ١١٠ وحدة دولية) .

الكمون الآجل أو الإفرنجي الآجل السليم : (مدته أكثر من سنتين) : يعطى ٠,٤ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين زرقاً عضلياً مرة أسبوعياً ولمدة ثلاثة أسابيع متتالية (المقدار الكلي ٠,٢ X ١١٠ وحدة دولية) ، أو ٠,٦ X ١١٠ وحدة دولية من البنسلين G بروكائين مائي زرقاً عضلياً يومياً ولمدة خمسة عشر يوماً متتالية ، (المقدار الكلي ٠,٩ X ١١٠ وحدة دولية) .

الإفرنجي القلبي الوعائي والإفرنجي العصبي : بما أن البنسلين G بنزاتين يؤدي إلى مستوى منخفض من البنسلين في السائل النخاعي وله تأثير مشكوك به على التبدلات الوعائية ، ينصح باستعمال البنسلين المائي G بروكائين فقط لمعالجة الإفرنجي القلبي الوعائي والإفرنجي العصبي بمقدار ٠,٦ X ١١٠ وحدة دولية زرقاً عضلياً لمدة عشرين يوماً متتالياً ، (المقدار الكلي ١٢ X ١١٠ وحدة دولية) .

الإفرنجي الولادي : يستعمل البنسلين G بروكائين المائي زرقاً عضلياً ولمدة عشرة أيام متتالية بمقدار ٠,٠٠٥ X ٥٠ وحدة دولية/كغ من الوزن أو بنسلين G بنزاتين زرقاً عضلياً بمقدار ٠,٠٠٥ X ٥٠ وحدة دولية/كغ من الوزن .

الحاجة إلى التبليغ Notification Requirement : يجب التبليغ عن الإفرنجي في جميع البلاد . تساعد السلطات الصحية في تحديد الشريك الجنسي وتأمين المعالجة الكافية .

في الفم أو ما حوله . يتظاهر اليوز عند الأم بحطاطة أو مجموعة من الحطاطات مع ارتشاح التهاجي يتطور بسرعة ليشكل قرحة ، أو آفة حلیمومية كميّة عليقية الشكل ؛ تختلف عن الآفة البدئية في الإفرنجي بكونها طرية ويمكن أن تصبح كبيرة نسبياً ، تنضج القرحة بغزارة ويكون النضج غنياً باللويبيات الرقيقة التي يكشفها بسهولة الفحص مجهرياً بالساحة المظلمة .

تحدث ضخامة في العقد اللمفية الناحية عند غالبية المرضى . تكون العقد اللمفية صغيرة أو كبيرة ، قاسية وغير مؤلمة ولا تننوسر . تحدث أعراض عامة مثل الترفع الحروري والآلام المفصليّة . تستمر الآفة البدئية عدة أشهر وتشفى بشكل كامل تاركة ندبة ناقصة أو مفرطة التصبغ .

المرحلة الثانوية *Secondary Stage* : تظهر بعد ٣ - ١٢ شهراً من بدء الحمج آفات حطاطية ومتقرحة حبيومية على شكل توت الأرض « توت الفريز *Raspberry - like* » (اليوز البنت) ، وتكون غنية بالعوامل المرضية . وتكون الآفات المنتشرة متناظرة . يشاهد نمطان من السير السريري ، آفات كبيرة تشبه اليوز الأم (الشكل الحطاطي الكبير *Macropapular Variant*) ، وآفات صغيرة (الشكل الحطاطي الدقيق *Micropapular* مع حطاطات دخنية جريبية وحزازية) . هناك ظواهر نادرة كالاندفاعات البقعية (وردية اليوز) ، والأشكال المضطربة الألوان *Dyschromic* مع سطوح وسفية . تعتبر إصابة المفاصل والأخصص بتقرن الجلد من انصافات النموذجية . تؤدي التشققات والتقرن والألم إلى مشية خاصة ، يطلق عليها مشية سرطان اليوز *Crab Yaws* . تبدي الأشكال الخاصة الأخرى لهذه المرحلة الثانوية أثفاناً على الأخصص ودواحساً في الأصابع والأبأخس .

تعتبر الإصابة العظمية نموذجية لليوز وقد تكون التظاهرة الأولى للداء عند الأطفال . تؤدي إصابة العظم والسمحاق إلى انتاج مؤلم . وبعكس الإفرنجي ، من النادر جداً إصابة الأغشية المخاطية والتهاب العقد التصليبي *Polyscleradenitis* . تشمل الأعراض العامة ترفعاً حرورياً وصداعاً ، وآلاماً في العظام أثناء الليل . إن نكس الآفات الحطاطية الدقيقة والكبيرة كثير المشاهدة ، ويستمر لمدة أشهر ويشفى مع نقص التصبغ .

المرحلة الثالثة *Tertiary Stage* : تظهر المرحلة الثالثة عند المرضى غير المعالجين أو المعالجين معالجة غير كافية . قد تستمر أحياناً مرحلة الكمون عدة سنوات .

تظهر آفات المرحلة الثالثة عند الأطفال بعد عمر خمس سنوات ، يصاب الجلد والعظام والمفاصل ولكن لا يصاب الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز القلبي الوعائي . تكون التفرحات والتندبات والتففعات بارزة . يتصف الدور التالي

بسبع أنماط من التظاهرات :

- الآفات العقيدية أو الدرنية الشكل : تشكل ٨ - ١٠ عقيدات لويجة قوسية الشكل .

- الصمغ : تحدث بشكل شائع على الساقين ، تكون الآفات وحيدة ، قاسية متحركة في البدء ولكنها تصبح جاسئة آجلاً وتكون غير مؤلمة وموضعة عميقاً تحت الجلد وتنقرح وتعطي نجيجاً . إن الاختلاطات المتأخرة هي ضمور العظام وقسطها .

- تقرن الجلد الراحي الأخصي *Palmoplantar Keratoderma* : تكون الآفات مفرطة التقرن غير مؤلمة ، متشققة وغير محددة ، غالباً مع انخماصات صغيرة في الطبقة المتقرنة وحطاطات متقرنة (تقرن راحي أخصي نقطي *Keratoderma Punctatum*) .

- الآفات العظمية المفصليّة : من الاختلاطات الهامة التهاب السمعاق ، التهاب العظم ، والتهاب العظم والسمحاق الصمغي وبخاصة في العظام الطويلة (الظنبوب ، الكعبرة ، الزند) مع إصابة الجلد السائر للمنطقة . قد يأخذ الظنبوب شكل نصلة السيف .

- التهاب الخيشوم الجادع (كانكوزا) *Gangosa* : يؤدي التهاب الخيشوم الجادع إلى حدوث صوت أنفي خاص رغم عدم إصابة اللسان والحنال الصوتية . تحدث جدوع لافتة للنظر في منتصف الوجه بشكل خاص مع إصابة العظام والغضاريف والأغشية المخاطية .

- التهاب أنفي بلعومي جادع *Goundou or Gundu* : وهو تشكل أعران عظمية في عظم الأنف والفك المجاور التي قد تبرز إلى الأمام بشكل ضخيم جداً يعيق النظر .

- العقيدات مجاورة المفصل *Juxtaarticular Nodules* : وهي عقيدات قاسية مدورة ذات أحجام مختلفة تتوضع بشكل رئيسي في الركبتين ، والمرفقين ، والرسغين ، وعنق القدم . لم تشاهد تلك العقيدات في البرازيل رغم كثرة حدوث اليوز . ولذلك يشك بعلاقتها باليوز .

التشخيص : يعتمد التشخيص على التوضع الجغرافي والآفات السريرية وكشف اللويبيات الدقيقة مجهرياً والاختبارات المصلية كالاختبارات التي تجرى في الإفرنجي .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه في المرحلة البدئية عن تقيح الجلد الكميّ *Fungating* ، والأنحاج بالمتفطرات اللا نموذجية ، وسل الجلد ، والسرطانة التنبئية (شائعة في المناطق المدارية) والإفرنجي ، والليشمانية توتية الشكل ، وداء براغيث الرمل *Tungiasis* (واللويحات الشبيهة بقرص العسل)

المتحدة الأمريكية) وداء البوريليات الحمامي المهاجر (في أوروبا) . ينجم المرضان عن لدغة القراد الحامل للملتويات ، ويرافق باضطرابات النهائية في أجهزة متعددة ، لكنها تصيب بشكل خاص كلاً من الجلد ، والمفاصل ، الجهاز العصبي والقلب . يميز ستيير Steer ثلاث مراحل : التظاهرة الجلدية الرئيسية للمرحلة الأولى هي الحمامي المهاجرة وداء العقد اللمفية الجلدي السليم . بينما التظاهرة الرئيسية للمرحلة الثالثة هي التهاب جلد النهايات المزمن المضمر . وتتصف المرحلة الثانية بالأعراض الجهازية وبخاصة في الجهاز العصبي المركزي والمحيطي والقلب والجهاز العضلي الهيكلي .

لمحة تاريخية :

١٨٨٣ وصف بوشوالد Buchwald وكذلك بيك Pick (١٨٩٥) ضمور جلد منتشر غامض يندى مظاهر وصفية لالتهاب جلد مزمن وقد سماه هركسهايمر وهارتمان التهاب جلد النهايات المزمن المضمر عام ١٩٠٢ .

١٩٠٩ / ١٩١٣ وصف أفزيلوس Afzelius وليشوتز Lipschütz الحمامي المزمن المهاجرة لأول مرة .

١٩١١ وصف بيركهاردت Burckhardt لقوما كاذبة جريية سماها بافرستد Bafversted عام ١٩٤٣ بداء العقد اللمفية الجلدي السليم .

١٩٢٢ قدم غارن Garin وبوجادوكس Bujadoux حالة شلل بلدغ القراد .

١٩٤١ / ١٩٤٤ وصفها بان وارث Bannwarth بالتهاب سحاي لمفاوي مزمن .

١٩٢٤ وصف جسنر Jessner ولوفنستام Loewenstamm بعض المرضى المصابين بالتهاب جلد النهايات المزمن المضمر ترافق عند بعضهم بإصابة المفاصل والعظام .

١٩٢٥ شك إهرمان Ehrmann وفالكنشتين Falkenstein بالمنشأ الحمجي لالتهاب جلد النهايات المزمن المضمر . وذكر سير المرض الشبيه بتصلب الجلد .

١٩٣٠ نشر هيللرستروم Hellerström حالة حمامي مزمنة مهاجرة تبعها اضطرابات عصبية (التهاب دماغ وسحايا) .

١٩٤٢ وجد كاهل Kahle إيجابية التفاعلات الشاحبة (مستضد اللولبية الآكلة Antigen: Treponema Phagedenis) عند المرضى المصابين بالتهاب جلد النهايات المضمر .

١٩٤٦ / ١٩٤٩ لاحظ سفارتز Svartz وثايرسن Thyresson أن البنسلين يفيد في معالجة التهاب جلد النهايات المضمر .

والجرب المتقويء . أما في المراحل الآجلة فيجب تفريقه عن الإفرنجي ، والجذام ، والليشمانيه المخاطية الجلدية ، والسل والبنتا Pinta .

المعالجة : للبنسلين تأثير شاف . يعطى البنسلين G بروكائين ٦٠٠,٠٠٠ وحدة دولية كل يومين بأربع جرعات أو زرقة وحيدة من بنزاتين بنسلين G بمقدار ٢,٤ X ٦١٠ وحدة دولية . أو PAM (بنسلين ألومنيوم وحيد الستيرات) . وقد ثبتت فعالية المعالجة الوقائية بالبنسلين وتنصح بها منظمة الصحة العالمية .

اللوبيات الأخرى Other Spirochetoses

البنتا Pinta :

المرادفات : داء بنتا ، Carate ، Cute ، Cativa .

التعريف : هو داء اللوبيات (اللولبية الملتوية T. Carateum) الحمجي المتوطن وغير الزهري ، ذو تظاهرات جلدية تؤدي إلى نقص تصبغ واضح .

الإفرنجي المتوطن Endemic Syphilis :

المرادفات : البجل (سوريا ، العراق ، والبلاد العربية ، يوغوسلافيا ، زيمبابوي ، ديشوشيا وريوان في إفريقيا) .

التعريف : هو إفرنجي متوطن غير زهري يحدث في مناطق سكنية معينة . له سير يشبه الإفرنجي المنتقل بالجنس ولكنه يشبه الداء العليقي إلى حد كبير . تغيب الآفة البدئية غالباً . يحدث في المرحلة الثانوية لويحات في الأغشية المخاطية للفم والشرح والمناطق التناسلية وآفات مخربة في الجلد والهيكلي العظمي . والإفرنجي المتوطن ، كالداء العليقي ، نادراً ما يؤدي إلى إفرنجي ولادي . ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن الداء في عمر النضوح الجنسي يكون موجوداً منذ زمن طويل بحيث يولد أطفال أصحاء . ويعالج معالجة الإفرنجي .

داء البوريليات الحمامي المهاجر ، داء البوريليات الليمي

Erythema Migrans Berreliosis, Lyme

: Berreliosis

المرادفات : داء البوريليات بالبوديات Ixodes Berreliosis ، خمج البوريليات البورغدرفيري Borrelia Burgderferi Infection ، داء ليم Lyme Disease .

التعريف : خمج البوريليات البورغدرفيري هو مرض بشري حيواني المصدر منتشر في جميع أنحاء العالم وبخاصة في نصف الكرة الشمالي . يتظاهر هذا الداء لدى الإنسان ببعض المظاهر السريرية المختلفة . سميت بداء البوريليات الليمي (في الولايات

الباسيفيكي . يحوي ٤٪ إلى ٦٠٪ من القراد في الأمعاء المتوسطة على البوريليات بورغ دورفيري . يمكن أن تنتقل هذه البوريليات إلى الحيوانات والإنسان ليس فقط عن طريق القراد الكهل ولكن أيضاً بالمرحلة اليرقية والحوارية . يتواجد قراد الغنم اللبود الخروعي في الغابات والمراعي في أوروبا وحتى في الجزء الأوربي من الاتحاد السوفياتي إلى بحر قزوين في شمال إيران ، وفي بعض البلاد في شمال أفريقيا مثل الجزائر والمغرب . وقد وصف حديثاً أن اللبود *Persulcatus* هو الناقل لأخماج بوريليات بورغ دورفيري في الصين ، بينما يعتبر اللبود الدامي واللبود الباسيفيكي النواقل الرئيسية في الولايات المتحدة الأمريكية . تشكل القوارض والأيل والعصافير الثوي الطبيعي لذلك القراد ومنبع الخمج . تلعب الققط والغنم والكلاب دوراً هاماً في نقل القراد إلى محيط الإنسان . إن حدوث الأخماج ببوريليات بورغ دورفيري في تزايد في بعض البلدان مثل الولايات المتحدة الأمريكية ، وكندا ، وألمانيا الاتحادية ، وفرنسا ، والسويد ، وبريطانيا ، وإيطاليا ، وبولونيا ، يوغوسلافيا ، تشيكوسلوفاكيا ، روسيا ، الصين ، اليابان ، أستراليا ومنتصف أفريقيا (زائير) .

العامل المرض Pathogen : تنتمي بوريليات بورغ دورفيري إلى جنس البوريليات من عائلة الملتويات التي تشمل أيضاً ملتويات الحمى الناكسة مثل البوريليات الناكسة *B. Recurrentis* وبوريليات دوتوني *B. Duttonii* . وهي كائن حي لولبي ذو حركة بطيئة وحلزونية ناجمة عن الدوران حول المحور الطولي . يحدث التكاثر بالانقسام الثنائي . يتراوح طولها بين ٥ - ٢٥ ميكرون وقطرها بين ٠,٢ - ٠,٦ ميكرون . البوريليات دقيقة أليفة الهواء تحتاج إلى حموض شحمية طويلة السلسلة لنموها الأمثل . يمكن زرعها على وسط بابر/ستونير/كيلي *Barbour - Stoenner - Kelly (BSK)* المعقد . وهي تتلون بملونات الأنيلين ويمكن رؤيتها بالمقاطع النسجية بعد تشريرها بالفضة . يمكن كشف البوريليات بالساحة المظلمة والمجهر مضاد الأطوار في نسج الناقل وفي الدم .

الموجودات السريرية : يبدى داء البوريليات اختلافاً كبيراً في الأعراض السريرية مثل الإفرنجي . وبشكل عام نشاهد تظاهرات شديدة ، وبخاصة في المرض الجهازى ، وآفات جلدية متعددة والتهاب مفاصل في أميركا الشمالية أكثر من أوروبا ، لقد صنف ستير *Steere* الداء إلى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : يمكن أن تحدث التظاهرات التالية بعد ٣ - ٣٠ يوماً تقريباً من لدغ القراد .

الجلد والأغشية المخاطية :

١٩٥٠ عالج بيانشي *Bianchi* ، الورم اللمفي (داء العقد اللمفية الجلدي السليم) بالبنسلين .

١٩٥١ عالج هولستروم *Hollström* الحمى الهاجرة والتهاب السحايا المرافق بالبنسلين .

١٩٥٢ وجد غرنبرغ *Grüneberg* إيجابية التفاعلات الشاحبة عند مريض مصاب بالتهاب جلد النهايات المضمرة وأشار إلى المنشأ الملتوي للداء .

١٩٥٤ نقل غوتز *Götz* التهاب جلد النهايات المضمرة إلى المتطوعين .

١٩٥٥ بندر *Binder* ، دوفمر *Döpfmer* ، هورنستين *Hornstein* : قاموا بنقل الحمى المزمنة الهاجرة من إنسان إلى إنسان .

١٩٥٧ باشود *Paschoud* نقل داء العقد اللمفية الجلدي السليم من إنسان إلى إنسان .

١٩٦٥ هاوزن *Housen* : اعتبار الحمى المزمنة الهاجرة كتظاهرة جلدية لداء خمجي جهازي .

١٩٧٠ سيرمينتي *Serimenti* : أول من وصف الحمى المزمنة الهاجرة في الولايات المتحدة الأمريكية .

١٩٧٦ كرامبيتز *Krampitz* : نقل الملتوية الشبيهة بالبوريلية من دم القوارض إلى حيوانات الخنزير بلدغة اللبود الخروعي الخمج .

١٩٧٧/ ١٩٧٩ ستير *Steere* ومساعدوه : وصفوا التهاب المفاصل الليمي ، وترافقه النادر بشذوذ عصبي وقلبي مسبوق بلدغ اللبود الدميني (*Ixodes Dammini*) وبالحمى المزمنة الهاجرة . وقد لوحظ هذا الكيان السريري الجديد في مدينة ليم (كونيكتيكت الولايات المتحدة الأمريكية) .

١٩٨٢ بورغدورفر *Burgdorfer* ومساعدوه : قاموا بكشف الملتويات وزرعها (التي سميت فيما بعد البوريليات بورغ دورفيري) في أمعاء القراد اللبود الدامي . وفي عام ١٩٨٣ كشفت وزرعت أيضاً في القراد اللبود الخروعي . وقد وجدت الأضداد ضد الملتويات في مصل المرضى المصابين بداء ليم .

منذ عام ١٩٨٢ أثبتت عدة مجموعات في الولايات المتحدة الأمريكية ، والسويد ، وألمانيا الاتحادية وفرنسا بواسطة التحريات النسجية والجراثومية والمصلية على أن البوريليات هي المسببة لداء ليم والحمى الهاجرة .

الوبيات Epidemiology : يبدو أن الأخماج ببوريليات بورغ دورفيري لها صلة بالناقل الجرثومي . وهذه النواقل هي القراد وبخاصة من زمرة اللبود مثل اللبود الخروعي واللبود *Persulcatus* واللبود الدامي *Dammini* واللبود

- التهاب الجذور والأعصاب الحسية والحركية .
- التهاب النخاع .
- الرقص .

يحدث التهاب سحايا خفيف نموذجي بالاشتراك مع شلل وجهي واعتلال الجذور العصبية المحيطي (متلازمة Bannwarth) .

التظاهرات القلبية :

- درجات مختلفة من الحصار البطني الأذني .
- التهاب العضلة القلبية والتأمور .
- ضخامة القلب .
- التهاب مجمل القلب .

العيون : التهاب قزحية أو التهاب مجمل العين .

الجهاز العضلي الهيكلي :

- آلام هاجرة في المفاصل ، والعضلات ، والعظام ، والأوتار أو المحافظ عادة دون ظهور تورم واضح في المفصل .
- المرحلة الثالثة : تشاهد تظاهرات مختلفة بعد شهر إلى أكثر من سنتين من بدء المرض .

الجلد : يشاهد التهاب جلد النهايات المزمع المضمر بكثرة في أوروبا ، بينما لم توصف سوى بعض الحالات المفردة في أميركا الشمالية .

الجهاز العصبي الهيكلي : هجمات متكررة من التهاب المفاصل الوحيد ، أو القليل ، أو المتعدد . تصاب عادة المفاصل الكبيرة وبخاصة الركبتين ، وفقط عند عدد قليل من المرضى أصيبت المفاصل الصغيرة أيضاً . تشاهد هذه الهجمات المتكررة عند ٦٠٪ من المرضى ، يدي ١٠٪ منهم التهاب مفاصل مزمن مع تآكل الغضروف والعظام . إن الاختلاطات (المضاعفات) المفصلية أقل مشاهدة في أوروبا .

الجهاز العصبي المركزي : قد تحدث آفات عصبية مزمنة تسمى التهاب الدماغ والنخاع المتري بالبوريليات (Ackermann) مع خدر تشنجي ، وأعراض مخيخة ، واضطرابات عقلية وتعب شديد . شوهدت حالات تشبه التهاب الدماغ والنخاع المنتشر (التصلب المتعدد) .

الحمج أثناء الحمل : وصف حدوث انتقال بوريليات بورغ دورفيري من الأم إلى الجنين مؤدية إلى موت الجنين داخل الرحم والإجهاض أو مؤدية إلى عيوب ولادية عند الولدان . وكشف البوريليات في هذه الحالة بالزرع وبالفحص النسيجي (الدماغ ، الطحال ، الكليتين ، نقي العظم) .

التشخيص :

الموجودات المخبرية : أكثر الاضطرابات المخبرية شيوعاً عند

- الحمامى المزمنة الهاجرة .
- داء العقد اللمفية الجلدي السليم .
- اعتلال العقد اللمفية الناحية أو المتعممة .

- طفح .
- شرى .
- آفات حلقة ثنائية .

الجهاز العصبي المركزي/العيون :

- وذمة حول الحجاج .
- صداع .
- تيبس عنق خفيف .
- التهاب ملتحمه .
- التهاب قزحية .
- حركات العين مؤلمة .

الجهاز العضلي الهيكلي :

- آلام (هاجرة) عضلية هيكلية .
- آلام مفصلية .

السبيل الهضمي المعدي المعوي :

- آلام البطن .
- إسهالات .
- غثيان .
- إقياء .

- نقص وزن .
- التهاب بلعوم .
- التهاب كبد .
- ضخامة طحال .

السبيل التنفسي :

- التهاب الحلق .
- التهاب الرغامى والقصبات .
- سعال لا مقشع .

قد تحدث وعكة شديدة ، وتعب ، وحمى ، وعرواء . ونادراً ما يشاهد تورم الخصيتين . تختلف الأعراض الباكرة عادة وتستمر مدة قصيرة وهي تميل للتحسن خلال عدة أسابيع حتى دون معالجة .

المرحلة الثانوية : يمكن مشاهدة الأعراض التالية بعد أسابيع إلى أشهر من بدء الحمج .

الجهاز العصبي المركزي والمحيطي :

- التهاب سحايا .
- التهاب الدماغ .
- التهاب الأعصاب القحفية (خاصة شلل الوجهي وحيد أو ثنائي الجانب) .

أمرضى المصابين بمجمع البوريليات هي ارتفاع سرعة التثفل ، وزيادة تركيز الغلوبولينات المناعية المصلية ووجود معقدات مناعية جواله (أكثر مشاهدة في التهاب جلد النهايات المزمن المنصر منه في الحمى المزمدة المهاجرة) ، وزيادة مستوى GOT المصل ، وفقر دم ، ونقص المتممات في الدم ، وبيلة بروتينية ، وبيلة دموية مجهرية .

يمكن في حالة إصابة الجهاز العصبي المركزي والمحيطي كشف زيادة وحيدات النوى (اللمفاويات والمصوريات) ، واضطراب وظيفة الحاجز الدموي الدماغي ، وإنتاج أضداد نوعية في السائل النخاعي .

كشف بوريليات بورغ دورفيري : إن كشف البوريليات بالفحص المباشر والزرع هي الطرق المؤكدة لتشخيص هذا الداء الخمجي . ولكن الفحص المباشر للبوريليات بعد تلويها بالفضة أو بطريقة بيروكسيداز المناعية Immunoperoxidase في الدم أو السائل النخاعي أو المقاطع النسجية وزرعها في الزجاج هو صعب التنفيذ .

الدراسة المصلية Serology : إن تحديد عيارات الأضداد البوريلية في المصل والسائل النخاعي بطريقة :

أ - المقاييس الومضائية المناعية اللا مباشرة باستعمال بوريليات بورغ دورفيري المزروعة في الزجاج بعد امتصاص المصل بالولوية الآكلة (IFT - IgG, IFT - IgM و IFT - IgM بعد المعالجة بـ IgG) أو .
ب - المقاييس بطريقة إلزا (ELISA) .

قد يحدث لدى سكان المناطق المتوطنة بنسبة عالية من إيجابية التفاعلات المصلية دون أعراض مرافقة . غير أنه لا يمكن الاعتماد على تفاعل إيجابي واحد لوضع التشخيص الصحيح .

المعالجة : إن البنسلين أقل فعالية مما كان يعتقد في الزجاج وعند حيوانات التجربة . ولقد تبين أن الأمبيسيلين والأموكسيسيلين والتتراسكلين والسيفالوسبورين من الجيل الثالث هي الأدوية الأكثر فعالية في الزجاج وفي الحياة . وليس للأمينوغليكوزيد والتريموكسازول فعالية علاجية .

إن نتائج الدراسات السريرية متناقضة . ينصح باستعمال التتراسكلين كعلاج منتخب في المرحلة الباكرة من داء ليم (بمقدار ٢٥٠ ملغ/٤ مرات يومياً/عشرة أيام على الأقل) .

أثبتت دراسة من ألمانيا الاتحادية أنه لا يوجد فرق في نتيجة المعالجة سواء استعمل البنسلين أو التتراسكلين (حتى المينوسكلين) أو الإريثرومايسين في معالجة المرحلة الباكرة من الحمى المزمدة المهاجرة . شوه فشل المعالجة عند ٣٠٪ من المرضى بغض النظر عن الطرق العلاجية المتبعة . أبدى عدد

قليل من المرضى المصابين بداء ليم أو بالحمى المهاجرة تفاعل هيركسهايمر بعد بدء المعالجة . وبشكل عام يستجيب المرضى المصابون بالمرحلة الأولى من الداء للمعالجة بمضادات الجراثيم بينما تتطلب المراحل الثانية والثالثة طرقاً علاجية مديدة عن الطريق العام وبمقادير عالية . لم يثبت بعد أن المعالجة بالسيفالوسبورين مثل (السيفوتكسيم Cefotaxime والسفترياكسون Ceftriaxone) أو التتراسكلين تفوق فعالية البنسلين G زرقاً وردياً (بجرعة ٢٠ X ٦٠ وحدة دولية يومياً مجزأة على أربع جرعات ولمدة ١٤ يوماً على الأقل) .

الحمى المزمدة المهاجرة Erythema Chronicum Migrans [Lipschutz 1913, Afzelius 1921] :

التعريف : هي حمى مزمنة تنتشر بشكل نابذ تنجم عن لدغ القراد . ثبت أن بوريليات بورغ دورفيري هي العامل المسبب .

الحدوث : إن الداء شائع في المناطق المشجرة في أوروبا الوسطى وهو شائع في أوروبا الشالية والشرقية وشمال أمريكا وهو يصيب الشبان والكهول .

الإمراض Pathogenesis : هو داء المتلويبات الجلدي (البوريليات) الناجم عن لدغ القراد (من نوع البود) . يمكن إجراء التلقيح من جلد شخص مصاب إلى جلد سليم . وجدت أن الأضداد ضد البوريليات في دم المرضى يمكن أن يحدث التهاب مفاصل له علاقة بالحمى المزمدة المهاجرة والذي وصف تحت اسم التهاب المفاصل لليم Lyme Arthritis (ليم هي مدينة في كنتيكت في الولايات المتحدة الأميركية حيث وصف الداء لأول مرة عام ١٩٧٥) . (راجع الشكلين ٤ - ٣٧ و ٤ - ٣٨) .

الموجودات السريرية : يمكن أن يحدث في أي مكان من الجلد ولكن يشاهد عادة على الأطراف السفلية بشكل حطاطات حمراء النهائية ، تتطور خلال أسابيع أو حتى أشهر إلى لويحات حمراء متوذمة مع إتساع محيطي وتراجع مركزي مزرقي . وأخيراً تمتد البقع الحمامية المدورة أو البيضية إلى منطقة متسعة بقطر ٢٠ - ٨٠ سم أو أكثر . لا تحدث تبدلات ثانوية في محيط الآفات . وقد تتضخم العقد اللمفية الناحية ضخامة خفيفة . وتكون الحكمة نادرة . يشاهد أحياناً حدوث حمى مع التهاب سحايا . وإذا كان الصداع شديداً يجب إجراء بزل قطني .

التشريح المرضي النسيجي : تكون البشرة طبيعية وتبدى الأدمة العلوية تحتها وذمة مع رشاحة لمفاوية حول الأوعية . يدل وجود الخلايا المصورية على الخمج . وتشاهد أحياناً ناسجات

وحمضات . يمكن كشف المتلويات أحياناً بإجراء تلوينات خاصة .

المسار : بطيء ومترقى . تتسع اللويحات محيطياً . يمكن أن تحدث لدغة القراد لمفوم كاذب (داء العقد اللمفية الجلدي السليم Lymphadenosis Cutis Benigna) . يمكن أن يحدث التهاب دماغ يستجيب للمعالجة بالصادات . وقد يحدث شفاء عفوي بعد عدة أشهر .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن الحمامى الشكلية (Figurate Erythema) وبخاصة الحمامى الحلقية النابذة . وإذا أصابت الحمامى المزمنة الهاجرة ظهر اليدين يجب نفي الحمرانية (بالقصة السريرية) .

المعالجة : مثل معالجة الحمامى الهاجرة في داء البوريليات .

داء العقد اللمفية الجلدي السليم Lymphadenosis Cutis Benigna :

المرادفات : اللمفوم الكاذب . الورم اللمفاوي Lymphocytoma . التئسج اللمفي الجلدي Lymphoplasia .

التعريف : هو فرط تنسج تفاعلي لمفي شبكي ناجم عن لدغة القراد مع انتقال المتلويات من جنس بوريلية بورغ دورفيري .

الحدوث : يحدث هذا الداء بعد لدغة القراد الحامل للمتلويات بكثافة . وهو كثير المشاهدة في عدة مناطق من أوروبا مثل ألمانيا ، والنمسا واسكندنافيا ، حيث يشاهد القراد في المناطق الريفية الغنية بالغابات والأدغال . ويشاهد أيضاً في بعض أقسام أميركا الشمالية وبلاد أخرى . يصاب به الأطفال والكهول وبخاصة النساء .

الأمراض Pathogenesis : تنتقل المتلوية بوريلية بورغ دورفيري إلى الإنسان عن طريق لدغة القراد . يحدث مكان اللدغ تفاعلاً لمفاوياً تكاثرياً . يغيب الخمج بعد المعالجة بالصادات . ويعتقد أن القراد بنفسه قد يكون سبب داء العقد اللمفية الجلدي السليم (تفاعل جسم أجنبي) .

الموجودات السريرية : تأخذ الآفات أشكالاً متعددة . يحدث مكان اللدغ عقيدة ناتئة محددة . طرية عميقة ذات لون أحمر غامق أو أحمر مزرقي . يتراوح حجمها بين عدة مليمترات إلى عدة سنتمترات . ومن النادر حدوث آفات متعددة ، يشاهد ارتشاح رمادي مصفر من خلال المعاينة بالشفوفية .

المعالجة : كمعالجة الحمامى الهاجرة في داء البوريليات .

التهاب جلد النهايات المزمن الحضر Acrodermatitis Chronica Atrophicans :

المرادفات : احمرار الأطراف ، ضمور الجلد الغامض ، داء هر كسهايمر .

التعريف : هو داء التهابي مزمن يؤدي آجلاً إلى ضمور الجلد . يصيب الأطراف وبخاصة النهايات . ناجم عن الخمج بالمتلويات البوريلية .

الحدوث : يحدث الداء بشكل رئيسي في المناطق الريفية . توزعه الجغرافي ملفت للنظر . إذ تكثر مشاهدته في شمال وأواسط أوروبا . وتندر في فرنسا وشمال وجنوب أميركا ، وغير معروف تقريباً في الشرق الأقصى . تكثر مشاهدته في ألمانيا الاتحادية . تصاب النساء في ٧٥٪ من الحالات في عمر ٤٠ - ٥٠ سنة .

الإمراض : هو اختلاط متأخر للخمج ببوريليات بورغ دورفيري أو المتلويات الأخرى . يتبع التوزيع الجغرافي للمرض توزع القراد خاصة اللبود الخروعي . ومن الملفت للنظر أن هذه الزمر من القراد هي ناقلة للحمامى الهاجرة المزمنة ، وداء العقد اللمفية الجلدي السليم (لمفوم كاذب) ، أو التهاب الدماغ الصفي (مرض بالحماض الراشحة) . (راجع الشكل ٤ - ٣٩) .

الموجودات السريرية :

التوضع : يظهر الداء عادة على السطوح الانبساطية للأطراف ونادراً ما تصاب السطوح الانعطافية للأطراف والجذع . يحدث الاضطراب الأساسي على الوجه الظهري لمفاصل الأصابع وعلى ظهر اليدين والقدمين أو على المرفقين والركبتين . تتصل الآفات على الساعدين بشرائط زندية وعلى الساقين بشرائط ظنبوية . يميل المرض للبدء في الأماكن القاصية وينتشر نحو المناطق الدانية ، وأحياناً يشمل معظم الجلد . تعف الإصابة عادة عن الوجه والراحتين والأخصصين .

المرحلة الانتهاية : الوذمية : لا ينتبه لها المريض عادة . يحدث في البدء انتباج التهابي وذمي في الجلد ثم يصبح بلون مزرقي ويتسع ويشبه التهاب الهلل . ولا توجد أعراض شخصية غالباً .

المرحلة الضمورية : تتبع المرحلة السابقة بسرعة فيحدث ضمور رخو . ويصبح الجلد رقيقاً ذائباً فاقداً للشعر متغضناً كورقة لفافة التبغ . تشاهد توسعات شعرية وتبدلات تصبغية مما يعطي صورة متعددة الأشكال . تبدو الأوردة العميقة كجبال عريضة زرقاء بسبب ضمور النسيج الشحمي تحت الجلد . ويدل الهامش الالتهابي الوذمي على ترقى الداء .

الأشكال السريرية المختلفة Clinical Variations :

العقيدات الليفية : تحدث ضمن الآفات الضمورية أحياناً عقيدات جلدية أو تحت الجلد قاسية قساوة غضروفية بقطر

يصل إلى ١ سم ، فوق المرفقين مثلاً . وقد تتكلس هذه العقد مؤدية لتشكيل مهماز قاسي قساوة عظمية . ويجب تفريق هذه العقيدات عن العقيدات الرثائية .

التصلب : يحدث بشكل إنتقائي على حرف الظنوب وظهر القدمين . تتشكل صلابة شبيهة بتصلب الجلد ، يضاء مبرقشة يقع ناقصة أو مفرطة التصبغ . كما يحدث تنشؤ ملتصق مع السحق ومحفظة المفصل مؤدياً إلى حدوث الألم وإعاقة المشي .

ضمور الجلد البقعي Anetoderma : يحدث ضمور الجلد البقعي أحياناً داخل أفات الجلد الضمورية ونادراً ما يحدث خارجها . ويظهر كناقى منفق محدد من الجلد الضموري . (راجع الشكلين ٤ - ٤٠ و ٤ - ٤١) .

التبدلات الثانوية : تغيب الجريبات الشعرية والغدد الزهمية والعرقية مع تشكل الضمور . يصبح الجلد جافاً بشدة ويتج عن ذلك حدوث أكزيمة بانعدام الزهم (Asteatotic) . يؤدي الرضح البسيط ، وبخاصة على الساقين ، إلى حدوث قرحات غير مؤلمة ، لأن الجلد الضموري لا يقاوم الرضح الآلي . تتشكل ضمن القرحات سرطانة وسفية الخلايا . وقد ذكر حدوث لمفوم كاذب ، وأورام شحمية ، وأورام ليفية ، ولمفوم خبيث ، وورد ذكر الأغران ولكن بشكل نادر .

الموجودات المجموعية : تكون الأعراض خفيفة . يحدث أحياناً ، أثناء تطور المرض ، انتباج بالعقد اللمفية الناحية وتبدلات في نقي العظم (زيادة الخلايا المصورية ، والخلايا اللمفائية ، والحمضات ، وأحياناً الخلايا البدينة النسجية) .

قد ترتفع سرعة التثفل ويؤدي الرحلان الكهربائي المصلي زيادة الغلوبولين غاما . يكون اختبار البوريليات إيجابياً عادة .

المضاعفات (الاختلاطات) العصبية : يحدث التهاب الجذور العصبية ، متلازمة بان وارث Bannwarth ، والمذل ، والشلل ، وضعف العضلات وضمورها . يجب إجراء استشارة عصبية .

التشريح المرضي النسيجي Histopathology : يبدو في المرحلة الانتهاية الودمية ، وذمة في الأدمة مع رشاحة النهائية شريطية الشكل تحت البشرة مؤلفة من لمفاويات . وناسجات ، ومصوريات مع توسع في العروق اللمفية والدموية . ومن العلامات النموذجية ضمور في الألياف الغرائية والألياف المرنة أيضاً ، وهذا ما يفرقها عن تصلب الجلد ، تبدو الألياف الغرائية متبججة ومتجانسة وتكون الغدد الزهمية والجريبات الشعرية ضامرة . ويستر الأدمة الرقيقة الضامرة بشرة رقيقة ضامرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق التهاب جلد النهايات

الضموري في المرحلة الانتهاية الودمية عن الشرث وازرقاق النهايات . قد تشبه المرحلة الانتهاية والتصلبية المحددة لتصلب الجلد التهاب جلد النهايات . ويمكن للمفوم الخبيث أحياناً أن يقلد التهاب جلد النهايات المزمن الضموري المحدد .

المعالجة : كمعالجة الحمى المهاجرة لداء البوريليات .

الأدواء الناجمة عن المتدثرات

Diseases Caused by Chlamydiae

الصرير : يشمل الحمى بالمتدثرات داء الطيور Ornithosis والخبيوم اللمفي الزهري والخثر Trachoma والتهاب الملتحمة المشتعل ، وحمى الجهاز البولي التناسلي المتقل عن طريق الجنس . سنذكر باقتضاب الخثر والتهاب الملتحمة المشتعل لأنها لا تسبب أي عرض جلدي وصفي .

العوامل المرضية : المتدثرات هي العوامل المرضية التي تسبب الأدوية الخمجية المذكورة سابقاً . وهي طفيليات غير متحركة ، سلبية الغرام مجرة على التطفل داخل الخلايا ، ولها صفات مشتركة وقدرة مستضدية نوعية لكل زمرة منها . تبدي آلية تطور وصفية في هيولى خلايا الثوي . تصيب المتدثرات الإنسان وكذلك الحيوان وقد تسبب أمراضاً خاصة هامة عند الإنسان . وكان يعتقد أن المتدثرات هي حمات راشحة ، ولكن يعتقد الآن أنها ناجمة عن تطور بعض الجراثيم السلبية الغرام بعد خسارتها لبعض التفاعلات الاستقلابية والمولدة للقدرة أثناء تطورها ، لهذا فهي بحاجة للتوضع داخل خلايا الثوي التي تعطيها القدرة على الاستقلاب . إن الدورة الحياتية للمتدثرات معروفة تماماً . يحدث خمج الخلايا بأجسام ابتدائية (قطرها ٢٠٠ - ٣٠٠ نانومتر) . يظهر بعد ٥ - ٨ ساعات أجسام شبكية (بدئية) بقطر ٨٠٠ نانومتر . تتكاثر هذه الدُريرات بانشطارت ثنائي في فجوات خلايا الثوي . مشكلة مشتملات تتكشف بعد ٤٨ - ٧٢ ساعة وتتحرك من الخلية كجسيمات خمجية . وبما أن أشكال المتدثرات داخل الخلايا هي الوحيدة نشيطة استقلابياً وبالتالي قابلة للتأثر بالصادات لذلك فإن الأدوية ذات القدرة على النفاذ داخل الخلايا هي وحدها قادرة على مكافحة الخمج بنجاح (لا تفيد صادات لاكتام بيتا) . تتلون المتدثرات بملون غمزما Giemsa وتتلون المتدثرة أيضاً باليود . تبدو الأجسام الابتدائية أرجوانية بتلون غمزما وتبدو الأجسام الشبكية غير الخمجية زرقاء . يمكن تقسيم المتدثرات الخثرية ضمن أنماط المصل المختلفة باستخدام مضادات المصل النوعية وعادة ما نرى في الأنماط المتوطنة من الخثر الذراري A ، B ، Ba و C . تحدث الذراري D ، E ، F ، G ،

داء الطيور Ornithosis :

المترادفات : داء الببغاء Psittacosis, Parrot Disease .

التعريف : هو حمى حاد وخطير مع ذات رئة لا نموذجية تحدثها المتدثرات التي تنتقل بواسطة الببغاء وبأنواع أخرى مماثلة وبطيور أخرى . يستمر الداء عدة أسابيع ويستجيب للمعالجة بالتراسكلين .

العامل الممرض : المتدثرة الببغائية .

الإمراض : إن أكثر الأعضاء إصابة هي الرئة رغم أن العامل الممرض قد يحدث أمراضاً جهازية . تدخل المتدثرة الببغائية إلى الجسم عن الطريق التنفسي ثم تنتقل إلى الخلايا الشبكية البطانية في الكبد والكلية حيث تتكاثر ثم تنتشر عن الطريق الدموي إلى الرئة والأعضاء الأخرى . تسبب هذه المتدثرة في الرئة التهاب الأسناخ والنسيج الخلالي الرئوي .

الوبائيات Epidemiology : تشاهد في جميع أنحاء العالم . إن عدداً كبيراً من الطيور المدارية الخالية من أعراض المرض قد تكون حاملة للعامل الممرض . وإن منابع الحمى هي الطيور الغريبة أو الأليفة (حدائق الحيوانات ، مخازن بيع الحيوانات ، محبي الطيور) . والمتدثرة الببغائية مقاومة جداً ، وتبقى فضلات الطيور المخموجة ممرضة لفترة طويلة . يصاب الإنسان عادة باستنشاق الغبار الملوث .

الموجودات السريرية : هناك غطان من المرض ، يشاهد في الحالات الخفيفة أعراض شبيهة بالإنفلونزا ، وفي الحالات الشديدة تتطور إلى ذات رئة . يبدأ المرض فجأة بعد فترة حضانة تستمر ١٠ - ١٤ يوماً ولكن في بعض الحالات قد يبدأ المرض بالتدرج خلال ٢ - ٤ أيام مع حرارة وأعراض عامة شديدة .

الأعراض الجلدية : كان يشاهد قبل عهد الصادات طفق بقعي فاتح (بقع هاردر Harder's Spots) تشبه البقع الزهرية للحمى التيفية . تظهر في الأسبوع الأول أو الثاني بقع حمراء بنية خفيفة وبخاصة على الأليتين ، تغيب بالمعانة الشفوية . ومن النادر ظهور اختلاطات تالية مثل آفات حطاطية ، حمى عديدة الأشكال أو حمى عقدة .

التشخيص : يصعب تشخيص داء الببغاء بسبب تظاهراته المختلفة ، يجب سؤال المرضى المصابين بذات رئة عن قصة تماس مع العصافير غير أن ٢٠٪ من المرضى لا يستطيعون تذكر تماس سابق مع هذه الحيوانات . تستعمل عادة اختبارات مصلية لوضع التشخيص ، يدي اختبار تثبيت المتممة (CF) ارتفاعاً في عيار الأضداد المصلية ، يصبح إيجابياً بعد ١٠ - ١٤ يوماً من بدء المرض . يثبت الحمى بارتفاع عيار الأضداد أربع مرات

H, I, J و K عند المرضى المصابين بالحمى البولي التناسلي ، والتهاب الإحليل اللا سيلائي (NGU) والتهاب الملتحمة المشتمل في المناطق غير المتوطنة نشاهد الذراري L_2 ، L_1 و L_3 عند المصابين بالحبيوم اللمفي الزهري .

التشخيص المخبري :

كشف العامل الممرض : تعزل المتدثرات من النسيج المزروعة ، يجب استعمال وسط خاص لنقل العينة إلى المخبر . يُخضن الوسط الحاوي على المتدثرات في طبقات خلوية ، خلايا McCoY عادة . يظهر التكاثف بعد ٤٨ - ٧٢ ساعة بتلونٍ المشتملات بالبيود أو بالأضداد وحيدة النسيلة الموسومة بالفلوريسين .

لا يمكن تطبيق هذه الطرق الزرع المعقدة إلا في مخبر مختصة . ولذلك كان اكتشاف المتدثرات المجهرية المباشر في العينة بواسطة الأضداد وحيدة النسيلة الفلوريسينية هو خيار آخر . وليس من الضروري أخذ الاحتياطات لنقل العينة لأن الطريقة لا تتطلب كائنات عيوشة . إن حساسية الاختبار ونوعيته أقل مما هما عليه في اختبار زرع النسيج . يمكن الكشف عن المتدثرات في بعض الشروط بتلونٍ غمزا ولكن هذه الطريقة أقل حساسية من الطرق السابقة .

مبحث الأمصال Serology : يمكن الكشف عن الأضداد المصلية الموجهة ضد المتدثرات بواسطة تثبيت المتممة (CF) أو بالومضان المناعي (IF) ، أو بالمقاييس المناعية الإنزيمية (EIA, ELISA) . إن اختبار تثبيت المتممة أقل حساسية من المقاييس المناعية الإنزيمية والومضان المناعي . إذا استعملت الذرية L_2 يكشف عن الأضداد النوعية للزمرة . ويسمح اختبار الومضان المناعي الدقيق Micro IF الأكثر تعقيداً باكتشاف التفاعلات النوعية للنمط المصلي . يمكن كشف الغلوبولين المناعي (IgM)M و (IgA)A المضاد للمتدثرات بإجراء اختباري الومضان المناعي (IF) والمقاييس المناعية الإنزيمية (EIA) . وتعتمد القيمة التشخيصية للاختبارات المصلية على توضع الحمى . إن الأحماس الجهازية بشكل عام (مثل التهاب الرئة ، والحبيوم اللمفي الزهري) تشكل عيار للأضداد أعلى بكثير من أحماس الأغشية المخاطية (مثل التهاب الإحليل ، التهاب عنق الرحم) . لا يستعمل حتى الآن بشكل روتيني الكشف عن الأضداد النوعية في المفزرات (الإحليل ، عنق الرحم) . ومن الواضح أن مبحث الأمصال ذو قيمة تشخيصية ضئيلة في عدد كبير من أحماس المتدثرات .

الاختبار الجلدي Skin Test : لم يعد يستعمل اختبار فرط الحساسية المتأخر الجلدي حسب رأي فري Frei لأنه قليل الحساسية والنوعية .

مشاهدة . إن النساء الحوامل للعامل الممرض في عنق الرحم واللا عرضيات هن مصدر عدوى هام . يكون أكثر من ٦٪ من الأشخاص الأصحاء النشيطين جنسياً وأكثر من ٢٠ - ٣٠٪ من المرضى المراجعين لعيادات الأدوية المنقولة بالجنس مصابين بالخمج . يشاهد هذا الخمج بالمشاركة مع المكورات البنية في أكثر من ٤٠٪ من الحالات . بينت الدراسات المصلية أن حوالي ٢٥٪ - ٤٥٪ من الكهول قد تعرضوا للخمج بالمتدثرة الحثرية في الماضي . وقد ينتقل الخمج من الأم إلى الوليد عندما يمر الطفل في قناة الولادة المخموجة .

الموجودات السريرية : تشبه التظاهرات السريرية للأخماج البولية التناسلية بالمتدثرات الحثرية تظاهرات الإصابة بالمكورات البنية عند الرجل . وغالباً ما تصيب المتدثرة الحثرية الإحليل عند الرجال بينما تصيب عنق الرحم عند النساء . يبقى الخمج عادة مقتصرًا على الأغشية المخاطية ؛ ولكن انتشار العامل الممرض إلى الملحقات (التهاب النفير ، التهاب البربخ) وإلى الصفاف (أدواء الحوض الالتهابية ، والتهاب ما حول الكبد « متلازمة فريتز - هيرتس - كيرتس Fritz - Hugh - Curtis Syndrome ») قد يؤدي إلى الاختلاطات . يبدو أن خمج أنابيب فالوب بالمتدثرة الحثرية هو أحد أسباب العقم المهمة .

أثبتت الدراسات المتعددة المصلية أن المتدثرة الحثرية هي عامل مهم في داء رايتز . قد يشكو المريض من التهاب مفاصل تالي للخمج ولكنهم لا يدون الأعراض الأخرى لداء رايتز (التهاب الإحليل ، والتهاب الملتحمة ، والآفات الجلدية المخاطية التوذجية) . وقد ثبت حديثاً وجود جسيمات شبيهة بالمتدثرات في السائل الزليلي Synovial عند هؤلاء المرضى .

التشخيص : لا يمكن تفريق الخمج البولي التناسلي بالمتدثرات الحثرية سريرياً عن الخمج بالمكورات البنية ، رغم أنه ثبت إحصائياً أن الخمج بالمتدثرات الحثرية يحدث مفرزات أقل قبحية ، ولكن هذا ليس من المعايير المفيدة في الحالات المفردة وبخاصة أن الخمج المترافق بكلا العاملين الممرضين ليس نادراً . وبما أن الصادات المستعملة لمعالجة الخمج بالمتدثرة الحثرية لا يفيد في المكورات البنية والعكس بالعكس لذا يجب إجراء التحري المخبري عن العاملين الممرضين معاً . وإن الطريقة المثلى هي إظهار الكائنات الحية في العينة المأخوذة سواء من الإحليل أو من عنق الرحم أو من المستقيم أو من النسج المأخوذة بالخزعة . تتبع النتائج نوعية العينة المأخوذة التي يجب أن تحتوي على خلايا ظاهرية كثيرة قدر الإمكان . نحصل على عينة جيدة بإدخال قضيب رفيع ملفوف عليه قطعة قطن رقيقة عميقاً في الإحليل أو في قناة عنق . وقبل سحب القضيب يدار لمدة قصيرة لكشط الخلايا الظهارية . يمكن رؤية المتدثرات إما

على الأقل ، وإن عياراً واحداً أعلى من $\frac{1}{100}$ يشبته به . تستطيع المعالجة المباشرة بالصادات إيقاف ارتفاع هذه العيارات . قد يحدث تفاعل متصالب مع الحبيوم اللمفي الزهري ولكن سير هذا المرض مختلف . يمكن الكشف عن المتدثرة البيغائية في المفرزات القصبية بواسطة الومضان المباشر باستعمال أضداد وحيدة النسيلة النوعي للزمرة . هذا وإن عزل المتدثرة البيغائية خطر بالنسبة للعاملين في المخبر لذا يجري هذا الاختبار في المخبر المختصة . وقد عزلت مؤخراً زمر جديدة من المتدثرات نذكر منها المتدثرة الرئوية وذرية TWAR . التي تتشارك مع أدواء تنفسية حادة وبخاصة عند الأطفال .

الوقاية : يجب إبقاء العصافير المستوردة محجورة . يضاف التتراسكلين إلى طعام الطيور في مناطق توطن الداء . وذلك لإنقاص العدد الحامل للمتدثرة . يكون الحمام الذي يعيش في المدن مخموجاً غالباً بالمتدثرة البيغائية التي قد يطرحها مع الفضلات بشكل دائم . قد تحدث العدوى المباشرة من إنسان إلى إنسان ولكن بشكل نادر جداً .

المعالجة : قد يستعمل الريفامبيسين Rifampicin والدوكسي سيكلين والتتراسكلين والمينوسيكليين أو الإريثروميسين . يعطى التتراسكلين بكميات كبيرة ٢ - ٣ غ باليوم أو الدوكسي سيكلين ٢ X ١٠٠ ملغ في اليوم لمدة ١٠ - ١٤ يوماً أو تعطى المقادير المعادلة من الصادات الأخرى . قد يحدث النكس . وقد ينقص عدد الوفيات من المرض من ٢٠٪ إلى أقل من ٢٪ بفضل استعمال الصادات .

يجب الإبلاغ عن هذا الداء .

الأخماج البولية التناسلية بالمتدثرة الحثرية

Urogenital Infections with Chlamydia : Trachomatis

المرادفات : التهاب الإحليل اللا سيلاني ، التهاب الإحليل ما بعد السيلان ، التهاب الإحليل اللا نوعي .

التعريف : تنتقل الأخماج البولية التناسلية الناجمة عن المتدثرة الحثرية عن طريق الجنس . بعكس الأنماط المصلية L_1 و L_2 و L_3 التي تحتاج النسيج اللمفي مسببة الحبيوم اللمفي الزهري . تقتصر الأخماج بالأنماط المصلية D وحتى K على إصابة الأغشية المخاطية وبخاصة الأغشية المستورة بظاهرة العصي والمخاريط .

العامل الممرض Pathogen : المتدثرة الحثرية والأنماط المصلية من D إلى K .

الوبائيات Epidemiology : تحدث الأخماج البولية التناسلية بالمتدثرة الحثرية ذات الأنماط المصلية من D إلى K في جميع أنحاء العالم . وتعرف الآن بأنها أكثر الأمراض المنقولة بالجنس

اجتيازه القناة الولادية . لا يُفرّق التهاب المتلحمة المشتغل السبب عن المتلحمة الحثرية عند الوليد من الناحية السريرية عن التهاب المتلحمة بالمكورات البنية . قد لا تفيد وقاية كريدته Crede's ونوقشت فعالية قطرة التراسكلين . قد يعقب التهاب المتلحمة عند الوليد إصابته بذات رئة بالمتدثرات .

الحثري Trachoma :

عرف هذا الداء منذ القدم وتسببه الأنماط المصلية A ، B ، Ba و C للمتدثرات الحثرية . وإن التهاب المتلحمة الحثري من الأسباب الرئيسية للعمى التي يمكن اتقاؤها . يشاهد في جميع أنحاء العالم ، وبخاصة في المناطق المدارية وتحت المدارية والمناطق المتوطنة . وقد وجد كل من هالبرستادler Halberstadler وفون بروازك Von Prowazek عام ١٩٠٧ مشتلات خلوية نموذجية داخل الهيولى في اللطاخات المأخوذة من ملتحمة الأشخاص المصابين بالحثري . وفي عام ١٩٠٩ كشف عن مشتلات خلوية مماثلة من مفرزات الإحليل عند امرأة ولدها مصاب بالتهاب عين . وقد تم عزل المتدثرات من المرضى المصابين بالحثري عام ١٩٥٧ .

الحبيوم اللمفي الزهري Lymphogranuloma Venereum [Hunter 1786, Nicolas - Favre - Durant 1913] :

المرادفات : الحبيوم اللمفي المغنبي ، الاعتلال اللمفي الزهري ، الدبل المناخي ، داء نيكولا - دوران - فافر Nicolas - Favre Disease - Durant .

التعريف : ينتقل هذا الداء غالباً فقط عن طريق الاتصال الجنسي . وتسببه المتدثرات ويحدث بشكل رئيسي في المناطق المدارية وتحت المدارية .

العامل المرضي : المتدثرات الحثرية الأنماط L_1 و L_2 و L_3 . كان يعتقد سابقاً أن سبب الداء حمة راشحة . ولم تعرف هوية المتلحمة الخلوية على أنها متدثرات حتى العقد الأخير .

الوبائيات : يحدث الداء عادة في المناطق المدارية وتحت المدارية . في نصف الكرة الأرضية الغربي . يشاهد الداء غالباً فقط بين البحارة ، اللوطيين ، والمومسات ، والجنود والمسافرين العائدين من المناطق المتوطنة . يحدث تورم عند الرجل بشكل رئيسي في المغنبي بينما تشكو النساء من المناطق التناسلية والشرجية والمستقيمة . ينجم اختلاف مكان الإصابة بين النساء والرجال عن مكان الإصابة البدئية . تدخل المتدثرة الحثرية عند الرجال عن طريق القضيب وتزح نحو العقد اللمفية المغنبية . بينما تدخل المتدثرة الحثرية عند النساء عن طريق المهبل أو عنق الرحم وتزح نحو العقد اللمفية الحوضية والشرجية والمستقيمة .

بالومضان المباشر باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة أو بعزلها بزرع النسيج . فإذا تم انتقاء الطريقة الأخيرة يجب نقل العينة في دارئه Buffer فوسفاتية سكرية تحتوي على الصادات وموضوعة ضمن وسط ثلجي بارد ورغم أن الفحص المجهرى بالومضان المباشر سهل لكن يجب أن يجري من قبل أشخاص مدربين على القراءة المجهرية للحصول على نتائج مرضية . إن حساسية الطريقتين هي أقل من ١٠٠٪ . ولا يمكن استعمال الاختبارات المصلية لتشخيص الخمج البولي التناسلي بالمتدثرات . هناك مشكلتان رئيسيتان مسؤولتان عن ذلك . أولاً : إن وجود الأضداد في الأشخاص النشيطين جنسياً مرتفع يصل غالباً إلى ٥٠٪ من جميع الأشخاص المختبرين ، لذا فإن القيمة التكهنية للنتائج الإيجابية تكون منخفضة . ثانياً : يبدأ الخمج غالباً دون بدء حاد وقد يكون مزمناً . وإن عودة الخمج كثيرة المشاهدة . ولهذه الأسباب من الصعب إظهار ارتفاع في عيار الأضداد وتكون الغلوبولينات المناعية M نادرة الوجود .

المعالجة : إن البنسلينات والأميسيللين والسيفالوسبورين أو السبيكتينومايسين التي تعطى لمعالجة السيلان لا تفيد في إزالة خمج المتدثرات المرافق . إن الأدوية الأكثر إفادة في معالجة المتدثرات الحثرية هي التراسكلين والدوكسي سيكلين ٢ X ١٠٠ ملغ في اليوم ، أو الإريثرومايسين ٤ X ٠,٥ ملغ في اليوم ولمدة ٧ - ١٤ يوماً في الأخماج غير المختلطة . وقد يفيد الريفاميسين والكلينداميسين والسولفوناميد . إن الكينولونات الحديثة فعالة في الزجاج غير أنه لا تتوفر معلومات أكيدة عن محاولات سريرية لاستعمالها عند الإنسان ، وإذا كان لها ميزات مفضلة عن الأدوية الأخرى الفعالة والمستعملة عادة في حالات النكس التي يحدث في ٥ - ١٠٪ عند المرضى المعالجين بالتراسكلين فإنه يمكن استعمال الكينولونات الحديثة لشفاء المرض مثل سبروفلوكمساسين Ciprofloxacin . يجب إعطاء معالجة مشتركة بجرعة واحدة من الدواء الفعال ضد المكورات البنية (فعل البنسلين G والسبيكتينومايسين والجيل الثالث من السيفالوسبورين مثل سفترياكسون Ceftriaxone) يتبع ذلك معالجة ناجعة مضادة للمتدثرات الحثرية ويجب معالجة الشريك الجنسي لتجنب عودة الخمج .

التهاب المتلحمة المشتغل Inclusion Conjunctivitis :

تسبب هذا الداء المتدثرات الحثرية ذات الأنماط من D إلى K . يحدث المرض بشكل إفرادي في نصف الكرة الغربية ويكون عادة بشكل سليم ، وسيره محدود ذاتياً رغم أنه يمكن أن يحدث اختلاطات مزمنة مثل ندبات في المتلحمة القرنية . يعتبر الطريق التناسلي مستودع للخمج ، وقد يصاب الوليد عند

قيح أبيض مخضر رهيبي القوام . ثم ينغلق الناسور تاركاً وراءه ندبة منمخصة . (راجع الشكل ٤ - ٤٢) . إذا كانت الآفة البدئية في المستقيم أو المهبل تصاب العقد اللمفية حول المستقيم وحوالي الأبر و قد تصاب هذه العقد أيضاً إذا توضع الداء في الأعضاء التناسلية الخارجية . تجس الحفرة الحرقفية والبطن بوضعية الارتقاء والركبتين منتبختين فنشعر بالعقد المنتبجة . ولهذه الأدبال البطنية أهمية تشخيصية كبيرة ، وتشكل مع أو دون أعراض عامة ، تشمل هذه الأعراض ترفعاً حروياً ، وتوعكاً ، وفقد الشهية والوزن . قد تظهر أعراض انتشار الداء مثل الأعراض الرثائية ، تورم المفاصل ، طفح ظاهر للحمامى العقدية والحمامى عديدة الأشكال أو اندفاعات حمامية بسيطة عابرة أو شروية . ومن النادر حدوث الاختلاطات التالية : التهاب ملتحمه ، التهاب دماغ وسحايا ، ضخامة كبد وطحال ، تيس الرقبة وصداع . يوجد بالبدء كثرة الكريات البيضاء وفي زمن تال يحدث كثرة للمفاويات . وتكون سرعة التثفل (ESR) مرتفعة .

المرحلة الثالثة : الفيل القرصي التناسلي المستقيمي الشرجي *Ulcerous Genitoanorectal Elephantiasis* : قد تستمر المرحلة الأخيرة لعدة سنوات وتتصف بتليف وتضيق في السبيل التناسلي ومنطقة المستقيم . والاختلاط الذي يخشى منه هو فيل الأعضاء التناسلية الخارجية ، الأشفار ، القضيب ، والصفن ، يحدث تضيق في المستقيم عند النساء والجنوسين .

القصة : كانت توصف هذه المرحلة الثالثة ولمدة طويلة تحت اسم الداء الفيل في الأعضاء التناسلية أو المعقد العرضي الشرجي المستقيمي (Fournier) . لم تثبت طبيعة المرض كمرحلة ثالثة من الحبيوم الزهري إلا بعد إجراء اختبار فراي Frei وإظهار المتدثرات في الآفات . تختلف الأعراض السريرية حسب توضع الداء في الأعضاء التناسلية أو في الشرج والمستقيم .

فيل الأعضاء التناسلية *Genital Elephantiasis* : يبدأ الحبيوم اللمفي الزهري بإصابة أولية لمنطقة الأعضاء التناسلية مثل الشفر الكبير أو الشفر الصغير ، فوهة الإحليل ، البظر ، المهبل ، عنق الرحم أو العويكشة . ثم يحدث تقرح مع فيل مرافق يستمر لمدة سنتين ، أحياناً تبقى التبدلات موضعة في منطقة محددة مثل الصماخ البولي (الإحليل بشكل فم السمكة Fish - Mouth - Urethra) أو البظر . يصاب الشفر الكبير بشكل كامل في أغلب الحالات . ويكون متضخماً كثيراً ذا قوام مطاطي . قد يحدث انتاج أملس مع تشققات عميقة أو تبدلات حليمومية ثلولوية مع تقرح . وقد يظهر تورم فيل في المهبل والعجان ، وتصاب المنطقة الشرجية المستقيمية . تختلط الصورة بتضيق الإحليل وتشكل نواسير بين الإحليل والمهبل أو

والمصاب الذي شفي سريرياً قد يبقى خمجياً . يعتمد سير الداء على مناعة المريض ، يكون الداء سلباً وذا سير قصير إذا تشكلت الأضداد بسرعة . وفي حال المناعة الضعيفة يكون الداء أكثر انتشاراً وغير قابل للشفاء بسهولة ويستمر لفترة طويلة . قد يصاب عدد من الأشخاص دون الانتباه إلى الإصابة بينما يبقى آخرون في السرير مع شعور بعدم الارتياح وغير قادرين على العمل . يحدث الموت في الخمج الثانوي فقط ومع ذلك فإن مجموعة الأعراض الشرجية المستقيمية قد تكون خطرة على الحياة .

الموجودات السريرية : إن ذراري الحبيوم اللمفي الزهري قد تؤدي إلى صورة سريرية مشابهة للصورة المحدثة من قبل الأنطاط المصلية D إلى K من المتدثرات الحثرية والموصوفة تحت الأنحاج البولية التناسلية . تقسم الصورة السريرية النموذجية إلى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : الآفة البدئية : تستمر فترة الحضانة أربعة عشرة يوماً على الأقل وقد تزيد على ذلك . تكون الآفة البدئية بشكل حطاطة صغيرة يتراوح قدها بين ١ - ٥ مم تتطور إلى حطاطة حويصلية أو بثرة ثم تصبح أخيراً قرحة سطحية . تنضح مفرزات مصلية وتُسْتَر غالباً بمخاط رمادي . لا يوجد آفة بدئية نموذجية . تشبه الحطاطات والقرحات السطحية تلك التي تشاهد في القريح . وقد تبدو الآفات كما في الإفرنجي . تحدث التبدلات عند الرجل على الحشفة ، في التلم الإكليلاني (الحوق) وعلى القلفة Foreskin أيضاً أو الإحليل الأمامي . تحدث التبدلات عند المرأة في الفرج أو المهبل ، وعنق الرحم أو فوهة المهبل ، إن التظاهرات البدئية هي أحياناً التهاب إحليل أو التهاب عنق الرحم . قد تحدث آفات بدئية في الفم أو البلعوم نتيجة الاتصال الجنسي الفموي التناسلي *Fellatio or Cunnilingus* . تكون الآفة البدئية غير مؤلمة وغالباً ما تمر دون الانتباه إليها . وتبقى عادة مدة قصيرة .

المرحلة الثانية : الأدبال *Buboes* : بعد أسبوعين تقريباً من ظهور الآفة البدئية ينتشر الداء عبر الأوعية اللمفية . وغالباً ما يكون انتباج العقد اللمفية المغننية وحيد الجانب . ونادراً ما يكون ثنائي الجانب . تنتج العقد اللمفية عادة فوق الرباط المغني . ونادراً ما تنتج العقد المتوضعة تحته . وهي تلتصق ببعضها مشكلة عقداً قدها ٢ - ٤ سم وأحياناً ٦ - ٨ سم . قد تشكل هذه العقد فوق الرباط المغني وتحت مؤدية إلى تشكل علامة الميزابة . وهي تلتصق على الجلد ولكنها تظل متحركة على الأنسجة العميقة . يكون لون العقد المؤلمة أولاً أحمر ثم تصبح حمراء مزرق أو حمراء بنية . يتشكل خراج في مركز العقدة غالباً وكثيراً ما تنثق وتتشكل ناسوراً يخرج من فوهته

بين المهبل والمستقيم . ومن النادر حدوث فيل الصنف أو القضيب عند الرجال .

مركب الأعراض المستقيمة الشرجية *Anorectal Symptom Complex* : ينشأ عادة من خمج ثانوي في المنطقة التناسلية . ولكنه قد يحدث بشكل مباشر من آفات بدئية في منطقة الشرج أو المستقيم . إن إصابة المستقيم والشرج من أخطر الإصابات في الحبيبوم اللمفي الزهري . يحيط بالشرح انتباج يشبه البواسير أو اللقموم المؤنف . تشمل الإصابة العقد اللمفية حول الشرج مما يؤدي إلى احتقان في منطقة تبعد من ٢ - ٦ سم فوق المعصرة الشرجية يتسبب في تشكّل تبارزات فتصبح اللعنة ضيقة . ويصبح البراز بشكل القلم ومغطى بالدم والقيح الآتيان من المستقيم . يشاهد في المستقيم تقرحات متعددة بأحجام مختلفة . وأخيراً تظهر النواسير حول الشرج وحول المستقيم . بعد مدة طويلة تنقص المفرزات تاركة نواسير جافة مستمرة وغير مؤلمة . يصبح التبرز صعباً جداً ، وتكون حالة المريض العامة سيئة للغاية في هذه المرحلة . قد يختلط الحبيبوم اللمفي الزهري بوجود أدواء أخرى متقلة بالجنس مثل الإفريجي ، والسيلان والقرح .

الإنذار : جيد نسبياً إذا اكتشف الداء وعولج في المرحلة الأولى وبدء المرحلة الثانية ويكون الإنذار سيئاً في المرحلة الثالثة مع الفيل ومركب الأعراض الشرجية المستقيمة .

التشخيص : الجماع الجنسي في المناطق المتوطنة ، وعقيدات متفرحة غير مؤلمة ، وأدبال ملتبة . ومركب الأعراض الشرجية المستقيمة .

التشخيص المخبري : من النادر أن ينجح الفحص المجهرى المباشر في كشف المتدثرات الحثرية في الآفات البدئية أو القرحات ، أو في قيح الدبل أو الخزعة الملونة بالغمزا أو التلوين بالفلوريسئين .

الزراع : ينجح زرع المواد الخمجية على أوساط زرعية إذا أخذت العينة من الدبل .

اختبار التآلق المناعي الدقيق (*Micro - IF*) : هو أكثر حساسية من اختبار تثبيت التهمة . تكشف الطريقة الأولية الأضداد ضد مستضدات نوعية . أما الاختبار المعدل الذي يستعمل الزمرة *I₂* كمستضد وحيد هو أكثر ممارسة ويمكن كشف جميع الأضداد ضد جميع أنماط المتدثرات الحثرية . وبما أنه نادراً ما نشاهد الداء في المرحلة الحادة فمن النادر أيضاً ملاحظة ارتفاع ملحوظ في عيار الأضداد أو إظهار وجود الغلوبولين المناعي *IgM* . يحدث في الحبيبوم اللمفي الزهري ارتفاع شديد في عيار الضد *IgG* ($> 1 : 2000$) وهو يتجاوز كثيراً العيارات المشاهدة في التهاب الإحليل اللا سيلاني

الناجم عن المتدثرات .

الرحلان المناعي الكهربى *Immunoelectrophoresis* : تستعمل هذه الطريقة المصلية مستضداً نقياً قابلاً للانحلال مستخلصاً من ذرية معزولة من حالة حبيبوم لمفي زهري لتشخيص هذا الداء . حتى الآن نستطيع كشف أضداد نوعية ضد الحبيبوم اللمفي الزهري فقط . لا يوجد بهذه الطريقة تفاعل تصالبي مع أنماط مصلية أخرى من المتدثرات الحثرية . تجرى هذه الطريقة في المخابر المختصة فقط .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه عن الأمراض الأخرى التي تسبب اعتلال عقد لمفية مغنية مثل الحلا التناسلي الناكس الإفريجي ، القرع ، السل ، وداء هودجكين ونادراً الطاعون والتولارمية .

المعالجة : يعطى في المراحل الباكرة من الداء كميات كبيرة من التتراسكلين (٢ - ٣ غ يومياً ولمدة ١٠ - ١٤ يوماً على الأقل) أو الدوكسي سيكلين (١٠٠ ملغ مرتين يومياً) . يفيد أيضاً الإرنثرومايسين والريفاميسين أو السلفاميتوكسازول والتريمتوبريم بمقادير مناسبة . يدل انخفاض عيار الأضداد على زوال العامل المرض ولكن رغم المعالجة الكافية قد لا تتبدل العيارات ويستمر الخمج . يجب ملاحظة الخمج الثانوي بالجراثيم سلبية الغرام . تفيد المعالجة في المرحلة الثالثة فقط في إزالة الأعراض ويجب اللجوء إلى التدابير الجراحية المطلقة لتصحيح النواسير والتضيقات .

يجب التبليغ عن الخمج في العديد من البلدان .

القرح *Chancroid*

[Ducrey 1889]

المرادفات : القرع اللين ، القرحة اللينة .

التعريف : القرع هو داء ينجم عن خمج جرثومي بعصيات دو كرى *Ducrey* المستدمية وتنقل غالباً بالطريق الجنسي . العدوى الذاتية ممكنة . تظهر قرحة أو قرحات مؤلمة مشرشرة مرتفع هامشها ترافق بتورم مؤلم في العقد اللمفية . ولا تتشكل مناعة .

القصة : وجد دو كرى عام ١٨٨٩ العامل المرض في القيح المأخوذ من القرحات وعزله *Unna* عن النسيج عام ١٨٩٢ وسماه السيليلية *Streptobacillus* .

العامل المرض : العصية المستدمية لدو كرى ، وهي جراثيم قصيرة ، سلبية الغرام ، عصوية طولها حوالي ٦,٠ × ١ - ٦,١ ميكرون μm مع نهايات مستديرة

وميل لتشكيل سلاسل ، يبدو بالتلوين الغمزا أو بأزرق المتيلين
عصيات ثنائية القطب تشبه دبوس الأمان (الشكالة) Safety
Pin .

الوبائيات : يحدث الداء في جميع أنحاء العالم وبخاصة في المناطق
المدارية وتحت المدارية . وهو نادر الحدوث . يشاهد خاصة في
المدن الكبيرة والمراقء . وهو عند الرجال أكثر منه عند النساء
بحوالي ٥ - ٢٠ مرة ، ولعل ذلك بسبب إصابة النساء اللا
عرضية والتي تكون حاملة للمرض ، يفمر انتشار الوباء في
بعض البلاد الآخذة بالتطور بقلّة النظافة ونقص الرعاية
الصحية . وتكون نسبة الإصابة في الحروب مرتفعة . ففي
الحرب الكورية والفيتنامية كانت الإصابة بالقرع تعادل الإصابة
بالسيلان في الجيش الأمريكي . وكان نادراً ما يشاهد القرع
خلال الثلاثين سنة الماضية في ألمانيا . ولكن منذ عام ١٩٧٧
ازداد عدد الإصابات في تركيا والولايات المتحدة الأميركية
وكندا وألمانيا .

الموجودات السريرية : تحدث الآفة البدئية بعد فترة حضانة
تستمر من ٢ إلى ٤ أيام . وهي حطاطة على قاعدة حمامية
تتحول بسرعة إلى بثرة ومن ثم إلى قرحة لينة مؤلمة مشرشرة
الحواف . تكون الحواف في الحالات النموذجية مرتفعة وغير
منتظمة مع محيط مزدوج : محيط خارجي أحمر قابٍ ملتهب وفي
الداخل شريط متخثر ضيق ضارب للصفرة أما قاع القرحة
فأصفر رمادي اللون ويكون تحتها نسيج وعائي حبيبي .
يتفاوت حجم القرحة وتكون طرية ومؤلمة بالجلوس . يصيب
القرع عادة الأعضاء التناسلية ، وقد يتوضع في أي مكان .
وغالباً ما يشاهد القرع عند الرجال بشكل قرحة ثابتة بحجم
رأس الدبوس تتوضع على الحشفة ، سواء على فوهة الإحليل أو
على اللجام . وقد تظهر على التسلم الإكليلاني Coronal
Sulcus ، على جسم القضيب ، في جذر القضيب ، على
العانة ، على الصفن أو في الوجه الأنسي للفخذين .

أما عند النساء فيصيب الشفر الكبير والشفر الصغير ،
منطقة الإحليل ، العويكشة وبشكل نادر يصيب المهبل أو عنق
الرحم . وقد يحدث تقرح في العجان أو الشرج . يجب
استعمال المنظار المهبل والشرجي لفحص المهبل والشرج . إذا
شككنا بالإصابة بالقرع وبخاصة في حالة الاتصال الجنسي غير
الشرعي Promiscuity . يتراوح عدد القرحات بين واحدة
إلى عدة قرحات تبعاً لمكان الخمج وإمكانية العدوى الذاتية .

الأشكال السريرية الخاصة :

القرع الجريبي Follicular Chaneroid (القرع الجريبي
الدخني (Vörner) : تحدث قرحة صغيرة حول جريب
شعري ، غالباً في منطقة العانة مع وجود شعرة منتصبة في وسط

الآفة . يمكن أن يحدث عدة قرحات جريبية في نفس الوقت .

القرع المرتفع Raised Chaneroid (القرحة اللينة المرتفعة) :
يتشكل في قاع القرحة نسيج حبيبي التهابي مفرط النمو مشكلاً
كتلة لاطئة ترتفع حتى مستوى الجلد ، تبقى حواف القرحة
مشرشرة . (راجع الأشكال ٤ - ٤٤ ، ٤ - ٤٥ ،
٤ - ٤٦) .

القرحة الآكلة Phagedena (القرحة اللينة المواتية) : مرض
نادر ، يعزى إلى خمج جرثومي مشترك . تسبب هذه القرحة
نخرات سريعة التشكل .

القرع الساعي Serpiginous C. (القرحة اللينة الساعية
Ulcus Malle Serpiginosum) : يحدث نخر قرحي ينتشر
بسرعة إلى جدار البطن والوجه الأنسي للفخذين ناجم عن
العدوى الذاتية والخمج المشترك ونقص مقاومة الخمج .

القرع العابر Transient Ch. : تكون القرحة صغيرة جداً
تشفى بسرعة يتبعها اعتلال واضح في العقد اللمفية .

الدبل Bubo (اعتلال العقد اللمفية) : يقتصر الداء في أكثر
من ٥٠٪ من المرضى على القرحة النموذجية ، ولكن قد يحدث
التهاب أوعية لمفية جرثومي وصفي وأدبال موضوعة . يبقى
التهاب الأوعية اللمفية غير واضحاً ، وعلى وجه التحديد نادراً
ما يحس الوعاء اللمفي المتشنج كالحليل على الجانب الظهري من
القضيب . ثم قد تتشكل خراجات على جذر القضيب بقّد
٥ - ١٠ مم . تصرف بالأدبال Bubonuli ، وإن أكثر
الاختلاطات إزعاجاً هو انتاج العقد اللمفية في المنطقة (الدبل
Bubo) الذي يظهر بعد أسبوع أو أسبوعين من الآفة البدئية ،
وبشكل نادر بعد عدة أيام من ظهور القرحة ، أو بعد شفاء
الآفة البدئية . ينتج المغبن خلال ليلة ويصبح مؤلماً . فيبدو
الجلد أحمر ، ملتهباً ووذمياً . وقد تصاب عقدة لمفية أو أكثر .
يحدث تموج واضح بعد ٢٤ ساعة مع تميّه واضح . يكون الجلد
الساخر للخراج رقيقاً ومشدوداً ، وقد يفتح الدبل عبر الجلد مع
خروج القيح . وغالباً ما تكون العقد ملتصقة مع النسيج
المجاورة . وإذا لم يعالج الداء بشكل جيد وفي وقت مبكر تظهر
نواصير في العقد اللمفية ، وإذا كان محتوى الدبل غنياً بعصية
دوكري المستدمية وتكثر في هامش الناسور مؤدية لتشكيل
الدبل القرخي . يصل حجم القرع حول الناسور غالباً إلى قد
الليرة ، ومن الممكن أن يحدث أيضاً نخر مواتي .

الأعراض : يكون المصاب عليلًا ويحدث ترفع حروري
بسيط ، قد تؤدي الاختلاطات إلى تضيق القلفة وحوالي القلفة
Paraphimosis ، وتضيق الإحليل أو نواصير الإحليل .

القرح المختلط Mixed Chancroid : قد يصاب المرضى بأمراض أخرى متعلقة بالجنس مرافقة لإصابتهم بالقرح مثل الإفريجي . وإذا حدثت إصابة باللولبيات الشاحبة في نفس وقت الإصابة بالقرح ، تصبح آفات القرع قاسية بعد ثلاثة أسابيع وتشكل قرحة مختلطة مع وجود العاملين المرضيين في الآفات . إن كي القرع بنترات الفضة يؤدي أيضاً إلى قساوتها ويصبح التشخيص أكثر صعوبة .

التحري عن العامل المرضي :

الطلاخات Smears : يؤخذ النسيج المتخثر من القرع أو الدبل أو من حواف الآفة المقتلعة بواسطة عروة من البلاتين وتفرش على صفيحة زجاجية . ويعد تلويها بتلوين غمزا أو غرام تفحص بالمجهر حيث تشاهد عصيات دوكري المستدمية ذات التلون القطبي المزدوج وتبدو مثل قطع السمك Shoal of Fish . يمكن إظهار العصيات بسرعة وتكبير صغير بعد تلويها بأخضر ميتيل البيروني حسب ما ذكر Pappenheim and Unna . نضع الملون لمدة خمس دقائق ثم نقوم بالغسل . تبدو عصيات دوكري والجراثيم الأخرى بلون أحمر قان بينما تبدو نوى العدلات بلون أخضر ضارب للزرقة . ونحصل على محضرات جيدة بتسخين محلول الملون لدرجة ٥٦ ° مئوية . يبدو العامل المرض كسلاسل طويلة ١٠ - ٣٠ ميكرون بين بقايا الخلايا . تأخذ الجراثيم العصوية اللون بشدة في قطبيها فتشبه الذئبل Dumbbells (الأثقال التي يرفعها الرياضيون) أو دبوس الأمان (الشكالة) . يكون التحري عن العامل المرض إيجابياً في ٥٠٪ من الحالات .

بزل أو رشف محتوى الدبل Puncture or Aspiration of the Bubo : قد يؤخذ القيح من الدبل بطريقة الرشف مع أخذ الاحتياطات لإبقاء الطريقة عقيمة . ثم نضع الرشافة على صفيحة زجاجية ، نجفف بالهواء وتلون كما مر سابقاً .

الزرع Culture : ليس من السهل زرع عصية دوكري . يجب أخذ القيح من الدبل إذا وجد . تؤخذ المفرزات من القرحة للعزل البدني . يمكن استعمال أوساط زرع خاصة تحتوي على الدم . تنمو عصيات دوكري بشكل مستعمرات صغيرة رمادية مصفرة بأحجام مختلفة . تعتمد التحريات في المستقبل على شكل العصية بتلوين غرام وتفاعلها للتأكسد واحتياجها للعامل X وليس للعامل V . نحصل على النمو الأمثل في جو رطب وبدرجة حرارة ٣٣ ° مئوية وبوجود غاز ثاني أكسيد الكربون بنسبة ٥ - ١٠٪ . نشاهد سلاسل على شكل كرتين يصل بينهما خط رفيع Dumbbells أو على هيئة دبوس الأمان (الشكالة) .

اختبار العدوى الذاتية Autoinoculation : قبل اكتشاف

عصية دوكري كان يعرف أنه من الممكن تلقيح الإنسان بمادة القرع ، وكانت تستعمل هذه الطريقة للتشخيص . نضع القيح المأخوذ من القرحة أو الدبل على الجلد المشطب للمريض سواء على الساعد أو على البطن ونستره بزجاجة الساعة . في الحالات الإيجابية تظهر آفة وصفية خلال يوم إلى يومين تشبه الآفات البدئية على الأعضاء التناسلية أو تظهر بقعة حمراء تتحول إلى حطاطة ثم إلى بثرة ومنها إلى قرحة حوافها مقتلعة وقاعدتها منتخرة . يمكن عزل العامل المرض من هذه القرحة التي تحيط بها حالة ضيقة حمراء النهاية . يحدث أخذ العينة من القرحة ألماً . لقد توقف العمل بهذا التلقيح لأنه تم الإبلاغ عن حدوث حالات من التلقيح الذاتي للحلأ البسيط سواء من خمج حلقي غير مشخص أو من خمج مزدوج بعصية دوكري والحمة الحلقية من غط I أو II .

نقل العامل المرض إلى الحيوانات : لقد تم نقل العامل المرض إلى القردة بنجاح .

الخزعة : تؤخذ من حافة القرحة ولكنها ليست نوعية . يشاهد ثلاث مناطق : الطبقة النخرية السطحية غنية بالعدلات والفيبرين والكريات الحمر في قاع القرحة . طبقة متوسطة من الأدمة اللتهابية المتوذمة مع توسعات وعائية وخثرات ضمن الأوعية . وطبقة عميقة غنية برشاحة من المصوريات والمفاويات .

تفاعل إيتو - رينستيرنا Ito - Reenstierna : وضع لقاح من قيح الدبل المعقم للحقن المعقم في الأدمة . في الحالات الإيجابية يحدث تفاعل خلوي متأخر من غط اختبار السلين ، ينقلب بعد ٢٤ - ٤٨ ساعة إلى عقيدة أكبر من ٥ مم . يزول التفاعل بعد عشرة أيام . يكون الاختبار إيجابياً في ٧٥٪ من المرضى المصابين بالقرع ، ويبقى إيجابياً بعد شفاء الداء ، ومع ذلك لا تشكل مناعة . لذا لا يستعمل هذا الاختبار للتشخيص وهو ذو قيمة تاريخية فقط . (راجع الشكل ٤ - ٤٧) .

اختبار تثبيت المتممة Chancroid Complement Fixation : يبدى هذا الاختبار زيادة في عيارات الأضداد بعد ثلاثة أسابيع من تشكل الآفة القرعية ، وهو لتأكيد التشخيص الراجع لذلك فهو ليس ذا أهمية تشخيصية .

الإفريجي واختبار HIV المصلي : يجب إجراء الاختبارات المصلية في نهاية المعالجة وبعد ست أسابيع حتى لا يمر الخمج المرافق باللولبية الشاحبة يجب إجراء اختبارات HIV المناسبة .

الإنذار : الإنذار جيد إذا شخص باكراً . تشفى الآفة تاركة ندبة صغيرة . يؤدي الدبل إلى تليف العقدة اللمفية . أما إذا تأخر التشخيص وشكل الدبل خراجاً يمتد سير المرض ويتنح

عنه نواسير وندبة منخمصة . تصبح القرحة مزمنة إذا لم تعالج .
ولا تشفى القرحة والدبل والنواسير شفاء عفويًا .

التشخيص : قرحة طرية ومؤلمة ذات حواف مشرشرة
Undermined ، خراجات مؤلمة متموجة ملتية مشكلة
للدبل ، تشاهد عصيات دوكري في اللطاخة والزرع .

التشخيص التفريقي : تكون القرحة الصلبة في الإفرنجي
وحيدة عادة . يجب التفكير بالقرحة المختلطة والتفتيش عن
اللولبية الشاحبة . قد يحدث خمج مترافق مع السيلان . يجب
التفريق عن الحلا البسيط وبخاصة في الآفات المتقوية ثانويًا
مؤدية إلى تآكلات مؤلمة مع حواف متعددة الحلقات . قد
يكون هناك تصالب تفاعلي مع الحبيوم اللمفي الزهري في
المناطق المتوطنة . إن القرحة الفرجية الحادة نادرة ، ولكنها
عندما تتشكل فهي لا تتسع ، كما أنها ليست ذات حواف مجوفة
Undermined ولا حلقية الشكل .

المعالجة :

الجهازية :

السلفاميدات : وهي الأدوية المنتقاة ، وتستعمل عادة قبل
اللجوء إلى الأدوية الأخرى . فهي لا تحجب إصابة الإفرنجي .
تكون مدة المعالجة عشرة أيام على الأقل ، ونسبة فشل هذه
المعالجة حوالي ١٠٪ .

التري ميثوبريم سولفاميثوكسازول : ٨٠٠ ملغ
سلفاميثوكسازول و ١٦٠ ملغ تري ميثوبريم يوميًا عن طريق
الفم ولمدة عشرة أيام على الأقل .

السولفاديازين Sulfadiazine : الجرعة البدئية ٤ غ في اليوم
مع تناول كمية كبيرة من السوائل خلال ساعتين ثم ١ غ ثلاث
مرات يوميًا ولمدة ٧ - ١٠ أيام حتى تشفى القرحة سريريًا .
ويجب المعالجة مدة أطول إذا كان هناك أدبال .

السلفيزوكسازول Sulfisoxazole : الجرعة البدئية ٢ غ ثم
١ غ ٤ مرات يوميًا .

الأمينوغليكوزيد Aminoglycosides : لا تحجب الإصابة
المترافقة بالإفرنجي ومن سيئاتها إعطاؤها حقنًا إضافة إلى سميتها .

الستربتومايسين : يستعمل بمقدار ١ غ حقنًا عضليًا يوميًا ولمدة
٧ - ١٠ أيام .

التتراسكلين : هو من الصادات المفيدة ولكنه يحجب إصابة
الإفرنجي المرافقة حيث لا يكون علاجاً فعالاً في الإفرنجي
بالجرعة الاعتيادية في معالجة القريح . المقدار : ٢ غ من
الأوكسي تتراسكلين يوميًا مقسمة على جرعتين (أو ما يعادلها
من مشتقات التتراسكلين الأخرى) ولمدة ١٠ - ١٤ يوماً .
قد تحدث مقاومة للتتراسكلين .

البنسلين : ثبت أنه غير فعال ، رغم أن عصية دوكري حساسة
للبنسلين في الزجاج . قد يستعمل البنسلين في حال القرحة
اللينة المواتية والأنحاج المختلطة للدبل القرحية . وقد يستعمل
السيفالوسبورين .

سيفترياكسون Ceftriaxone : بما أن عصية دوكري أصبحت
مقاومة للمعالجات الكيماوية والصادات المستعملة في الماضي
(مثل التتراسكلين) يجب إعطاء السيفترياكسون جرعة واحدة
٢٥٠ ملغ زرقاً عضلياً . قد تفيد الكينولونات الجديدة مثل
السيروفلوكساسين .

المعالجة الموضعية : الاستحمام أو وضع الرفادات بمادة
٨ - كينولول سلفات أو برمنغوات البوتاسيوم . قد يصبح من
الضروري إجراء خزع ظهري في الجلاع Paraphimosis أو
تضييق القلفة الالتئامي . إذا كانت الدبل متموجة يجب رشف
القريح مع تكرار العملية إذا لزم الأمر . يجب تجنب شق الدبل .

المجدول ٤ - ٦ : التشخيص التفريقي بين قرح الإفرنجي الصلب
والقريح (القرح اللين)

القرح الصلب	القريح
مدة الحضنة	٢ - ٤ أيام
عدد القرحات	عادة واحدة
القوام	صلب
شكليائية القرح	يفقد بنية الثلاث مناطق
حواف القرح	غير مقتلعة
الأعراض	غير مؤلم إلا إذا كان في مؤلم
	المعصرة الشرجية
انتاج العقد اللمفية	غير ملتية ، قاسية ، غير ملتية مع ميل
الناحية	مؤلمة
	للتيمه ، طرية مؤلمة

الحبيوم الأربي Granuloma Inguinale

[Mocleod 1882]

المرادفات : الداء الدونوفاني Donovan 1905 ، الحبيوم
الزهري .

التعريف : هو مرض حبيومي مزمن معتدل المראה . يشاهد
عادة خارج أوروبا وأميركا الشمالية . غالباً ما يصيب المناطق
التناسلية عند الرجال ولذلك صنف مع الأمراض المنقولة
بالجنس . لا يبدى ميلاً للشفاء العفوي .

العامل المرضي : ينجم الحبيوم الإربي عن جرثوم كالميا الحبيبي
Calymmatobacterium Granulomatis المعروف سابقاً

باسم الدونوفان الحبيبي *Donovania Granulomatis* الذي ينتمي من الناحية الشكلية والمستضدية إلى أنواع الكلبسلّة . يبلغ طول الجرثوم ١ - ٢ ميكرون ويتلون بملون غرام أو غمزا فيأخذ اللون الأزرق الفاتح أو الغامق أو يأخذ اللون الأرجواني مع تلوّن أشد وأغمق في القطبين تشاهد الجراثيم في وحيدات الخلايا الكبيرة (أجسام دونوفان) . يمكن زرعها على بيض الدجاج المخصب . وقد أمكن نقل الداء إلى جنين الدجاج فقط . كما نقل بشكل تجريبي إلى الإنسان حيث بدأ الخمج بعد خمسين يوماً .

الوبائيات Epidemiology : يشاهد بشكل خاص في المناطق المدارية وتحت المدارية . يصاب السود والجنوسيين في العالم الغربي ، يصاب به الرجال بمعدل عشرة مرات أكثر من النساء اللواتي قد يكن حاملات لا عرضيات للمرض .

الإمراض : ينتقل الداء بالعدوى التناسلية بعد الإصابة بالخمج بجرثومة الكلبسلّة الحبيبية *Granulomatis Calymmatobacterium* . يشاهد نسيج حبيبي شديد مع مصوريات كثيرة وبعض اللمفاويات . كما تشاهد العدلات بشكل مجموعات متوضعة في ذرى الحلقات الأدمية وفي البشرة مفرطة التنسج . وأهم العلامات الواسمة هو وجود الخلايا الكبيرة الوحيدة النوى مع فجوات هيولية . يبدو أن تخريش المناطق الأربية والتهابها تؤهب إلى انتقال الداء في طقس مداري حار ورطب .

الموجودات السريرية : التوضع الرئيسي في المناطق التناسلية وبخاصة المنطقة الأربية . فترة الحضانة ٨ - ١٢ أسبوعاً . يبدأ المرض بظهور بثرة حاكة أو أكثر تزداد حجماً وتشكل قرحات تتحد مع بعضها متحوّلة إلى لويحات قرحية طرية مرتفعة الحواف سطحها جيبومي زغبي . تبدو حمراء بلون لحم البقر ، وتنزف بسهولة . تحدث بقع نابذة جديدة تتحد مع بعضها مشكلة كتل ساعية . تستمر الكتل النابتة غير المؤلمة في الثنيات بالاتساع البطيء لمدة أسابيع أو شهور . وتظهر عقيدات وحيدة أو متعددة تحت الجلد قد تلتبس مع العقد اللمفية ، لا تتضخم العقد اللمفية الناحية عادة رغم أنه قد تتشكل في المنطقة الأربية البؤرة البدئية للحبيوم الأربي آخذة شكل دبل كاذب . تكون حواف القرحة المرتفعة غير مشرشرة ، ويظهر نتج كربه الرائحة يحتوي على دم وقيح . ومن التظاهرات السريرية النادرة ظهور البقع القرحية النابتة الموضعة ، حطاطات مفرطة التصبغ أو انخمصاصات شبيهة بالندبات . قد يحدث فيل في القضيب والصفن والأشعار نتيجة انسداد الأوعية اللمفية . يصبح الحبيوم الأربي مؤلماً وغرماً فقط في التبدلات الثانوية . وقد يترافق بأخماج تنتقل عن طريق الجنس مثل الإفرنجي ، السيلان ، الحبيوم اللمفي الزهري والقرح .

الأعراض : تكون الحالة العامة جيدة . وقد ورد حدوث الداء في الفم والعين والأصابع .

المسار Course : مزمن ، ولا يوجد شفاء عفوي دون معالجة . الاختلاطات هي خمج الطريق البولي التناسلي ، والنزف الذي يعزى إلى تآكل الأوعية الدموية الكبيرة ، وفقر الدم ، قد تحدث سرطانة وسفية الخلايا بعد سنين ناجمة عن فرط التنسج المزمن الظهارومي الكاذب .

الإنذار Prognosis : سيء إذا لم يعالج المرض ، وجيد إذا عولج بالصاد المناسب وفي وقت باكر غير أنه تبقى ندبات بعد الشفاء .

التشخيص : يُعزل العامل المرض بتجريف الآفة عميقاً . ثم تهرس العينة المأخوذة بين صفيحتين زجاجيتين ، تجفف بالهواء وتلون بملون غمزا . تكون العوامل المرضية متوضعة داخل الخلايا وحيدات النوى مكورة أو عصوية الشكل ومحاطة بمحفظة . يصعب زرع الخلايا المؤوبة في الزجاج ، ولا يوجد اختبارات مصلية أو جلدية .

التشخيص التفريقي : اللقمو المنيست ، الفقاع التنقي ، الحلاّ البسيط التناسلي ، الحبيوم اللمفي الزهري ، السرطانة وداء الأمبيات .

المعالجة :

الجهازية :

التتراسكلين : ٥٠٠ ملغ تتراسكلين هيدروكلورايد أو ما يعادله أربع مرات يومياً ولمدة ١٠ - ٣٠ يوماً .

السلفوناميد : تري ميثوبريم سلفامتوكسازول ٠,٥ غ أربع مرات يومياً ولمدة ٢ - ٣ أسابيع أو لمدة أطول إذا اقتضى الأمر وهو الدواء المنتخب لمعالجة الحبيوم الأربي .

الإريترومايسين : ٠,٥ غ كل ٦ ساعات ولمدة ٢ - ٣ أسابيع .

جنتاميسين : ٤٠ ملغ حقناً عضلياً مرتين يومياً ولمدة ثلاثة أسابيع . استعمل الأميسيللين بنجاح في معالجة الحالات المكتسبة في فيتنام . أما البنسلين فهو غير مفيد . قد يحدث خمج إضافي ، ويجب التأكد من المقاومة للصادات .

الموضعية : إن التدابير الموضعية مهمة في المعالجة . تستعمل الكمادات الرطبة المبللة بمحلول بولي فينيل بيروليدين إيوداين ، أو ٨ - كينولينول سلفات أو برمنغنات البوتاسيوم . يمكن إزالة البقع المتنبطة جراحياً . يجب التبليغ عن هذا الداء .

سل الجلد Tuberculosis of the Skin

الملاحظات العامة : ليس سل الجلد مرض واحد سهل التحديد ، بل عدد كبير من الأمراض الجلدية تختلف سريريا وبالإنداز وهي مسببة عن المتفطرة السلية . يحدد شكل الإصابة السلية عدة عوامل مهمة وهي :

- ١ - الأنماط المختلفة للعامل الممرض .
- ٢ - طرق العدوى المختلفة .
- ٣ - الحالة المناعية في زمن الخمج .
- ٤ - عوامل مرتبطة بالجلد مباشرة (التربة Terrain) .

يبلغ عدد الإصابة بالسل في جمهورية ألمانيا الفيدرالية حوالي ٥٩ لكل ١٠٠,٠٠٠ بين السكان الأصليين و ١٢٩/١٠٠,٠٠٠ بين المهاجرين . أما الإصابة بالسل الجلدي فهي حوالي ٥,٠ - ١/١٠٠,٠٠٠ من السكان . وهذا الداء نادر جداً في الولايات المتحدة الأميركية وبريطانيا . سل الجلد من الأمراض التي يجب التبليغ عنها .

لمحة تاريخية : بعد اكتشاف المتفطرة السلية عام ١٨٨٢ بستين وجد روبرت كوخ العصية في الآفات الجلدية للذئب الشائع . وبهذا أصبح من الممكن جمع عدد من الآفات الجلدية تحت اسم سل الجلد . وفي عام ١٨٩١ تعرف كوخ على التبدلات المختلفة في تفاعل الجلد تجاه العصيات السلية المقتولة أو الحية وتالية للإصابة المسبقة للثوري بالخمج السلي . في عام ١٩٠٦ فسر فون فيركت C. Von Pirquet التفاعلات المختلفة للجلد تجاه العصية السلية المقتولة أو المعطلة بالحرارة ، بعد شفاء سل بدئي ، على أنه أرج نوعي تجاه عصية السل . ومنذ ذلك الوقت أصبح اختبار السلين طريقة هامة في معرفة الحالة المناعية الخلوية (عطالة ، مناعة طبيعية أو فرط مناعة) .

أدت هذه الملاحظات إلى وضع مفهوم الطفححات السلية . وهذا يعني تظاهرة جلدية غير مسببة عن العصيات السلية ولكنها تظهر في الجلد كتفاعل متأخر للمستضدات العصبية السلية عند مريض لديه فرط مناعة . وتعتمد الوقاية من السل بالتلقيح بعصية كالميت غورين (BCG) Calmette - Guérin على تحريض المناعة الخلوية النوعية للسلين (النمط الرابع Type IV) .

الوبائيات : يشاهد سل الجلد في جميع أنحاء العالم ولكن تغلب مشاهدته في المناطق الباردة قليلة الشمس . مصدر العدوى هو السل عند الحيوانات (السل البقري) والمرضى المصابون بسل فعال في الأعضاء الداخلية وبخاصة في الطرق التنفسية . من العوامل المهمة في تحديد نسبة الإصابة بالتدرن الوضع الاجتماعي والاقتصادي حيث تزداد نسبة الإصابة بالخمج

السل في الحروب ، والفقر ، والازدحام السكاني ، والتصحيح السيء Poor Hygiene ونقص التغذية ، كما تزداد هذه النسبة في اضطراب المناعة الخلوية كما هو الحال لدى السكريين ، والحوامل والمصابين بنقص المناعة المكتسب (AIDS) ، والغرناوية ، والورام الحبيبي اللمفي أو اللمفومات الحبيشة الأخرى . كما يزداد الخمج وبخاصة التدرن الرثوي في المعالجة المديدة بموقفات الخلايا Cytostatics أو الستيروئيدات . وقد أصبح تدرن الجلد نادراً منذ أن تناقص عدد الإصابات بالتدرن الإنساني والبقري .

العامل الممرض :

المتفطرة السلية : وهي كائنات حية دقيقة طولها ٢,٥ - ٣,٥ ميكرون وعرضها ٥٣ - ٥٦ ميكرون ، إيجابية الغرام ، لا تشكل أبواغاً وهي منحنية قليلاً وغير متحركة ، تقاوم الحموض والقلويات والكحول . تحتوي على كمية كبيرة من الشحميات وتكبر ببطء ، ينجم التدرن الجلدي عن المتفطرة السلية أو عن المتفطرة البقري . لا تشير الصورة السريرية إلى نوع المتفطرة المسببة للتدرن الجلدي . إن تحديد زمر المتفطرات هام إذا شككنا بأن سبب التدرن الجلدي هو من منشأ مهني كما هو الحال عند الأطباء البيطريين والمزارعين . وقد تحتوي بعض أشكال السل الجلدي على عصيات كثيرة بينما لا يحتوي البعض الآخر سوى عدداً قليلاً .

المتفطرة اللا نموذجية Atypical Mycobacteria : وتشمل المتفطرة بالني Balnei (حبيوم حوض السباحة) والمتفطرة آفيوم Avium (سل الدجاج) . قد تؤدي هذه المتفطرات إلى حدوث تظاهرات جلدية تشبه سل الجلد ، ولكن يجب ألا تناقش على قدم المساواة معه .

قد يكون انتقال المتفطرة السلية إلى الجلد عن طريق التلقيح الخارجي أو الداخلي (الطريق اللمفي أو الدموي) بالانتشار المباشر إلى جانب الحالة المناعية والعوامل الموضعية . يتبع حدوث الأشكال المختلفة من سل الجلد كلاً من طراز الانتقال وعدد العصيات المنتقلة ومكان الجراثيم في مختلف طبقات الجلد .

الحالة المناعية State of Immunity : تحتوي المتفطرة السلية على ثلاثين نوعاً مختلفاً من المستضدات ، أهمها البروتين السلي وهو المادة الفعالة في السلين . ويؤدي دخول العامل الممرض عند الإنسان إلى تشكل استجابات مناعية أهمها التفاعل الخلوي المتأخر والنمط الرابع لكومبس وجل (Coombs, Gell) .

أدخل طبيب الأطفال كليمنس فون - بيركة Clemens von Pirquet اختبار السلين الجلدي للتحري عن الأرج للسلين . وكان المستضد المستعمل هو إما سلين قديم (OT) أو

المشتق البروتيني النقي من السلين (PPD) الذي أصبح يستعمل كثيراً في الوقت الحاضر . وإجراء اختبار الحساسية للسلين يستعمل :

- ١ - اختبار شريط السلين عبر الجلد مع رهم السلين .
- ٢ - اختبار الوخز المتعدد (اختبار Tine واختبار Tubergen) .
- ٣ - اختبار داخل الجلد حسب مندل وماتو (Mendel and Mantoux) باستعمال السلين OT أو PPD بتمديدات مختلفة .

وبما أن التفاعل يحتاج إلى وقت كي يتشكل ، يجب قراءة مكان الاختبار بعد ٤٨ إلى ٧٢ ساعة .

يكون تفاعل الجلد للسلين سلبياً عند بعض الأشخاص الذين ليسوا على تماس مع العصية السلية من قبل وهذا هو تعطل المناعة (Anergy أو تعطل المناعة الإيجابي (Positive Anergy) ؛ لأن الثوي يستطيع تشكيل أرج مناعي خلوي بعد تماسه مع عصية السل أو جزيئاتها المستضدية .

إذا شفي المريض من الخمج السلي البدئي يكون اختبار السلين إيجابياً . إن التفاعل الأرجي الخلوي من النمط المتأخر الذي يظهر بعد فترة ٢٤ - ٧٢ ساعة ، هو عبارة عن حطاطة حمراء ملتهبة في مكان الزرق . وتبقى هذه الاستجابة الأرجية السلية النوعية عادة مدى الحياة . وبالرغم من ذلك قد تضعف وتصبح سلبية بتأثير بعض الأمراض مثل نقص المناعة المكتسب (AIDS) ، والورام الحبيبي اللمفي والغرناوية أو اللمفوم الحبيث . وقد يفقد الثوي ذو الاستجابة المناعية الجيدة المثبتة باختبار السلين الإيجابي مناعته (أي يصبح تفاعل السلين سلبياً) كنتيجة لخمج سلي متري . فيصبح الثوي متعطل المناعة ثانية وهو ما يطلق عليه تعطل المناعة السليبي (Negative Anergy) . يصبح تفاعل السلين إيجابياً بشكل طبيعي عندما يصاب الشخص بخمج سلي بدئي ويشفى منه مما يدل على تشكل حالة أرجية تقي الجسم بأكمله من خمج تال . قد تضطرب هذه الحالة ببعض العوامل المؤدية للجلد بعوامل خاصة (معروفة بعوامل التربة) مؤدية إلى خمج إضافي Superinfection . يحدث سل الجلد فقط إذا وصلت عصية السل إلى الجلد ، وقلما يحدث ذلك ، أو إذا كان زرعها وانتشارها سهلاً بسبب نقص عوامل المقاومة الموضعية . وبما أن هذين العاملين لا يشاهدان إلا سوية ، لذا كان تدرن الجلد نادراً .

وأخيراً قد تزداد شدة الأرج السلي بشكل يتجاوز حدود الأرج الطبيعي وهذا هو تفاعل فرط الأرج أو فرط الفعالية الأرجية Hypereregy . وفي هذه الحالات يكون اختبار

السلين داخل الجلد إيجابياً بالتمديدات الشديدة للسلين (١٠ - ٩) . وإن حالة فرط الأرجية ضرورية لتشكيل السليبات Tuberculids .

التشريح المرضي النسيجي Histopathology : يتبع المظهر المجهرى للسل ، شأنه شأن الأشكال الأخرى من التدرن ، الحالة المناعية للثوي . تتصف حالة العطالة المناعية بتفاعل التهابي موضع لا نوعي مع نضج وظهور العدلات ، وآجلاً ، الخلايا وحيدة النوى . يتشكل الحبيبوم السلي الوصفي عند الثوي الأرجي أو فرط الفعالية الأرجية Hypereregy ويتصف بالتجبن المركزي مع تحرب البنية النسيجية يحيط بها جدار من الخلايا الظهارانية مع خلايا لانغهانز Langhans العملاقة ومنطقة خارجية من اللمفاويات . من النادر رؤية العصيات السلية مجهرياً في الحبيبوم درني الشكل . ولا يشخص السل الجلدي رؤية الحبيبوم الظهاري النموذجي لأن هناك أمراضاً جلدية أخرى قد تبدي نفس المظهر النسيجي (الحبيبوم درني الشكل) مثل التهاب الشفة الحبيبومي ، ووردية الوجه ، والعد الشائع ، والخمج الفطري العميق ، والغرناوية ، والجلد الدرني ، أو حبيبوم المساخ .

التشخيص : تشخص الأشكال المختلفة لسل الجلد استناداً إلى الموجودات السريرية والشكلية . ولوضع التشخيص يجب أخذ الأمور التالية بعين الاعتبار .

بيان المتفطرة السلية : إن إظهار العامل الممرض ممكن في جميع أشكال سل الجلد ما عدا السليبات ، من السهل جداً إظهار المتفطرة في الأشكال الغنية بالعصيات المشاهدة في حالة العطالة : الاندفاع السلي الأولي ، سل الجلد الدخني ، سل الجلد حول الفوهات والسل الكمي الساعي Tuberculosis Fungosa Serpiginosa . من النادر رؤية المتفطرات مجهرياً في الأشكال الأرجية من سل الجلد ولكنها قد تظهر بالزرع أو بتلقيح الحيوانات ولا تشاهد المتفطرات السلية في السليبات .

التشريح المرضي النسيجي : إن وجود الحبيبوم درني الشكل قد يرجح التشخيص ولكن الفحص النسيجي ليس كافياً لوحده لوضع التشخيص الأكيد .

الحساسية للسلين : لا نستطيع الاعتماد على تفاعل السلين لوضع تشخيص نهائي . ولكن يفيد فقط في تحديد ما إذا كان المريض قد تعرف سابقاً على المتفطرة السلية أم لا . ويمكن الاستفادة أحياناً من شدة التفاعل ونوعيته لمعرفة حالة تفاعل فرط الأرجية .

فحص الأعضاء الأخرى للكشف عن السل المتعمم : لا يفيد هذا في تشخيص سل الجلد إذ أنه قد يحدث مع السل المتعمم في الأعضاء الأخرى أو دونه .

تصنيف سل الجلد :

سل جلد مع عطالة مناعية *Skin Tuberculosis with Anergy* :

– المعقد السلي الأولي (التلقيح الوقائي بلقاح ب ث ج (BCG) .

– سل الجلد الدخني *Miliary tuberculosis of the Skin* .

– سل الجلد حول الفوهات .

– السل الكمي الساعي .

سل جلدي مع أرج *Skin Tuberculosis with Allergy* :

– سل الجلد التؤلوي .

– الذأب الشائع .

– تدرن الجلد (الخنزرة) *Scrofuloderma* .

الطفحاحات السلية *Tuberculids* .

سل الجلد مع عطالة مناعية

Skin Tuberculosis with Anergy :

تظهر هذه الأشكال عند اللذين لم يتعرفوا سابقاً على المتفطرة السلية (العطالة الإيجابية) ، أو تشكل لديهم عطالة تفاعلية نتيجة الإصابة بالسل المتري ، مثل السل الرئوي (عطالة سلبية) الذي كان مميئاً في الماضي ، فإذا فقدت المناعة الخلوية يستطيع العامل الممرض الدخول بسهولة إلى الثوي ويتكاثر دون حدود . تكون الآفات الجلدية والمخاطية حملة بالمتفطرات .

المعقد السلي الأولي في الجلد

Primery Tuberculous Complex of the Skin :

المرادفات : القرع السلي ، السل البدئي الجلدي .

التعريف : يتشكل المعقد السلي الأولي عادة في الرئتين أو الأمعاء وهو نادر جداً في الجلد . إذ يجب توفر ثلاثة شروط لحدوثه :

١ – العصبية الدرنية مثلاً ؛ أحد المرضى المصابين بسل مفتوح بتناس مباشر مع المريض .

٢ – باب دخول : أفة صغيرة في الجلد لتأمين دخول العامل الممرض .

٣ – عطالة إيجابية : يجب أن يكون المريض غير متعرف سابقاً على المتفطرة السلية .

الموجودات السريرية : يتصف المعقد السلي الأولي بطورين : بعد فترة حضانة تستمر من ٣ – ٤ أسابيع يظهر مكان دخول المتفطرة السلية حطاطة صغيرة ملتية « تنقرح بسرعة ولا تبدي ميلاً للشفاء العفوي خلال أسابيع (الحنج البدئي) . يوجد

ضخامة التهابية بالعقد اللمفية الناحية وتنخر وكثيراً ما يحدث تقرح مترافق أو غير مترافق بالتهاب الأوعية اللمفاوية . وقد لا تظهر إصابة العقد سريرياً . كما يمكن مشاهدة أعداد كبيرة من العصيات في اللطاخة المأخوذة من القيح أو في الخزعة النسجية .

التشريح المرضي النسجي : يبدى المعقد السلي الأولي في البدء تفاعلاً التهابياً حاداً لا نوعياً يتطور ليشكل خراجاً . ولا يظهر الحبيوم الدرني النموذجي قبل تشكل الأرج الخاص بالتدرن (٢ – ٤ أسابيع) .

السير : يظهر المعقد السلي الأولي عادة في الجلد عند الأطفال في المناطق المكشوفة (الوجه والأطراف) ويشفى عفوياً بعد ٤ – ١٢ أسبوعاً . ويصبح اختبار السلين إيجابياً (الأرج) . وغالباً ما يتشكل ذأب شائع مكان الحنج البدئي أثناء سير الداء ، يعتبر السل التالي للآفة البدئية عند الثوي المتحسس تفاعلاً لعصبية السل الموجودة في الجلد .

التشخيص التفريقي : يفرق عند الأطفال بشكل رئيسي عن تدرن الجلد ، مع أنه في هذه الحالة لا يوجد حنج بدئي ، والداء مزمن ، ويستمر لمدة سنين . ومن النادر كشف عصبية السل في الإفرازات القيحية .

المعالجة : يمكن أن تترك الآفة البدئية في الجلد دون معالجة كي لا يعرقل تشكل المناعة النوعية ضد السل عند الثوي . يكفي وضع ضماد واق مع مسحوق الإيزونيازيد في مثل هذه الحالات . يمكن تطبيق المعالجة عن طريق الفم عندما تحدث مضاعفات أثناء سير الداء .

الأشكال الخاصة :

المعقد السلي في اللوزتين والعقد اللمفية الرقية : يحدث هذا عادة عند الأطفال بعد حنج اللوزة بالمتفطرة البقرية الموجودة في الحليب ، وغالباً ما يبقى غير ملحوظ . بينما تظهر الصورة السريرية الوصفية للسل المتجين في العقد اللمفية الرقية الجانية حيث تنورم هذه العقد في المنطقة المصابة ، وتتحد مع بعضها ، وتشكل خراجات ونواسير تاركة ندبات بعد الشفاء . وهذا ما يشبه الصورة السريرية لتدرن الجلد في هذه المنطقة .

سل الختان عند الأطفال *Circumcision Tuberculosis in Babies* : وهو أيضاً معقد سلي بدئي كان شائعاً في الماضي عندما كان الختان المصاب بالسل يجمع الجرح الطازج عن طريق المص . يشفى الجرح بشكل طبيعي ولكن بعد فترة حضانة يُفتح ثانية مؤدياً إلى معقد سلي بدئي نموذجي يشمل العقد الأربية . وهذا الداء نادر جداً الآن .

التلقيح الوقائي بلقاح ب ث ج BCG : إن هدف التلقيح الوقائي ضد السل هو حقن الجلد بالمتفطرة البقرية المضعفة

سل الجلد الدخني Miliary Tuberculosis of the Skin :

المردفات : سل الجلد الدخني المنتثر .

التعريف : وهو مرض نادر جداً ، يصيب الأطفال و يترافق غالباً بسل دخني . يظهر بشكل حاد أو تحت حاد . قد يشفى عفوياً إذا لم تؤد الإصابة الداخلية إلى الموت .

الموجودات السريرية : تظهر على الجلد آفات مجتمعة ومرتبطة على بعضها بشكل بقع أو حطاطات حمراء بنية أو حمراء ضاربة للزرقة ، ويكون لها ميل للزف . وقد يصاب الغشاء المخاطي الفموي .

الإمراض : يحدث سل الجلد الدخني نتيجة انتشار العصيات السلية عن طريق الدم عند ثوي لديه عطالة مناعية (عطالة سلبية ، تفاعل السلين سلبى) . تكون الآفات الجلدية غنية جداً بالعصيات السلية . يظهر هذا الداء مباشرة بعد سل بدئي مختلط أو بعد خمج مرافق (مثل الحصبة) أو في حالة السل الدخني المتعمم .

الإنذار : يتبع شدة الإصابة المجموعية .

التشخيص التفريقي : يفرق عن متلازمة Abt - Letterer - Siwe ، النخالية الحزازانية الحادة والجدرية الشكل ، والإفرنجي الثانوي والطفح الدوائي .
المعالجة : المعالجة المتعددة بالأدوية السلية .

سل جلد الفوهات Tuberculosis Cutis Orificialis :

المردفات : القرحات السلية على الأغشية المخاطية والجلد ، السل الدخني التقرحي على الأغشية المخاطية والجلد .

التعريف : يشمل هذا الشكل من السل الأغشية المخاطية في الفوهات والجلد وما حولها نتيجة التلقيح الذاتي بعصيات السل عند مرضى مصابين بسل متري في الأعضاء الداخلية . ويكون تفاعل السلين سلبياً عادة (عطالة سلبية) .

الموجودات السريرية : يحدث سل الفوهات عادة في مكان طرح المفرزات الغنية بالعصيات السلية وهذا ما يطلق عليه اسم السل من منشأ داخلي . ويحدث هذا الخمج في ٠,٢٪ من المرضى المصابين بالسل المجموعي . يصيب الاختلاط بشكل رئيسي الرجال متوسطي الأعمار والشيوخ . والمكان الرئيسي هو الجوف الفموي البلعومي من الخنجرية حتى الشفتين والمناطق المجاورة وهذا هو الطريق الذي يسلكه القشع الغني بالعصيات السلية في السل الرئوي المفتوح . ومن الأماكن الأخرى صماخ الإحليل في سل الكلية ، والمستقيم والشرج والمناطق المحيطة في السل المعوي . قد تمر العصيات السلية إلى

(عضية كالت - غران) لإحداث أرج نوعي ضد السل ، وبالتالي لإحداث حالة مقبولة من المناعة ضد الخمج السلي ، إن لقاح ب ث ج عند الأشخاص غير المتعرفين على عضية السل سابقاً وبالتالي يكون لديهم تفاعل السلين سلبياً ، يؤدي إلى تفاعل شبيه بالمعقد السلي الأولي . ينصح بإجرائه عند الأشخاص المعرضين للإصابة (الأطباء ، الممرضات) الذين يكون لديهم اختبار السلين سلبياً ، وكذلك عند الولدان . وينصح باستعماله أيضاً كلقاح وقائي ضد الجذام عند الأشخاص المشرفين على مرضى الجذام الجذامي غير أنه فعاليته ليست أكيدة .

التنميع Immunization : أحسن طريقة للتنميع هي زرق لقاح ب ث ج داخل الجلد . يمكن تلقيح الولدان الأصحاء اعتباراً من اليوم الثامن حتى الأسبوع السادس دون إجراء تفاعل السلين . يحتاج الأطفال بعد ٦ أسابيع من العمر إلى إجراء اختبار السلين لإثبات العطالة الإيجابية . فإذا كان اختبار السلين عند الطفل إيجابياً يؤدي تلقيحه بلقاح ب ث ج لحدوث تفاعل كوخ مع تقرح مكان الزرق . لذلك كان التنميع بهذه الحالة ممنوعاً منعاً باتاً . إن منطقة للدور الكبير هي المختارة عادة لإجراء التلقيح و يظهر بعد بضعة أسابيع عقيدة حمراء ملتبة في مكان الزرق ، تتبدل إلى عقيدة زرقاء شاحبة ناجمة عن الارتشاح الخلوي ، تشبه سريرياً ونسجياً الذأب الشائع . ويمكن رؤية حبيوم درني الشكل ولمدة سنة في مكان الزرق البدئي . قد تتورم العقد اللمفية قليلاً في المغبن .

الاختلاطات (المضاعفات) : من الاختلاطات الممكنة حدوث تقرحات واسعة في مكان الزرق نتيجة خمج جرثومي ثانوي ، أو تخديش أو حقن عميق . يمكن بفحص المفرزات الفقيحة في مكان التلقيح مشاهدة كتلة من جراثيم ب ث ج التي تبقى حتى تتشكل حالة الأرج .

يمكن أن يحدث بعد التلقيح بلقاح ب ث ج أرج سلي نوعي ، وتظهر علامات تدل على أن اختبار السلين أصبح إيجابياً . كما قد تظهر السلييات (السلييات الحزازانية ، السلييات الحطاطية النخرية ، الحمامي العقدة والحمامي عديدة الأشكال) .

المعالجة : التضמיד بمسحوق الإيزونيازيد . يحدث الشفاء العفوي خلال أشهر . يمكن أن تتجنب العقد اللمفية الناحية وتفرغ نجيجها ، وفي هذه الحالات التي لا تفرق سريرياً عن تدرن الجلد . يجب إعطاء معالجة بالإيزونيازيد عن الطريق العام ٦ - ٨ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً حتى اختفاء الأعراض السريرية . (راجع الشكل ٤ - ٤٨) .

التلقيح الخارجي أو الداخلي للعامل الممرض في الجلد . يحدث بشكل رئيسي عند الشيوخ الذين يدون حالة عطالة سلبية بسبب العمر .

الموجودات السريرية : تظهر تنشؤات حلجومية دون تفرح وبخاصة على الساعدين واليدين وكثيراً ما تتجنب الآفات بشكل عميق ، وتنقب وتشكل نواسيراً يخرج منها مفرزات مصلية داكنة اللون أو قيحية . قد تشفى التنشؤات التنبية على سطح الجلد في المركز وتمتد إلى المحيط مع تفاعل التهابي . يؤدي هذا إلى صورة سريرية شبيهة تماماً بتقيح الجلد التنبية المزمن . ويكون اختبار السلين سلباً . يمكن رؤية العصيات السلية بسهولة في مفرزات الآفات الجلدية وفي المحضرات النسجية .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد ضمن رشاحة التهابية لا نوعية حبيومات درنية الشكل صغيرة دون أي ميل نحو التجبن .

الإمراض : هو شكل نادر جداً من سل الجلد الذي قد يحدث بسبب التلقيح الخارجي أو الذاتي (سل الأعضاء المفتوح) ، أو قد ينجم أيضاً عن تلقيح مستمر من النسيج العميقة (العظام ، العضلات) .

المس : جيد إذا لم يترافق بسل مجموعي .

التشخيص التفريقي : السل الجلدي الثؤلوي ، تقيح الجلد التنبية المزمن . سرطانة مغزلية الخلايا ، الورام الحليمي الجلدي السرطاني ، الجلاد البرومي ، الفطار البرعمي الأميريكي الشمالي .

المعالجة :

الجهازية : المعالجة الكيميائية المتعددة الجهازية للسل .

الموضعية : ضماد مطهر رطب ، والتخثير الكهربائي إذا لزم ، ولا تستعمل المراهم الدهنية .

سل الجلد مع استجابة أرجية Skin Tuberculosis with Allergic Response :

تحتاج هذه الأشكال من سل الجلد إلى أرج سلي نوعي في الثوي ، وهي تحدث فقط عند الأشخاص الذين أصيبوا سابقاً بالمعقد السلي البدئي . ولذلك يمكن أن تسمى سل الجلد بعد البدئي Postprimary Skin Tuberculosis . تتصف هذه الأمراض بقلّة عدد العوامل المرضية ، وتشكل حبيوم سلي نموذجي في النسيج المصابة وإيجابية اختبار السلين وهي قليلة العدوى .

سل الجلد الثؤلوي Tuberculosis Verrucosa Cutis

[Riehl and Paltouf 1886] :

المترادفات : السل الثؤلوي في الجلد ، الثؤلول نخري المنشأ

مناطق أخرى من الجلد أحياناً في حال نقص المقاومة المناعية . يحدث في مكان التلقيح حطاطة صغيرة حمراء تتطور إلى بثرة صفراء ثم تتفرح . تكون القرحة صغيرة وسطحية ذات شكل غير منتظم تنسع فيما بعد . يبدو قاع القرحة مستوراً بمواد قيحية وأحياناً يبدو أحمر اللون . وعلى الأغلب يمكن مشاهدة آفات دخنية صفراء ضمن القرحة تدل على بؤر صغيرة نخرية . ويحيط بالقرحة عادة غشاء مخاطي وذمي منتبج . تكون القرحة لينة ومؤلمة جداً وتكون غنية بالعصيات السلية نظراً لحالة الثوي الأرجية . ولذلك فهي تشكل منبعاً للخمج .

التشريح المرضي النسيجي : يبدو تحت التفرح ارتشاح التهابي كتلي غير نوعي نصحي مع تنخر . وقد يشاهد حبيوم درني الشكل منغزل . يمكن مشاهدة العصيات السلية في هذه الآفات بسهولة بعد تلوينها بزيل نلسن Ziehl - Neelsen أو ملون فايت Fite أو ملون الأورامين رودامين Auramine - Rhodanine .

التشخيص : سهل إذا كان سل الأعضاء الداخلية مشخصاً (الرئتين ، الأمعاء ، الكليتين والأعضاء التناسلية) ؛ وإذا عرف أن القرحة المؤلمة في الفوهات وما جاورها هي قرحة سلية في الأغشية المخاطية والجلد ، تؤخذ عينة من قاع القرحة وتلون بطريقة زيل نلسن أو بطرق أخرى . ومن الواضح أن نتائج الزرع وتلقيح الحيوان تكون إيجابية أيضاً .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير في حال الإصابة في جوف الفم ، بالإفراخي الدخني القرحي الذي يصيب الأغشية المخاطية في حال الإفراخي الثلاثي . فالصورة السريرية هي نفسها ، إلا أنه ليس هناك عصيات سلية . وعندما تعالج الآفات بالبوتاسيوم اليودي يتركز التشخيص على نتيجة المعالجة إذا نجم عنه شفاء سريع . تكون السرطانة المتقرحة قاسية جداً غير مؤلمة ، ويمكن نفيها بالتشريح المرضي النسيجي . تشفى الآفات المتقرحة القلاعية بسرعة .

الإنذار : يكون الداء عادة علامة على سل مفتوح ومتقدم لعضو داخلي ، ويكون مترافقاً بنقص مقاومة نوعية للعدوى . لذا يكون الإنذار سيئاً عادة ، ورغم ذلك تشفى آفات الأغشية المخاطية والجلد بسهولة .

المعالجة : المعالجة العامة المتعددة لسل الأعضاء الداخلية . معالجة موضعية مضادة للالتهاب وضماد مرطب بمحلول حمض اللبن المائي ٢٪ .

السل الكمّي الساعي

Tuberculosis Fungosa Serpiginosa :

التعريف : إن سل الجلد المزمن هذا نادر جداً ، وينجم عن

Postmortem Verruca Necrogenica ، الدرنه بعد الوفاة Tuberele ، الدرنه المسخله Dissection Tubercle .

التعريف : يحدث غالباً بسبب خمج إضافي خارجي المنشأ عند أشخاص أصيبوا سابقاً بالمعقد السلي البدني ولديهم بعض المناعة . لذا يكون اختبار السلين إيجابياً عادة . يطلق على هذا الشكل من سل الجلد اسم التلقيح السلي بعد البدني . يدخل العامل الممرض إلى الجلد من خلال جرح غالباً ما يكون صغيراً أو تشقق . ويصاب به عادة المزارعون ، واللحامون والأطباء البيطريون والعاملون في المسالخ Slaughterhouses . كما يصاب الأشخاص الذين يكونون على تماس بالمواد السلية في المشافي ومخابر التشريح المرضي (الأطباء ، طلاب الطب ، مشرحي الجثث) . فهو مرض مهني في هذه الحالات .

الموجودات السريرية : يتشكل هذا الشكل النادر من سل الجلد عادة على ظهر أو جانب اليدين والأصابع . ويصيب القدمين أيضاً . قد يشاهد عدة آفات . وهو على الأغلب وحيد الجانب . يتشكل في مكان التلقيح حطاطة أو حطاطة بثرة صغيرة وغير مؤلمة . خشنة ، ذات لون أحمر غامق ، تنسع نحو المحيط وتكون محاطة بمنطقة النهاية . يستر الآفة غالباً في مرحلة باكراً تفران ثؤلولي الشكل . وعندما يصل مركز الآفة المنخفض إلى حجم معين يحدث تراجع مع تشكل ضمور معتدل في الجلد . يؤدي التنشؤ المحيطي للآفة الشبيهة بالثؤلول إلى شكل الخاتم وأحياناً إلى أشكال ساعية . لا يشاهد عقيدات شبيهة بجمد التفاح لدى المعالجة بالشفوفية . ولا تنكس الآفة في المنطقة الضمورية بعكس الذأب الشائع . يكون الداء لا عرضياً عادة .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد عادة آفات درنية الشكل دون تجبن نموذجي في الأدمة العليا . يتشكل خراج كاذب وتلين أدمي بؤري في منطقة الموصل الأدمي البشري ، مع تكاثر ظهارومي بشروي كاذب وفرط قرن شديد وخطل قرن . ومن النادر رؤية عصية السل .

السير : يختلف سير الداء حسب الأنواع . يمكن أن تعزى درنة السلاخين Slaughterer إلى المتفطرة البقرية وهي غالباً ما تشاهد عند العاملين في المسالخ ، والمزارعين والأطباء البيطريين . يكون هذا الشكل مزمناً ، ثؤلولياً ومحدداً موضعياً ، ولا تصاب العقد اللمفية الناحية عادة .

تسبب المتفطرة السلية الدرنه بعد الوفاة (الثؤلول نخري المنشأ) . وقد يصاب الأطباء والعاملون في المشافي وطلاب الطب عند تشريحهم الجثث وغالباً ما يكون سير الداء سريعاً . يتشكل بعد عدة أيام فقط من دخول المتفطرة في نقطة التلقيح

حمامي تتحول إلى بثرة ، ومن ثم تتطور إلى سل الجلد الثؤلولي . تكون الآفات متبجعة وملتهبة وغالباً ما تترافق بالتهاب أوعية لمفية سلي ونادراً بالتهاب العقد اللمفية الناحية المتجبن .

الإنذار : يكون عادة حسناً ومع ذلك لا يمكن نفي حدوث تبدلات شديدة وبخاصة الخمج المتقل من الجثث .

التشخيص التفريقي : يجب ألا يلتبس مع الثآليل بسبب الارتشاح الالتهابي الأحمر المزرق الذي يحيط بالبوثة الثؤلولية وبسبب الضمور المركزي . يتصف الذأب الشائع الثؤلولي بعقيدات الذأب بلون جمد التفاح التي يصعب رؤيتها بالمعينة بالشفوفية والتي لا تشاهد في الجلد الثؤلولي . ومن الصعب تفريق سل الجلد الثؤلولي عن الجلاد البرومي وتقيح الجلد التنبتي المزمن ، والشوكوم القرني ، والسرطانة مغزلية الخلايا والفطار البرعمي . يمكن تأكيد الإصابة في الأشكال الثؤلولية بالمتفطرات اللانوعية برؤية العامل الممرض المزروع في الجلد . (راجع الشكلين ٤ - ٤٩ و ٤ - ٥٠) .

المعالجة : تكون المعالجة الكيميائية بالإيزونيازيد (INH) بنفس المقادير المستعملة في معالجة الذأب الشائع وهي ناجعة عادة . قد تلجأ للمعالجة الكيميائية المتعددة في بعض الحالات . يؤدي تطبيق الستيروئيدات موضعياً إلى تخفيف الالتهاب . يمكن تطبيق المعالجة الداعمة بالأشعة السينية اللينة وبمقادير صغيرة (GyO) لمدة عدة أيام والجرعة كاملة تبلغ ١٥ - ٢٠ Gy) . يمكن استئصال البؤر الصغيرة والبدء مباشرة بالمعالجة الوقائية الموقفة للسل (٦ - ٨ ملغ من الإيزونيازيد لكل كيلو غرام من وزن الجسم يومياً) ولمدة ستة أشهر . إن هذا المرض مهني ويجب التبليغ عنه .

Willan and] Lupus Vulgaris الذأب الشائع [Bateman :

المترادفات : سل الجلد الذأبي Tuberculosis Cutis
Luposa .

ملاحظات عامة : هو أكثر أشكال سل الجلد شيوعاً . وهو هام جداً من الوجهة الطبية الاجتماعية . كانت نسبة حدوثه ما بين عام ١٩٥٠ وعام ١٩٦٠ في ألمانيا الاتحادية ٤ - ٥ حالات من بين كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان . وقد أصبح هذا المرض نادراً في الوقت الحاضر في البلاد الغربية . يقدر حدوث ٥٠,٠٠٠ إصابة جديدة كل سنة في جميع أنحاء العالم . يشكو المرضى المصابون بالذأب الشائع سل رئوي غالباً . قد يظهر الداء في جميع الأعمار ، ويكثر حدوثه عند النساء أكثر من الرجال بنسبة ٢ إلى واحد . ويكون الداء مزمناً ويستمر لعدة سنوات وعقود . وغالباً ما يصيب الوجه مؤدياً إلى تشوهات

كبيرة بسبب الآفات الجلدية المخربة تهتم السلطات الصحية بشكل خاص بالمصابين بالذئب الشائع وهو داء يجب الإبلاغ عنه .

الإمراض : هو أحد الأشكال الجلدية لسلسل الجلد التالي للسلسل البدئي ، لذا يكون اختيار السلسل إيجابياً . قد يظهر الداء مكان الإصابة البدئية ، يتشكل الذئب الشائع في نصف الحالات أثناء سير داء السلسل في الأعضاء الداخلية . قد يصل العامل الممرض إلى الجلد عن طريق التسليح الخارجي أو عن طريق الدم أو اللمف من سلسل الأعضاء الداخلية . قد يُجمع الجلد أيضاً بانتقاب الخراجات في تدرن الجلد Scrofuladerma أو سلسل الأنسجة الرخوة . يكون هناك أولاً سلسل النسيج الخلوي تحت الجلد مثل تدرن الجلد ثم ينتقل إلى الأدمة . قد يشفى تدرن الجلد بينما ينتشر الذئب الشائع . ثمة عامل مهم جداً وهو عامل التربة الذي يلعب دوراً أساسياً في تشكل الذئب الشائع . وأهم المناطق المعرضة للإصابة هي المناطق القاصية حيث يتناقص الدوران في الجلد كما في الأنف والوجنتين ، وحافة الأذن ، والأوجه الانبساطية من الأطراف ، والقسم الخارجي من الألبتين والتدين . ومن النادر أن تصاب الأغشية المخاطية . والعامل الممرض هو المتفطرة السلية . يؤدي تشكل الحبيبومات الدرنية إلى تخرب الجلد والغضاريف تحته في المنطقة المصابة ، وبالتالي حدوث جدوع مشوهة ، وتشكل ندبات تالية . ومن الملاحظ حدوث سرطانة وسفية الخلايا على الندبات العميقة للذئب الشائع (سرطانة ذائبة) .

الموجودات السريرية : يصيب الذئب الشائع عادة النهايات مثل الأطراف الباردة سيئة الدوران . تظهر الآفات بشكل عام مفردة ولكن قد تحدث في منطقتين أو أكثر . إذا انتقل الخمج بالطريق الدموي ، وهناك حالة عطالة عابرة بعد الإصابة بالحصبه الألمانية مثلاً ، قد تظهر بؤرة منتشرة وهذا ما يعرف بالذئب الشائع التالي للطفح Lupus Vulgaris Postexanthematicus .

تشكل العقيدة الذائبة الجلدية الآفة البدئية : وهي آفة حمراء بنية ومن الأفضل أن يطلق عليها اسم الحطاطة الذائبة ، لأن حجمها لا يتجاوز حجم حبة العدس إذا ضغطت ببلورة (المعاينة بالشفوفية) تظهر عقيدة صغيرة في الأدمة بحجم رأس الدبوس ، وبلون جمد التفاح ، مسجاة Embedded في الجلد مثل حبات الساعو (نشا النخيل) ، لأنها منفصلة عن النسيج المجاورة بحرف شفاف حدوده غير واضحة . إن لون العقيدة المميز ناجم عن المحتوى الشحمي في الخلايا الظهارانية . ولا يعطي إظهار العقيدات الذائبة بالمعاينة بالشفوفية إثباتاً قاطعاً لتشخيص الذئب الشائع ، ولكنها تدل أولاً على الرشاحة الذائبة التي يمكن أن تشاهد في عدد من الأمراض الجلدية ،

مثل غرناوية الجلد ، ووردية الوجه الحبيبية ، والذئب الحمامي الحبيبي ، واللمفوم الكاذب أو وحة الخلايا المغزلية (وحة سبيتز Spitz) .

يتم وضع هوية الرشاحة الذائبة على أنها عقيدة ذائبة (بظاهرة المسبار) ؛ ويكون ذلك بالضغط المتوسط الشدة على الجلد بواسطة مسبار يُدخل إلى الرشاحة الذائبة غير الجلد المترقق فيخرج منه قطرة دم . وتعود هذه الظاهرة إلى أن النسيج الضام في الأدمة المتوسطة يكون متخرباً بالحبيوم السلي النخري . أما الأمراض الأخرى المذكورة سابقاً فإنها تبدي فقط الرشاحة الذائبة ولكنها لا تبدي ظاهرة المسبار . لذا تعتبر هذه الظاهرة علامة أساسية تدل على عقيدة ذائبة ذات مركز متخرب . (راجع الشكل ٤ - ٥١) .

البقعة الذائبة Lupus Spot : هي أصغر أشكال الذئب الشائع . وقد تشبه الورم الدموي الصغير . تبدي المعاينة بالشفوفية بعض العقيدات الذائبة مجتمعة مع بعضها . يتراوح حجمها بين ٢ - ١٠ مم وتنتشر بالحيط . تتحول البقعة الذائبة خلال عدة سنوات إلى الأشكال الأخرى من الذئب الشائع .

الذئب الشائع المسطح Lupus Vulgaris Planus : إذا انتشر الذئب الشائع في المحيط فهذا هو الذئب الشائع المسطح . يمكن أن يحدث شفاء عفوي في هذه البؤر تاركاً ندبات ضمورية . يتصف التطور التالي بزيادة كمية الحبيبومات السلية النوعية وبالتبدلات الثانوية مثل التوسف ، والتقرن ، والتخرب مع التخرب التقرحي للجلد والغضاريف وتشكل الندبات .

الذئب الشائع التقشري Lupus Vulgaris Exfoliatus : يتصف هذا الشكل بالتقشر الصدافي الشكل . ويفرق عن الصدف بإظهار العقيدات الذائبة وباختبار المسبار الإيجابي . يكون احمرار الجلد الغرناوي متعطل المناعة Anergic .

الذئب الشائع الثؤلولي Lupus Vulgaris Verrucosus : يتصف هذا النوع من الذئب بتفاعل البشرة ثؤلولي الشكل .

الذئب الشائع المتورم الضخامي : ويتصف بزيادة ملحوظة في الرشاحة السلية الجلدية مع ارتفاع الآفات العقيدية .

الذئب الشائع التقرحي Lupus Vulgaris Ulcerosus : ويحدث نتيجة زيادة النخر في الحبيبومات السلية مع ترقق الجلد والغضروف . يؤدي هذا الشكل إلى جدوع شديدة جداً عند المريض . قد تتطور التآكلات والتقرحات إلى تنشؤات حليمومية (الذئب التنبي أو الذئب الحليمومي) .

الذئب الشائع في الأغشية المخاطية Lupus Vulgaris of the Mucous Membranes : أكثر المناطق شيوعاً هو الغشاء المخاطي للأنف وفي كثير من الأحيان الدهليز بين الحجاب

الأنفي وجناح الأنف وكذلك الحاجز الغضروفي والجزء الأمامي من القرنين الأنفي السفلي . ويحدث الذأب الشائع أيضاً في جوف الفم . قد ينتشر الداء من الجلد إلى الأغشية المخاطية وبالعكس . تكون العقيدات أكثر بروزاً ويضاء رمادية أو شفافة مثل بيض الضفدع Frogspawn . وقد يكون هناك عقيدات صغيرة وبارزة يمكن أن تتقرح وتغطي بالمصل والقيح وتكون قاعدتها حبيبية . تكون التقرحات لينة وسهلة النزف . قد تتشكل قشور في الأنف وينسد التنفس وقد يحدث نزف ونجيج مخاطي من الأنف . يدل حدوث الذأب الشائع على الجلد الذي يترافق مع إصابة الأغشية المخاطية على التشخيص الصحيح .

يمكن للذأب الشائع أن يظهر حول الناسور السلي من الأنف إلى زاوية العين الناجم عن التهاب كيس الدمع السلي .

السير : هو مرض مزمن غير معدٍ . يتطور بشكل عام خلال سنوات إلى عقود . وغالباً ما تشفى آفات الذأب تاركة ندبة أو ضموراً . إن نكس الذأب في الندبات وصفي للداء . بعكس الإفرنجي الثالثي (الإفرنجيات المعجزة والساعية) حيث لا يحدث النكس في الندبات أبداً .

قد يؤدي الذأب الشائع إلى تشوهات شديدة تحد من حركة الأطراف . وقد يحدث تخرب في الجلد والغضروف في ذروة الأنف والأذنين . يبدو الأنف متآكلاً Wornaway إذ تلتف الأنسجة الرخوة فقط ، ولا يتأثر العظم كما يحدث في الإفرنجي الثالثي . يمكن أن يتشوه الفم بالندبات الضمورية أو المتصلبة . قد يحدث شتر خارجي في الجفن أو التصاق الأجزاء الغضروفية في الأذن على جلد الرأس . وتحدد الندبات في العنق حركات الرأس الحرة ، ويؤدي الانكماش الندبي الحلقي في الأطراف إلى حدوث قفل محيطي . تؤدي هذه الحالات الشديدة والنادرة إلى جدوع سيئة في اليدين والقدمين والوجه (الذأب الشائع الجادع Lupus Vulgaris Mutilans) . (راجع الشكل ٤ - ٥٢) .

المضاعفات (الاختلاطات) : يجب الحذر من حدوث الجدوع والسرطانة وسفية الخلايا التي تنشأ على الندبات الذأبية (السرطانة الذأبية) . تكون قابلية حدوث السرطانة في الندبة الضمورية الرخوة أقل منها في الندبات التصليبية الكثيفة . قد يحدث في الندبات الصغيرة المحصورة القاسية التصليبية آفات تقرنية تشبه التقران الشعاعي أو السافع . يجب استئصالها عند إيجادها . وإذا حدث ارتشاح ضمن هذه التقرانات تكون قد تحولت إلى سرطانة وسفية الخلايا (السرطانة الذأبية) ذات الإنذار السيء بسبب سرعة نموها وميلها للانتقال . وفي الماضي كان يخشى من هذه السرطانة كثيراً . (راجع الشكلين ٤ - ٥٣ و ٤ - ٥٤) .

التشريح المرضي النسيجي : يتصف الذأب الشائع بالحييومات السلية المتوضعة في الأدمة مع حدوث نجمين مركزي . يندر رؤية العصيات السلية . تكون البشرة ضامرة عادة ، ولكن قد تكون ذات شواك ومفرطة التقرن . لا تماثل العقدة الذأبية التي ترى بالمعانة بالشفوفية الدرة التي تشاهد بالمجهر فقط ، إذ أنها تتألف من مجموعة من الدرنات .

تشاهد **الحييومات الدرية الشكل** في عدد من الجلادات مثل الغرناوية الحبيبية ، ووردية الوجه الحبيبية ، والذأب الحمامي الحبيبي ، والتهاب ما حول الفم الحبيبي ، والجلد نظير الدرني أو الإفرنجي الثالثي . لهذا السبب فإن الفحص النسيجي لا يكفي وحده لوضع التشخيص .

التشخيص : يساعد في التشخيص :

- قصة المرضية المزمنة . لا يشخص الذأب الشائع غالباً قبل مرور خمس سنوات على الإصابة .
- حدوث عقيدات ذأبية تبدو بالمعانة بالشفوفية بلون جمد التفاح .
- اختبار المسبار إيجابياً .
- الفحص النسيجي .

يؤكد التشخيص السريري وجود العامل الممرض بالزرع أو بعد حقن الحيوان المخبري . (راجع الشكل ٤ - ٥٥) .

التشخيص التفريقي : يكون التشخيص التفريقي صعباً وبخاصة في الحالات المتقدمة بسبب الأعراض المختلفة في الذأب الشائع . (راجع الشكل ٤ - ٥٦) .

قد تشبه الطفححات الجلدية الإفرنجية الثالثة الذأب الشائع بسبب شفافها المركزي مع حدوث ضمور وانتشار محيطي ، ومع ذلك فهي لا تؤدي إلى النكس في الندبات الضمورية الشافية . كما أن تطورها وتشكلها أسرع (أسابيع إلى أشهر) مما هو عليه في الذأب الشائع (سنيناً إلى عقود) . وهي ترتكس بسرعة (خلال أيام) بالمعالجة بمحلول البوتاسيوم اليودي ، كما أن الاختبارات المصلية أساسية للتشخيص التفريقي .

قد تبدي الغرناوية الجلدية صورة سريرية تشبه الذأب الشائع . ولكن عدم ميل الآفات للتقرح وسلبية اختبار المسبار تدل على التشخيص . كما يفيد وجود التبدلات في الرئة والعظام ، وتفاعل كفافم الإيجابي (لم يعد يستعمل حالياً) ، والعطالة النسبية النوعية للسليين . ولتفريق الذأب الشائع التؤلوي عن سل الجلد التؤلوي يجب رؤية العقيدات الذأبية بالمعانة الشفوفية .

الإنذار : فقد الذأب الشائع الشيء الكثير من إنذاره السيء حتى في الحالات المتقدمة . حيث يمكن شفاؤه الآن بالمعالجة خلال

أشهر . ولا يوجد عادة سل جهازى مرافق . قد تشاهد بؤرة قديمة متكلسة في الرئة ولكن من النادر مشاهدة سل رئوي مترقي وفعال . ورغم أنه لا يوجد علاقة بين الذأب الشائع وسل الرئتين فإن المراضة Morbidity في الذأب الشائع المترافق بسل الرئتين أكثر بأربع مرات مما هي عليه عند عامة الناس . وإن الذأب الشائع هو ظاهرة موضعية وليس له عادة تأثير على الحالة العامة للمريض .

المعالجة : طرأت تبدلات كثيرة على معالجة الذأب الشائع خلال العقود الثلاثة الأخيرة .

لمحة تاريخية : كان كي البؤرة بالبيروغالول Pyrogallol أولى طرق معالجة الذأب الشائع . تلاشى الرشاحة الذأبية النخرية بسهولة بينما تقاوم النسيج الطبيعية المحيطية . وبهذه الطريقة كانت تتلف النسيج المؤوفة فقط . ولكن قد يبقى قسم من النسيج الذأبية فيحدث النكس ، كانت تستعمل الأشعة السينية في معالجة الذأب رغم أنها من موانع الاستعمال بسبب أذية الأوعية وضعف التئدب . كما تسبب للدنا DNA تلفاً ينجم عنه إمكانية حدوث سرطان ذأبية على البؤرة الذأبية المشعة سابقاً .

وقد ثبت فعالية المعالجة بالأشعة من غط - Finsen Lomholt بالمصباح الكوارتزي لكورماير Kormayer . ويعتمد فعلها الأساسي على التبيغ المديد المحدث في منطقة الإشعاع مما يؤدي لتراجع الآفة .

إن الاستئصال الجذري لبؤر الذأب بعروة إنفاذ الحرارة يؤدي بالتأكيد إلى نتائج سريعة ولكنه يترك ندبات مشوهة للوجه أو الرقبة أو اليدين ؛ لذلك تم التخلي عن هذه الطريقة . وإن الاستئصال الجراحي لآفة ذأبية صغيرة على أن يمر الاستئصال من نسيج سليم هي طريقة ممكنة ومعقولة .

أوصى Gerson و Sauerbruch و Herrmansdorfer في الثلاثينات من هذا القرن بالمعالجة المحافظة للذأب الشائع بإتياع حمية خالية من الملح إذ كان يعتقد أن ذلك يؤثر على الأوعية الدموية المحيطية وبخاصة الأوعية الشعرية التي تغذي العقيدات الذأبية .

أدخل شاربي Charpy عام ١٩٤٥ المعالجة بمقادير عالية من فيتامين D₃ ، وقد نجم عن ذلك تراجعاً تاماً للذأب الشائع خلال ٣ - ٥ أشهر وفي ٣٠٪ من الحالات ، غير أن هذه المعالجة يجب أن تستمر لبضعة أشهر لتجنب حدوث النكس . وقد لوحظ ظهور تأثيرات جانبية سمية شديدة . كما أعطى الديهيدرو ستربتومايسين نتائج جيدة ولكن حدوث صمم الأذن الوسطى وضع حداً لاستعماله . وأول النتائج الجيدة للمعالجة تم تحقيقها باستعمال موقوفات السل Tuberculostatics الحاوية على الثيوسيميكاربازون

Thiosemicarbazone ثم استبدلت بأدوية تحتوي على حمض الإيزونيكوتين هيدرازيد (الإيزونيازيد ، INH) .

الطرق الحديثة Current Methods : يعالج الذأب الشائع على غرار بقية أشكال السل ، بالمعالجة الكيماوية المضادة للسل .

المعالجة الكيماوية الأحادية Monochemotherapy : تعطى المعالجة الوحيدة بالإيزونيازيد INH عادة خلافاً لمعالجة سل الأعضاء الداخلية حيث يعطى مع البيريدوكسين لتجنب التأثيرات الجانبية العصبية . تكون المعالجة مديدة وقد تستمر سنة أو أكثر ، يكون تراجع الذأب الشائع أثناءها بطيء جداً .

يجب متابعة العلاج مدة ستة أشهر بعد الشفاء السريري لتجنب النكس . والمقدار الدوائى للإيزونيازيد INH هو ٥ - ١٠ ملغ/كغ من وزن الجسم للكهل ، ويؤخذ قبل الإفطار . يمكن أن يعطى الدواء للمرضى الخارجيين بعد اختبار درجة تحملهم . تكون نسبة الشفاء ٩٥٪ . أما إذا لم يستجب الذأب الشائع للمعالجة يكون السبب عدم تعاون المريض ، أو الداء السكري ، أو مقاومة الجراثيم للدواء أو احتمال تشخيص آخر للداء .

التأثيرات الجانبية للمعالجة بالإيزونيازيد INH : تكون التأثيرات الجانبية للمعالجة قليلة . وتتألف من اضطرابات هضمية (ألم في البطن ، و/أو إمساك) ، انسداد كبد ، دوار يزول بعد إيقاف المعالجة لمدة قصيرة أما التأثيرات الجانبية الأكثر أهمية فهي خدر النهايات ، التهاب العصب البصري أو تظاهرات ذهانية . وفي هذه الحالات ينصح باستعمال البيريدوكسين (٢٥ - ٥٠ ملغ/يومياً) . يجب الإقلاع عن تناول الكحول ويجب إجراء فحوص دموية وعصبية شهرياً . إن استبدال المعالجة بالإيزونيازيد INH بالأدوية الأخرى المضادة للسل مثل الريفامبيسين (١٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً) ، والإيتامبوتول Ethambutal أو البروثيوناميد Prothionamide ضرورية في حالات خاصة فقط .

الجدول ٤ - ٨ : معالجة السل (CDC 1983)

المعالجة المعيارية : تسعة أشهر	
الإيزونيازيد :	٥ - ١٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً على ألا يتجاوز ٣٠٠ ملغ
الريفامبيسين :	١٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً على ألا يتجاوز المقدار الدوائى ٦٠٠ ملغ
تشمل معظم الطرق العلاجية :	
الإيتامبوتول :	١٥ - ٢٥ ملغ/كغ يومياً عن طريق الفم
الستربتومايسين :	١٥ - ٢٠ ملغ يومياً حقناً عضلياً
(مدة المعالجة ٢ - ٧ أسابيع)	

المعالجة الكيماوية المتعددة *Polychemotherapy* : تستطب هذه المعالجة في حال مقاومة الجراثيم للمعالجة الأحادية . قد يحدث هذا بعد المعالجة المديدة . يعطى في هذه الحالة : الإيزونيازيد INH (٥ - ١٠ ملغ/كغ يومياً) ، الريفامبيسين (١٠ ملغ/كغ يومياً) والإيتامبوتول (١٥ - ٢٥ ملغ/كغ يومياً) ولمدة تسعة أشهر . يجب خلالها مراقبة التأثيرات الجانبية . يجب تجنب المعالجة المديدة بالستربتومايسين أو البروثيوناميد بسبب التأثيرات الجانبية الشديدة . تتضمن طريقة المعالجة المشتركة الآن الريفامبيسين لمدة ثلاثة أشهر والأدوية الأخرى لمدة سنة .

متفرقات *Miscellaneous* : يمكن استئصال البؤر الذاتية الصغيرة جراحياً بشكل كامل يتبعها معالجة وقائية لمدة ستة أشهر بالأدوية الموقفة لئلا العصبية السلية . ولا يمكن معالجة آفات الذئب الشائع الكبيرة جراحياً بل تعالج بالأدوية الموقفة لئلا العصبية السلية . تطبق الطرق المؤدية للتبيخ كمعالجة داعمة مثل المعالجة الضوئية (UVB) أو المعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA) التي يمكن أن تطبق موضعياً ، أو معالجات موضعية إضافية مثل المستحضرات الستيرويدية الحاوية على الصادات . ومن الضروري إجراء الجراحة الرأية بعد شفاء المرض إذا أدى إلى جدوع واسعة ومشوهة .

تدرن الجلد (الخنزرة) *Scrofuloderma* :

المترادفات : سل الجلد المميع *Tuberculosis Cutis* ، الصمغة السلية *Colliquativa* .

التعريف : هو شكل تحت حاد من سل الجلد يتشكل عند المرضى الذين مروا في المعقد البدئي (سل الجلد التالي للبدئي) . يكون تفاعل السلين إيجابياً ، تؤدي الآفة الشبيهة بالعقدة والمتوضعة تحت الجلد إلى التجبن يتلوها انثقاب الجلد الساتر ثم تقرح وتنسور وتندب مشوه بعد الشفاء .

الحدوث *Occurrence* : كان تدرن الجلد شائعاً بين الشباب وخاصة بعد الخمج بالمتفطرة البقرية المرافق للمعقد البدئي مثل سل العقد الرقية . يشاهد الآن أيضاً عند الشيوخ نتيجة نقص المقاومة لديهم .

الإمراض *Pathogenesis* : قد يكون منشؤه خارجياً . أو قد يحدث بسبب دخول عصية السل إلى ما تحت الجلد مثلاً بواسطة الوخز بإبرة ملوثة بالعصيات أثناء البزل القطني في حال التهاب السحايا السلي . وقد يحدث الأمراض من جراء تماس الجلد المستمر مع أعضاء داخلية متوضعة قريبة منه ومصابة بالسل مثل العقد اللمفية ، والعظام ، والمفاصل ، والعضلات أو الرئخ . يمكن أن يحدث انتشار المتفطرة السلية عن طريق الدم وبخاصة عند الشيوخ الذين يشكون من نقص مقاومة أو نقص

مناعة ولديهم إصابة سلية في الأعضاء الداخلية . تحدث عدة آفات في الجلد تتوافق مع آفات مواكبة في النسيج الخلوي تحت الجلد .

الموجودات السريرية : يحدث تدرن الجلد عادة في المنطقة تحت الفك وفوق الترقوة أمام العضلة القصية الترقوية الخشائية وفي جانب العنق حيث كانت إصابة العقد اللمفية بالسل البدئي . قد تظهر عدة بؤر وبخاصة على الأليتين إذا كان الانتقال عن طريق الدم . (راجع الشكل ٤ - ٥٧) .

تتصف الصورة السريرية بعقدة النهائية تحت الجلد ، يتبعها تجبن مركزي فتصبح رخوة ثم تنقب مع تشكل نواسير أو تقرحات ثم تشفى تاركة ندبة منكشمة ومتفضنة . تبقى النواسير والتقرحات مدة طويلة . تُفرغ النواسير نجيحاً مائياً ، قحياً أو متجبناً يمكن أن يكشف فيها المتفطرات السلية .

تدرن الجلد عند الأطفال *Scrofuloderma in Children* : وتنشأ عادة من سل العقد اللمفية في العنق الذي يتشكل أثناء المعقد السلي البدئي (الخمج البدئي في اللوزتين) وجدت المتفطرات البقرية في ٨٠٪ من الحالات بسبب تناول الحليب الملوث . قد ينتقل الخمج من الرثين . يبدأ سل العقد اللمفية الرقية عند الأطفال بانتاج محدد قاسر في منطقة تحت الفك أو أمام العضلة القصية الترقوية الخشائية . يزداد حجم العقد لمدة أسابيع أو أشهر ويصبح الجلد فوقها أحمر شاحباً . وأخيراً تصبح العقد أوراماً ويتمدد الجلد فوقها . وتصبح طرية ومتموجة . خلال ذلك يلتصق الخراج البارد بالجلد وينقب فتظهر النواسير والتقرحات . إن استمرار اشتداد الآفة وتراجعها مع تشكل عقد حديثة وخراجات يعتبر من العلامات الوصفية . أخيراً تتشكل ندبة مشوهة غير منتظمة مع انخمصات قمعية الشكل . قد يتشكل لاحقاً ، نتيجة دخول الجراثيم من المفرزات القيحية إلى الجلد ، ذأب شائع في منطقة الندبة كنتيجة لتبدل مستوى الإصابة .

تدرن الجلد عند الكهول والشيوخ *Scrofuloderma in Adults* : ينشأ تدرن الجلد من الجراثيم المحمولة عن طريق الدم . وقد يظهر في أي منطقة من العنق ، والصدر أو البطن ، وفي منطقة المغبن ، في الأليتين أو في اللسان ، وتظهر غالباً عدة بؤر . يبدأ التدرن في النسيج الخلوي تحت الجلد بعقدة ملتية قاسية . تكبر بسرعة ، يدل عليها لون الجلد الشاحب فوقها . ويتبع ذلك تموج الخراج ، وانتفاخه وأخيراً تشكل النواسير . يزداد حجم المنطقة المصابة بظهور عقد جديدة ونواسير . يؤدي شفاء الخراجات إلى تشكل ندبات مشوهة غير منتظمة مع انخمصات قمعية الشكل والتي غالباً ما تغطي مساحات واسعة .

الأعراض : هي أعراض التهابية لا نوعية (ارتفاع سرعة التثفل ، كثرة الكريات البيض) .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد في المركز المتجين أو الخراج رشاحة التهابية نخرية لا نوعية ولكن يشاهد حبيبات سلية الشكل ودرنات متجينة في المحيط . وقد نجد المتفطرة السلية أحياناً في المقاطع النسجية .

شكل خاص :

سل النسيج الحلوي تحت الجلد والنواسير : هو شكل نادر جداً من تدرن الجلد البؤري . تظهر رشاحة كتيلة **Lumpy** منتشرة مع ميل للتجن وتتشكل نواسير مع مفرزات قيحية ، في المنطقة الشرجية التامسالية بشكل رئيسي . يدي التشريح المرضي النسجي رشاحة التهابية مع تشكلات درنية الشكل . يجب إثبات التشخيص برؤية المتفطرات السلية بالزرع أو بحقن حيوان التجربة ، لأن نفس الصورة السريرية قد يحدثها العد المكعب (العد المقلوب **Acne Inversa**) ، والحمج الجرثومي (تقيح النسيج الحلوي تحت الجلد والنواسير) ، والحبيوم اللمفي الزهري أو داء الشعريات المبوغة .

التشخيص التفريقي : من المهم نفي الأدوية الأخرى التي تشكل عقد تحت الجلد مع تموج وانتقاب وتشكيل نواسير أو تقرحات وهي الإفرنجي الثالثي (الصمغة) ، والحبيوم اللمفي الزهري ، وداء الشعريات المبوغة ، والأخماج الفطرية العميقة الأخرى وداء الشعيات **Actinomyces** ، تساعد الفحوص المصلية والجرثومية والنسجية في وضع التشخيص .

التشخيص : يعتمد على الصورة السريرية ، التحري عن المتفطرات (مجهرياً بالزرع ، وتلقيح حيوان التجربة بالمفرزات القيقحية أو العينات النسجية) .

الإنذار : يكون الإنذار العام والاستجابة للمعالجة الكيماوية جيدين . أما إذا تركت الآفة دون علاج أو عولجت معالجة غير كافية فسوف تؤدي إلى ندبات مشوهة جداً تلاحظ بشكل خاص على جانبي الرقبة .

المعالجة : يمكن معالجة سل العقد اللمفية عند الأطفال بالاستئصال الجراحي الباكر وقبل التجن إذا أمكن ذلك . وبذلك تقصر مدة المرض ويتم تجنب الندبات المشوهة . يجب البدء مباشرة بالمعالجة الكيماوية المتعددة ولمدة تسعة أشهر على الأقل : إيزونيازيد **INH** (٥ - ٧ ملغ/كغ/اليوم) وريفامبيسين (١٠ ملغ/كغ/اليوم) ، أو إيزونيازيد وريفامبيسين وإيتامبوتول (٢٠ ملغ/كغ/يوم) للكحول ومقدار أقل للأطفال . في حال الشك بأن المريض لم يأخذ الدواء بشكل منتظم يجب التفكير بالمعالجة المتقطعة مرتين أسبوعياً تحت إشراف الطبيب . يأخذ الكهل ٨٠٠ ملغ **INH**

و ٧٠٠ ملغ ريفامبيسين أو ٣ غ إيتامبوتول . قد يضاف تدابير عامة داعمة ، ويجب التحري عن سل الأعضاء الأخرى .

الطفحة السلية Tuberculids :

يستند مفهوم التفاعلات الطفحية (**Id - Reactions**) على الطفحات السلية ، ويُنظر الآن إلى التفاعلات الطفحية على أنها تفاعلات أرجية متأخرة في الجلد ضد المستضدات الجرثومية . وهي تعبير عن تفاعل ضد - مستضد عند المرضى الأرجين أو المفرط الأرج أثناء الحمج بالجراثيم أو الفطور أو الحمات الراشحة . تعرف حسب سببها بالطفحات الجرثومية أو الطفحات الفطرية أو الطفحات الحموية . تظهر بشكل عام بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء المرض كطفحات بقعية حطاطية ، أو عقيدات ، أو حمامى عديدة الأشكال . وليس من الممكن تحديد منشأ الطفحات الجرثومية أو سببها من الصورة السريرية .

ابتكر داريه **Darier** عام ١٨٩٦ فكرة الطفحات السلية فعرّفها على أنها طفحات متشرة ومتناظرة بفعل المستضدات السلية (انتشار المتفطرات عن طريق الدم ، أو مكونات جراثيم الدرنات ، أو مواد أخرى جرثومية تعمل كمستضدات) عند مريض أرجي أو مفرط الأرج . لا تشاهد الجراثيم المرضية في الآفات الجلدية في الطفحات السلية . وبالتشريح المرضي النسجي يشاهد تشكّل عقيدات درنية الشكل . كانت الطفحات السلية نادرة دائماً . وبما أن نسبة حدوث السل انخفضت ، أصبحت الإصابة بالطفحات السلية أكثر ندرة ، حتى أن بعض الباحثين شكك بوجودها . ولكن بما أن الطفحات السلية تحدث بعد حقن السلين أو بعد التلقيح بلقاح **BCG** ، أو أثناء المعالجة الكيماوية للسل فلا يمكن نفي وجودها . لقد حدث الالتباس سابقاً لأن عدداً من الأمراض الجلدية قد شُخص بالفحص النسجي على أنه طفحات سلية ، بينما في الحقيقة لم يكن سببها السل .

الحزاز التدرني Lichen Scrofulosorum [Hebra 1860] :

المرادفات : سل الجلد الحزازاني .

التعريف : الحزاز التدرني نادر جداً في الوقت الحاضر . يصاب به الأطفال واليافعان الذين لديهم معقد سلي بدئي أو الملقحون بلقاح **BCG** أو المصابون بسل مجموعي ثانوي .

الموجودات السريرية : المكان الانتقائي للإصابة هي المناطق الجانبية من الجذع . يكون الطفح غير ملحوظ ويتألف من حطاطات دقيقة مجمعة ومتناظرة تتحد مع بعضها لتشكّل

الطفحاحات السلية الحطاطية النخرية Papulonecrotic Tuberculid :

المرادفات : سل الجلد الحطاطي النخري Tuberculosis Cutis Papulonecrotica .

التعريف : هو اندفاع مزمن ناكس متناظر ، يتألف من حطاطات نخرية تشفى مع تشكل ندبات تحدث بشكل خاص في مناطق الجسم ضعيفة التروية الدموية . وهو تفاعل أرجي من غط التهاب الأوعية نحو المواد المستضدية من عصيات الدرنات . ويشك البعض بوجود هذا الداء .

الحدوث : يحدث بشكل رئيسي عند الشباب والفتيات وهو نادر جداً . وقد نشر أخيراً في أفريقيا أكبر سلسلة من الحالات .

الإمراض : تفاعل المريض للمستضدات السلية في استجابة أرجية - مفرطة الأرج . تكون الحساسية لاختبار السلين عالية جداً (تفاعل إيجابي بعد حقن السلين داخل الجلد بتمديد ١٠ - ٨ - ١٠) .

الموجودات السريرية : تحدث بشكل خاص على الأوجه الانبساطية للساعدين والساقين مع انتقاء المرفقين ، والركبتين وظهر اليدين والقدمين ، وأيضاً في الجزء السفلي من الجذع والأيتين . تكون الآفات متناظرة ومنتشرة عادة ومجموعة أحياناً . تحدث بشكل انتقائي في الشتاء وقد تغيب في الصيف .

يشاهد أولاً حطاطات أو عقيدات بقطر ٢ - ٥ م . يتشكل في مركزها ما يشبه البثرة نتيجة تنخر الأنسجة .

تعرف الآفات القديمة بوجود جلبة مركزية نخرية . تسقط الجلبة تاركة ندبة جذرية الشكل ، قد تنسع الحطاطات لتشكيل تقرحات بركانية الشكل (الطفحاحات السلية التقرحية) . وغالباً ما تشاهد حطاطات حديثة التشكل إلى جانب الندبات الجذرية الشكل . ويختلف عدد البثور .

لا تحدث عادة أعراض عامة وجلدية (حكة ، حس حرق ، ...) ، قد يكون هناك سل العقد اللمفية أو سل أعضاء أخرى . كما توجد قصة عائلية للإصابة بالسل . وقد يحدث حمى جاسئة وذأب شائع في وقت واحد .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد في الأدمة تبدلات وعائية مع خثرات ، ويشاهد في النسيج المحيطية تنخر تالٍ للتنخر داخل الأوعية مع تبدلات محيطية درنية الشكل . وتحدث رشاحة التهابية لا نوعية . كما يوجد التهاب أوعية حبيبيومي . ولا يشاهد بنية شبكية رقيقة نموذجية للحبيبيوم درني الشكل . من الصعب جداً وحتى من غير الممكن رؤية المتفطرات السلية في المقاطع النسيجية .

لويحات بقطر ٠,٥ - ٣ سم ، وغالباً ما تكون بيضوية الشكل متجهة على طول خطوط الجلد .

يتشكل العنصر الوحيد من حطاطة مؤنفة جريبية أو حول جريبية ، وتكون متقرنة في ذروتها ، لونها أصفر بني ، أو أحمر أو تكون بلون الجلد غالباً . ونادراً ما نشاهد تشكل حويصل صغير . وفي أغلب الأحيان تكون الحطاطات المجمعة الصغيرة مضلعة تشبه الحزاز المسطح الجريبي أو الحزاز الأحمر المؤنف Lichen Ruber Acuminatus . وبما أن الطفح لا عرضي فإنه يمر غالباً دون أن ينتبه إليه .

السير : يغيب الاندفاع بعد بضعة أسابيع ولكن قد يستمر لوقت أطول وقد يحدث النكس .

التشريح المرضي النسيجي : قد يحدث في السطح حول الجريبات تشكل درني الشكل مع خلايا لانغهانس وبؤر نخرية صغيرة . تبرز أحياناً الرشاحة درنية الشكل مع رشاحة التهابية لا نوعية . وقد تحاط الأتنية العرقية بحبيبيومات درنية الشكل . التشخيص : يتألف الحزاز الخنزري من حطاطات دقيقة شوكية مجمعة بمجموعات تشبه كثيراً تلك التي تحدث في تفاعل اختبار مورو Moro . (راجع الشكل ٤ - ٥٨) .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق الحزاز التدرني عن الطفحاحات الجريبية التي تتألف من حطاطات جريبية أو ما حول الجريبية صغيرة مؤنفة ومتفرقة . وهذه الطفحاحات قد تتشكل كتفاعل طفحي للعامل الممرض في الأمراض الخمجية الأخرى . وكذلك يجب تفريقه عن الحزاز الإفنجي وهو طفحاحات إفنجية تحدث أثناء سير الإفنجي التالي وتؤلف حطاطات صغيرة جريبية أو حزازانية مجمعة . ويفرق أيضاً عن الحزاز الشعروي Lichen Trichophytic الذي يحدث فقط مرافقاً للآفات الشعروية العميقة (سعة الرأس أو سعة الجسد العميقة) . ويمكن أن نعتبره طفحة ارتكاسية جريبية .

وأخيراً قد تحدث الطفحاحات الجريبية غير المجمعة مع حطاطات شوكية بانتشار أكرمة التماس الأرجية وفي الحزاز المسطح الجريبي أو الحزاز البشعي Scorbaticus (في الأوجه الانبساطية للأطراف) .

الإنذار : جيد بسبب قصر مدة الداء . ويحدث أيضاً بعد اختبار السلين ، التلقيح بلقاح BCG أو سل الأعضاء عند مرضى مقاومتهم المناعية جيدة (فرط الأرج) ويكون الإنذار جيداً أيضاً عند هؤلاء المرضى .

المعالجة : غير ضرورية بسبب الميل للتراجع العفوي . وإذا كان ذلك ضرورياً ، تطبق المعالجة الموضعية بمستحلب التوتياء أو برهيمات ستيروئيدية ذات تركيز منخفض .

السير : يتطور المرض بشكل مزمن وناكس ، وغالباً لمدة سنوات وعقود . تراجع الحالة الصحية العامة عند المريض بحدوث النكس وظهور آفات جديدة مثل العقيدات المتقرحة والندبات جذرية الشكل على الساعدين والساقين .

التشخيص : يفحص المريض للتحري عن سل الأعضاء ، ويجب أن يكون تفاعل السلين عنده إيجابياً بشدة . يجب وضع التشخيص بعد الفحص النسجي فقط ، ويؤكد التشخيص بعد الاستجابة للمعالجة .

التشخيص التفريقي : يجب نفي التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض من النمط الحطاطي النخري . ويجب التفكير بالنخالية الحزازية والجذرية الشكل الحادة ، حيث يصاب الجذع والراحتين والأخصصين . وييدي الفحص النسجي التهاب أوعية لمفي يمكن تفرقه عن الشري الحطاطي بسبب الحكمة الشديدة المرافقة لهذا الداء . قد تُذكر آفات الوجه بآفات العد النخري . ويجب في جميع الحالات الاعتماد على الفحص النسجي واختبار السلين والاستجابة للمعالجة .

المعالجة :

الجهازية : إن المعالجة الأحادية بالإيزونيازيد (INH) ناجعة ولكن ثمة ميل شديد للنكس . ينصح بالمعالجة المتعددة ولمدة سنة . وأحياناً تؤدي مشاركة الدواء بالستيروئيدات بمقادير متوسطة إلى تحسن كبير .

الموضعية : التدفئة والتدابير المؤدية إلى تحسن التروية الدموية كالمستحضرات الحاوية على حمض النيكوتين Nicotinic Acid . وقد تستعمل الستيروئيدات الموضعية . (راجع الشكل ٤ - ٥٩) .

الحمامى الحامسة Erythema Induratum [Bazin]
[1861] :

المرادفات : سل الجلد الحامسي Tuberculosis Cutis Indurativa ، الطفحات السلية العقدية Nodose Tuberculid .

التعريف : الحمامى الحامسة مرض مزمن يتظاهر بعقيدات عميقة التهابية تؤدي إلى التقرح على الربلتين عند الشباب اللواتي يبدن تفاعلات مفرطة الأرج للعصية السلية . إن وجود هذه الطفحات السلية موضع جدل لدى عديد من المؤلفين ، ولكن للأسباب التي ستذكر لاحقاً يجب اعتبارها كظاهرة جلدية للسل .

الحدوث : في زمن كثرة إصابات السل كانت الحمامى الحامسة تشاهد بكثرة أيضاً وهي نادرة جداً اليوم .

تصاب بها النساء الشباب ومتوسطات الأعمار اللواتي

لدين اضطرابات وعائية محيطية مثل الأطراف الباردة وزراق النهايات ، والجلد المرمري . ومن النادر أن تصيب الرجال .

الأسباب والأمراض : هي شكل من التهاب الأوعية السلي مثل الطفحات السلية الحطاطية النخرية . تحدث الحمامى الحامسة على الأطراف وتعزى إلى تحريض المستضد السلي ، ربما بعد انتشار قليل من الجراثيم السلية عن طريق الدم . ومن العوامل المؤهبة التعرض للبرد أو العمل في مكان رطب وبارد ، تعود ندرة الإصابة بالحمامى الحامسة في الوقت الحاضر إلى تحسن الحالة المعيشية من حيث تدفئة المنازل وإلى نقص حدوث الخمج السلي .

الموجودات السريرية : تكون الآفات متناظرة عادة وتصيب بشكل انتقائي الربلتين . تحس في البدء عقيدات قليلة تحت الجلد بحجم حبة الحمص إلى الكرزة مكتنزة ومحددة . قد تراجع هذه العقيدات في الصيف . يزداد عادة حجم العقيدات وتلتصق بالجلد الذي يصبح أحمر شاحباً . تصبح طرية في المركز وتشكل تقرحات أو نواسير . قد تستمر القرحات غير المؤلمة والمستورة بجلية ونتحة كثيفة مدة طويلة .

تشمل الأعراض المرافقة كل من القدم الباردة ، وزراق النهايات ، والجلد المرمري ، وفرط التعرق الراحي الأخصص ، وزراق الساق الاحمراري أو داء الشرث الجريبي .

التشريح المرضي النسجي : يتطلب وضع التشخيص خزعة استئصالية . تبدي الآفة التهاب أوعية حبيبيومي يشمل في وقت آجل الوريدات تحت الجلد مع رشاحة التهابية سلية حول الأوعية . تتصف الآفة الناضجة بالنخر والتخثر الوعائي . ويشاهد بشكل ثانوي التهاب السبلة الشحمية الفصيصي الحبيبيومي واستبدال الدهن بالابتلاع الشحمي . ويحدث التليف أخيراً . (راجع الشكل ٤ - ٦٠) .

السير : يستمر الداء بشكل مزمن عدة سنوات غالباً ، مع تردّي الحالة أثناء فصل البرد . تتشكل عقيدات جديدة وتبدي العقيدات المتقرحة ميلاً خفيفاً نحو الشفاء مع تشكل ندبات مصطبغة ومنكمشة . يكون الإنذار جيداً بشكل عام بسبب استجابة الداء للمعالجة . يساعد في وضع التشخيص كل من التحري عن سل الأعضاء ، وقصة إصابة بالسل ، وصورة نسجية نموذجية ، واختبار سلين إيجابي بشدة والاستجابة للمعالجة . وقد يحدث سل رئوي ، عظمي ، كلوي وسل باطن الرحم . ذكرت تبدلات جلدية للذئب الشائع أو للطفح السلي الحطاطي النخري مع الحمامى الحامسة . ويمكن إثبات إصابة العقد للمفية خلف البريتوان بالسل وذلك بالتصوير الشعاعي أو بالتفريسة (Scan) .

التشخيص التفريقي : رغم أن عدداً من المؤلفين يشك بمنشأ

الحمامى الحاسية السلي ، غير أنه حسب خبرتنا ، نعتقد أن هذا الكيان المرضي موجود . يعتبر ظهور العقيدات المزمنة والناكسة مع ميل نحو التقرح على الربلتين عند الشباب نموذجياً . من المهم تفريقها عن الجلادات العقيدية الأخرى . تكون الحمامى العقدة مؤلمة بالضغط . تنتقي الأوجه الانبساطية للأطراف السفلية ولا تتقرح .

من الصعب تفريقها عن الورام الحبيبي الشحمي تحت الجلد (روثمان - ماکاي) ، غير أن لهذا الورام صورة نسجية مختلفة . ويجب تفريقها عن التهاب الأوعية العقيدي (Montgomery) وعن العقيدات في التهاب ما حول الشريان العقيدي . كما يجب التفكير بالصمغة في الإفرنجي الثالث لأن السبب الدينامي للمرضين متشابه . تكون الحمامى الحاسية متناظرة وتكون الصمغة غير متناظرة بشكل رئيسي . يشاهد الشرث العقيدي في فصل الشتاء ولكن يتشكل ببطء ويحدث بصورة متناظرة في الأطراف المعرضة للبرد (القسم الجانبي من القدم ، الركبة) في المناطق الرطبة والباردة .

يجب إجراء الفحص النسيجي لأن لطاخة وزرع النسيج تكون سلبية عادة .

المعالجة : المعالجة الأحادية بالإيزونيازيد INH ٥ - ٧ ملغ/كغ من الوزن/يومياً أقل فعالية من المعالجة المتعددة (INH والريفامبيسين) لمدة عشرة أشهر . من المهم تحسين الدوران المحيطي ، ولذلك ينصح بالأحذية الدافئة ، وتجنب البرد والبقاء في غرفة مدفأة . استعملت الحمامات المضادة أو الحمامات المهيجة المضادة الحاوية على امتر حمض النيكوتين (الحمامات الحمرة Rubifacient Baths) . تسند العصابات الضاغطة النسيج وتساعد الدوران وتبقى الساقين دافئتين .

الجلادات ذات العلاقة المشكوك بها مع السل Dermatoses with Questionable Relationship to Tuberculosis

تشمل هذه المجموعة أمراضاً كان يعتقد أنها طفححات سليية ، لأن البنية النسجية تبدي مظاهر الحبيبيوم درني الشكل . غير أنه لم تكشف العصية السلية في الآفات الجلدية لهذه الأمراض أبداً . يكون تفاعل السلين سلبياً أو إيجابياً خفيفاً ولم يثبت علاقتها بسل الأعضاء الداخلية . لذا يجب تفريق هذه الأمراض عن الطفححات السلية والأمراض السلية الأخرى .

**الذآب المنتثر الدخني الوجهي Lupus Miliaris
Disseminatus Faciei [Fox (1878)] :**
المترادفات : سل الجلد الدخني المنتثر الوجهي .

التعريف : هو اندفاع متناظر حطاطي - حطاطي وسفي إلى حطاطي بيري ذآباني على الوجه ذو سير مزمن وناكس مع شفاء عفوي ، يصيب بشكل رئيسي الشباب (٢٠ - ٣٥ سنة) . يُشك بعلاقته بالطفححات السلية بسبب عدم كشف العصية السلية في الآفات . كما أنه لم يشاهد سل أعضاء داخلية مرافق للآفة . قد نجد قصة شخصية أو عائلية للإصابة بالسل . ومن المحتمل أن يكون تفاعلاً جلدياً متعدد الأسباب لنموذج مميز .

الموجودات السريرية : يحدث بشكل رئيسي على الوجه وأحياناً على العنق ونادراً على الفروة ونادراً جداً على الجذع . تكون الآفات متناثرة ومتناظرة ، رطبة وحمراء ضاربة للزرقة ، وأكثرها حمراء بنية مؤلمة من حطاطات نصف كروية قطرها ١ - ٥ مم . قد تكون الحطاطات مسطحة أو محدبة وقد تكون مستورة بوسوف . توحي بعض الآفات أحياناً بوجود تشكلات بيرية . ومن المهم للتشخيص أن العقيدات الذاتية المتناثرة الوصفية تشاهد بالمعينة بالشفوفية . ولكنها لا تبدو مجتمعة في عقيدات كبيرة كما في الذآب الشائع . وتكون ظاهرة المسبار إيجابية كما في الذآب الشائع .

لا توجد أعراض شخصية مثل الحكمة وقد ذكر حدوثه مع الحمامى العقدة واليرسنية (Yersinia) .

التشريح المرضي النسيجي : تتألف الركيزة من حبيبيوم درني الشكل نموذجي مع نخر متجانس مركزي ، ومحيط واسع من الخلايا الظهارانية ، وخلايا لانغهانس ومفاويات . لا يشاهد التهاب أوعية . قد تلتف الأجربة . والصورة المجهرية النسجية نموذجية للسل .

السير : إن سير الداء ، الذي يتشكل نسبياً بسرعة ، مزمن وقد يمتد لعدة أشهر أو ستة أو سنتين . لا تميل التبدلات الجلدية نحو التقيح الحقيقي أو التقرح . يحدث الشفاء تاركاً ندبة ضمورية لطيفة .

تشمل الأشكال النادرة : ارتشاحات عقيدية عميقة تكون متحركة بالجلس وبالعيان تبدي بقعاً حمراء بنية . يشبه هذا الشكل الطفححات السلية العدية الشكل في الوجه (Acnitis) .

التشخيص والتشخيص التفريقي : إن الصورة السريرية لهذا الداء نموذجية جداً . تتصف الوردية الذآبانية - بالإضافة إلى وجود حطاطات ذآبانية - بحدوث الحمامى والتوسعات الشعرية وتصيب النساء غالباً . تتشكل الحطاطات الوردية الحبيبيومية من تخرب الغدد الشحمية والجريبات الشعرية . يبدي العد الشائع أشكالاً متعددة مثل الزؤان والحطاطات والحطاطات البثرية . قد يصعب تفريقه عن العد الهالوجيني أو الستربتوويدي . كما يجب تفريقه عن الغرناوية الحطاطية الدقيقة والطفححات الإفرنجية الحطاطية الوصفية . قد يأخذ التهاب ما

حول الفم شكلاً ذائباً مثل وردية الوجه الذي يُذكر كثيراً سريرياً وتشريحياً مرضياً بالذآب الدخني المنتشر الوجهي .

المعالجة :

الجهازية : ساعدت الأدوية المضادة للسل والمعدة لمدة أشهر بعض المرضى (INH 5 - 7 ملغ/كغ من الوزن يومياً) . كما يمكن استعمال التتراسكلين ، المينوسكلين أو الميترونيدازول .

الموضعية : يعالج بنفس طريقة معالجة وردية الوجه الخطاطية . يجب تجنب استعمال الستيرويدات المفلورة . (راجع الشكل ٤ - ٦١) . وتذكر فائدة الدابسون في بعض الحالات .

الطفحاحات السلية الشبيهة بوردية الوجه Rosacea - Like Tuberculid [Lewandowsky 1917] : لم تعد الطفحاحات السلية الشبيهة بوردية الوجه تعتبر ككيان مرضي مستقل الآن . فهذه الحالات إما أن تكون وردية ذأبانية أو تظاهرة ذأبانية لانتهاج ما حول الفم الشبيه بوردية الوجه .

الطفحاحات السلية العدية الشكل Acneiform Tuberculid : لم يعد هذا الداء الوجهي يعتبر كسل جلد لأنه لم يمكن إثبات منشئه السلي . وقد كان يوصف على أنه الطفحاحات السلية العدية الشكل في الوجه (Acnitis) ويجب تفريقه عن الطفحاحات السلية الخطاطية النخرية .

الحمج بالمتفطرات اللا نموزجية

Atypical Mycobacterial Infections

يمكن تصنيف المتفطرات إلى متفطرات نموزجية مثل المتفطرة السلية ، وإلى متفطرات لا نموزجية والتي تنقسم حسب نموها إلى أنواع بطيئة النمو وأنواع سريعة النمو . ثبت الانقسام بدراسة اندنا DNA . تشمل الأنماط السريعة النمو عاملين ممرضين : المتفطرة الشيلونية *M. Chelonie* (من السلحفاة) والمتفطرة فورتويتيم *M. Fortuitum* (من الضفادع) . تشمل الأنماط البطيئة النمو ثمانية أنواع تسبب أمراضاً عند الإنسان . هناك نوعان يسببان أمراضاً نوعية هما : المتفطرة البحرية *M. Marinum* التي تسبب حبيوم أحواض السباحة والمتفطرة القرحية *M. Ulcerans* التي تسبب قرحة بورولي *Buruli* . تقاوم الجراثيم الأذيات بفضل جدارها الغني بالشحوم المقاوم للحمض . وقد ذكر وجود كائن حي جديد ، المتفطرة المستدمية *M. Hemophilus* ، ينمو فقط بوجود الحديد ، وغالباً ما يكون على شكل سترات الأمونيوم الحديدي . وهي متفطرة منخفضة الحرارة . يحدث الحمج بها عند المرضى مكبوتي المناعة . غالباً وقد ورد ذكر إصابة طفل بالتهاب العقد الرقبة بالمتفطرة المستدمية .

الموجودات السريرية : تحتوي الآفات الجلدية البدئية أو آفات

التلقيح على المتفطرات اللا نوعية وتؤدي إلى حدوث قرحات . وقد تشفى هذه القرحات أو تصبح ثلولية أو تترق ببطء حسب الاستجابة المناعية . يحدث خراجات بعد الحقن أو التهاب السبلة الشحمية الحبيومي في النسيج الخلوي تحت الجلد . وقد تنتشر العوامل الممرضة الحية عن الطريق الدموي أو اللمفي (الحمج الشبيه بداء الشرعيات المبوغة ، تشكل النواشير) وبالامتداد المباشر على الأغشية المخاطية . يمكن أن تسبب المتفطرة البقريّة آفات جلدية حبيومية أو طفحاحات سلية خطاطية نخرية . قد تسبب أنواع مختلفة من المتفطرات آفات من نط الحمامي العقدة ، ولكن المتفطرة السلية هي الأكثر نموزجية .

المعالجة : غالباً ما تكون الآفات البدئية موضعية والاستئصال الجراحي هو أحد أشكال المعالجة الناجحة . استعملت الأشعة السينية في المعالجة وكانت النتائج جيدة . قد تتطلب الآفات النخرية المحدث بفعل ذيفان المتفطرة القرحية تطعيم الجلد . تشمل المعالجة الدوائية الريفامبيسين والإيثامبوتول ، والتريمتوبريم والسلفاميتوكسازول والمينوسكلين . يمكن معالجة الآفات الموضعية الناجمة عن المتفطرة الكنساسية *M. Kansasi* بثلاثة أدوية ، الريفامبيسين ، الإيزونيازيد والإيثامبوتول . وتحتاج آفات المتفطرة الطيرية *M. Avium* خمسة أدوية مضادة للسل ولمدة طويلة . تستجيب آفات المتفطرة الشيلونية للأريثرومايسين والأميكاسين . وتؤدي أدواء المتفطرات اللا نموزجية المعمة عند الجنوسمين الذكور المصابين بحمج HIV (عوز المناعة المكتسب AIDS) إلى الموت .

حبيوم أحواض السباحة Swimming Pool Granuloma

التعريف : هو تفاعل حبيومي في الجلد ينجم عن حمج بالمتفطرات اللا نموزجية (المتفطرة البحرية) *M. Marinum* . الحدوث : نادر نسبياً . المتفطرة البحرية كائن حي رمي ينمو خاصة في وسط رطب بحرارة حوالي ٣٢° مئوية ، لهذا يقتصر الحمج على الجلد عملياً . يحدث الحمج بعد رض بسيط في حوض السباحة الذي لا يحوي على كمية كافية من الكلور (لهذا السبب سمي حبيوم أحواض السباحة) ، أو بعد تنظيف ماء حوض السمك الدافئ .

الإمراض : يمكن عزل المتفطرة البحرية من الآفات الجلدية . من المهم معرفة هوية العامل الممرض لتفريقه عن سل الجلد .

الموجودات السريرية : يحدث في مكان الرض بعد ٣ - ٤ أسابيع عقيدة النهائية وحيدة حمراء مزرقّة ، ذات سطح ثلولي . يتراوح قطر الآفات عادة بين ١ - ٢ سم ويميل بعد فترة من الزمن إلى التقرح . والمناطق المنتقاة هي ظهر اليدين

والقدمين ، المرفقين والركبتين . ولقد وصف حدوث عقيدات محددة النهاية خراجية الشكل على مسير الأوعية اللمفية الواردة أو في منطقة العقد اللمفية الناحية .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد في الأدمة العلوية تشكلات درنية الشكل نموذجية مع نخر مركزي .

المسار : يحدث شفاء عفوي خلال ١ - ٢ سنة ، مع تشكل ندبة غالباً .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن سل الجلد التلوي . يجب نفي داء الشعريات المبوغة في الشكل الذي يمتد على مسير وعاء لمفي أو في منطقة العقد اللمفية . كما يجب نفي الإفرنجي الثالثي .

المعالجة : يمكن استئصال البؤر الصغيرة استئصالاً كاملاً . ينصح باستعمال التيريد بالآزوت السائل أو التحريف مع التخثير الكهربائي . يجب اختبار حساسية العامل الممرض للأدوية المضادة للسل قبل البدء بالمعالجة الكيميائية ؛ إذ غالباً ما تكون هذه العوامل الممرضة مقاومة لهذه المعالجة .

ينصح باستعمال الإيزونيازيد ، والبروتونياميد والدابسون (الإيزوبروديان Isoprodian) . وقد استعمل التراسكلين وكوتريموكسازول في بعض الحوادث المفردة بنجاح .

الجذام Leprosy

المترادفات : داء هانسن ، داء زارات .

التعريف : هو مرض خمجي متروقي مزمن ، ضعيف العدوى ، تسببه المتفطرة الجذامية . قد تحدث هجمات اشتدائية حادة . إن هذا المرض هو أحد كوارث الإنسان لأنه يترافق بمجدوغ شديدة ويمكن شفاؤه بالمعالجة المبكرة .

العامل الممرض : إن المتفطرة الجذامية (هانسن ١٨٧٤) هي عصبية صغيرة منحنية مقاومة للحمض ، إيجابية الغرام طولها ٠,٥ - ١,٥ ميكرون . تشاهد المتفطرة الجذامية في اللطاخات أو في النسج بشكل حزم مترصة (حزمة Globi) تشبه حزم السيجار . تلون بطريقة تزلزل نلسن Ziehl - Neelsen أو بطريقة فايت فاراكو Fite - Faraco .

لحة تاريخية : كان الجذام منتشرًا في جميع أنحاء العالم منذ بدء التاريخ ، وجد الجذام في العصور القديمة واستناداً إلى الوثائق التاريخية المصرية والصينية . ولا يعرف إذا كان الجذام مذكوراً في العهد القديم تحت اسم داء زارات Zazaath . انتشر الجذام بشكل جائح في أوروبا الوسطى خلال حملة القوات الرومانية وبخاصة خلال الحملات الصليبية . وكانت تعرف عدواه في

القرون الوسطى . تراجع الداء بدءاً من القرن السادس عشر واقتصار على بعض البلدان في أوروبا مثل الدول الأوروبية الجنوبية وسكاندينافيا وبلاد البلطيق . لكن طرق الوقاية الحديثة والمعالجة أزالته هذا الداء من تلك البلاد .

يشترك اسم الجذام Leprosy من اليونانية من كلمة Lepis التي تعني « القشرة ، الحشفة » أو من الكلمة الهندية - الألمانية Lap التي تعني « يقشر ويسحج » . بقيت مصحات الجذام وقبور المجذومين ماثلة في بعض البلاد الأوروبية حتى القرن الثامن عشر . وكان القانون يجبر المجذومين على تنبيه الآخرين بإحداث صوت قبل عبورهم المحصور حتى يتمكن الأشخاص الأصحاء من تجنبهم . وما زال المجذومين منبوذين في بلاد النيبال .

الوبائيات : إن عدد الإصابات في جميع أنحاء العالم في الوقت الحاضر يتراوح بين ١٠ - ١٥ مليون حالة . يحدث الجذام بشكل رئيسي في المناطق الاستوائية والمناطق المجاورة لخط الاستواء ويحدث أيضاً في المناطق الأبرد مثل النيبال وكوريا . ويمكن تشبيه توزيعه الجغرافي كحزام حول الأرض من خط العرض ٤٠° شمالاً إلى خط عرض ٤٠° جنوباً . يوجد عدد كبير من الإصابات في الهند ووسط أفريقيا وأوقيانوسية . ولا تتوفر معلومات عن وجوده في الصين . والجذام نادر جداً في أميركا الشمالية ولكنه يحدث بنسبة أكثر في أميركا الجنوبية .

مكافحة الجذام هي أحد الأهداف الملحة والهامة للطب وتتولاها بشكل خاص منظمة الصحة العالمية . لا يورث الجذام ولا ينتقل إلى الجنين . ولكنه وصف أن حدوثه يترافق مع HLA - B8 وربما مع HLA - A9 .

يكون الأطفال مؤهين للإصابة بالجذام . يصيب الخمج الأطفال أو اليافعان عادة وبشكل متساوٍ عند الذكور والإناث في مرحلة الطفولة . أما بعد البلوغ فيصاب الذكور بشكل انتقائي . ومن الضروري تواجد عاملين لانتشار الجذام هما : تأهب المريض للإصابة وتغاسمه مع حالات مفتوحة : يعتبر الجذام الجذومي والثنائي الشكل حالات مفتوحة ونادراً ما يعتبر الشكل المتفاعل من الجذام الدرني حالة مفتوحة . ويجب اعتبار حليب الأم كمستودع لجراثيم الجذام . يصيب الجذام الإنسان في جميع الطبقات الاجتماعية ، ولكن يصاب الفقراء الذين يعيشون في بيئة مزدحمة فقيرة وغير صحية بنسبة أكبر . ويسود أن خطر العدوى يكون قليلاً في الظروف الصحية الملائمة والتغذية الجيدة . لم يعرف بالتأكيد حدوث الجذام عند الحيوان . ولم تزرع عصبية الجذام حتى الآن على أوساط صناعية . غير أنه أمكن نقلها إلى بعض حيوانات التجربة كقندم القرآن دون أن يحدث خمج متعمم ، بينما حدث خمج متعمم

عند الفئران التي استؤصلت لديهم التوتة وعند حيوان المدرع Armadillo .

الإمراض : لم يعرف بالتأكد كيفية انتقال الداء من شخص إلى آخر . يحدث المرض عادة خلال تماس طويل وصميمي مع حالات مفتوحة .

لا ينتقل الجذام بالهواء . بل يلعب الذباب والبق والبراغيث دوراً غير مباشر في نقل العدوى في المناطق المدارية ، إذ أنها تحدث جروحاً سطحية في الجلد وتقيحاً وتقرحاً مزمناً .

لا تعرف في الجذام الآفة البديئية أو المعقد البدئي كالتي تشاهد في السل والحمج بالمتفطرات اللا غموضية . تصيب عصية الجذام بشكل انتقائي الجلد ، والأغشية المخاطية ، والطرق التنفسية العلوية والأعصاب المحيطية حيث تتوضع في خلايا شوان . يدل سلوكها تجاه الملونات على حيويتها وقدرتها على التكاثر أو عدمه . تكون العصية الملونة بشكل كامل (العصية الصلبة) قادرة على التكاثر ، بينما يدل عدم تلون مركز العصية أو تلون قطبيها بشكل منتشر غير منتظم على عدم حيويتها . وهذا التفريق مهم لتحديد الإنذار ونتائج المعالجة . إذا كان اختبار الجذامين (الليرومين Lepromin) سلبياً (مقاومة مناعية غير كافية) يصبح خطر الحمج موجوداً .

يكون لدى المرضى المصابون بالجذام الجذومومي تعطلاً مناعياً لدرجة كبيرة تجاه مستضد العصية الجذامية ونادراً ما يتفاعلون تجاه المستضدات اللا متفطرية أو يبدوان أرجأً تماسياً .

اختبار الجذامين (الليرومين Lepromin Test) : هو ليس اختباراً تشخيصياً ولكنه يساعد في تصنيف الجذام ووضع الإنذار . يتوفر الليرومين تجارياً وثمة ثلاثة مستضدات للحقن ضمن الأدمة :

– الليرومين الكامل (Mistuda – Hayasaki) : وهو خليط من نسج مهروسة من الجذام الجذومومي يحتوي على $1,6 \times 10^8$ عصية جذامية في ٣ مم وبقايا نسجية أيضاً .

– المستضد الجرثومي (Dharmendra) ، ويحتوي على المتفطرة الجذامية فقط .

– البروتين – ليرومين : (Olmos – Castro) ويحتوي على أجزاء مستضدية من المتفطرة الجذامية .

تقرأ نتيجة الاختبار بعد يومين وبعد ثلاثة أسابيع . يشاهد بعد يومين حمامي مرتشحة بقطر ١٠ - ٢٠ مم (اختبار الليرومين إيجابي) . ويدل على وجود فرط حساسية غير أنه نادراً ما يكون وثيق الصلة بالناحية السريرية . ويوصف هذا التفاعل على أنه تفاعل باكر أو تفاعل فرناندز Fernandez .

وبعد ذلك يمكن أن يتبدل التفاعل الباكر إلى عقدة التهابية مزمنة (أكبر من ٥ مم قطراً) . تستأصل وترسل للفحص النسيجي . وفي حالة التفاعل المتأخر (تفاعل ميتسودا ، تفاعل الليرومين) يوجد حبيبوم درني الشكل أو غرناوي . تدل إيجابية اختبار الليرومين على وجود جذام درني مع مقاومة جيدة وإنذار حسن . بينما تدل سلبية اختبار الجذامين على الجذام الجذومومي أو الجذام ثنائي الشكل ذي المقاومة الضعيفة مقاومة ضعيفة . تجب المعالجة الوقائية للأشخاص الذين هم بتماس مع مرضى مصابين بالجذام في المناطق المتوطنة ولديهم اختبار الجذامين سلبياً ، أو يجب إبعادهم للوقاية من خطر الإصابة بالحمج الجذامي . في المناطق الخالية من الجذام يوازي اختبار الجذامين اختبار السلين ويكون إيجابياً في أكثر من ٨٠٪ من السكان ويدل على الاستجابة المناعية للمتفطرة السلية . إن خلايا شوان هي الخلايا الثوية للمتفطرات الجذامية عند الإنسان . وتصل الجراثيم لهذه الخلايا عبر الجلد أو عن طريق التيار الدموي .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة غير معروفة تتراوح بين ٣ - ٢٠ سنة ، تظهر أعراض وعلامات باكرة غير نوعية ومختلفة ولا تجر المريض إلى مراجعة الطبيب . يخشى الإنسان الجذام في جميع أنحاء العالم لذا لا يراجع الطبيب حتى بعد ظهور الأعراض النوعية مثل زوال لون الجلد ، والخدر ، وضمور العضلات ، والنزلة المزمنة أو الرعاف . يصبح المصاب منبوذاً اجتماعياً بعد وضع التشخيص حيث يضطر للمعالجة المديدة لعدة سنوات والدخول إلى مصحح الجذام واقتراعه عن أسرته وفقد عمله . يصنف الجذام حسب الموجودات السريرية : والجراثومية ، والتشريحية المرضية والمناعية مع طيف من الأعراض السريرية والمناعية . تكون الأنماط القطبية أو الأساسية في طرفي الطيف جذاماً جذوموياً غنياً بالعامل المرض لا أرجياً وجذاماً درنياً أرجياً فقيراً بالعامل المرض . تؤكد العلاقة بين العامل المرض والتوري هذا التصنيف ، يوجد بين هذين النمطين المتضادين أنماط أخرى : الجذام غير المحدد والجذام الحدودي (ثنائي الشكل) .

الجذام الجذومومي Lepromatous (Lepra Lepromatosa)
Leprosy : هو الشكل الحثيث اللا أرجي من الحمج المرافق بمناعة ضعيفة ، سيء الإنذار ، ولا يميل نحو الشفاء العفوي ، يكون تفاعل الليرومين سلبياً . وتكون الآفات الجلدية والمخاطية غنية بالجراثيم وحتى قد تشاهد المتفطرات الجذامية في الجلد السليم ظاهرياً . يحمل هؤلاء المرضى أحياناً أكثر من ١ كغ من الجراثيم في أجسامهم ، يدي الفحص النسيجي حبيبومات غنية بالخلايا الرغوية المؤلفة من خلايا فيركوف (الخلايا الجذامية) والتي تحتوي على كتل أو كرات من المتفطرات الجذامية .

الجلد : تحدث التظاهرات الجلدية بشكل متناظر وتتألف من بقع ، وحطاطات مرتشحة وارتشاحات حمراء بنية أو بلون الجلد ، تصبح بسرعة عقيدية . يطلق عليها اسم الجذموما (Lepromas) وتكون حدودها غير محددة . (راجع الشكل ٤ - ٦٢) .

تكون البقع مدورة أو بيضوية وتصيب المناطق المستورة من الجسم . تختلف أحجام العقيدات المرتشحة . يكون الجلد الطبيعي جافاً ضمورياً أو وذمياً ومرتشحاً . يعتبر جفاف الجلد ، وعدم التعرق ، والحاصة والخدر أربع معايير سريرية هامة في الجذام . قد تنشأ الحطاطات والعقيدات (الأورام الجذامية) على البقع أو على الجلد الطبيعي . تتراوح أقطارها من بضعة ملمترات إلى بضعة سنتيمترات وقوامها من قاسر إلى مرن قد تتوضع تحت الجلد . تتواجد بكثرة في النهايات ومناطق الضغط مثلاً المرفقين ، الركبتين ، الأكتين ، والوجه والأذنين . قد تنقرح الأورام الجذامية عفوياً (الصمغة الجذامية) أو بالرض (الخدر) أو في المرحلة التفاعلية (تفاعل الجذام) . يكون خطر الإصابة بالحمج الثانوي كبيراً . ويشكل الارتشاح الالتهابي للجلد والأورام الجذامية والتهاب القرنية والمتحممة المسحنة الأسدية Leonine Facies .

تتحد العقيدات فيما بعد وتشكل شريطاً إكليلي الشكل . تحدث الآفات الجذامية بشكل رئيسي على المناطق الباردة من الجسم وتغيب غالباً عن المناطق الدافئة مثل الرأس ، ومؤخر العنق ، والإبط ، والشفيتين والقص . تتوضع الأورام الجذامية في الوجه ، وعلى الأنف ، والأذنين ، والقصوس الوجنية ، والحاجبين . وتبقى الأحاديد الجلدية حرة . لذا يبدو الوجه متعسناً ومتورماً . تعتبر ضخامة فصيصة الأذن من العلامات الواضحة . وتعتبر حاصة الجزء الوحشي من الحاجبين الناجمة عن الارتشاح الجذامي (تمطع الحاجبين Madarosis) عرضاً وصفيّاً وباكراً . يبدى النمط المنتشر الذي وصفه لوسيو Lucio (جذام لوسيو ويسمى أيضاً الداء الجذامي المنتشر أو جذام لازارين) ارتشاحاً متعمماً شمعي الشكل يذكر بالوذمة المخاطية . يكون الذراعان والساقان متورمين وبلون أحمر ضارب للزرقة قليلاً مع توسعات وعائية ، لا تحدث عقيدات .

يطلق اسم الحاصة الجذامية على حاصة الفروة والأهداب والحاجبين . يكون باقي الجلد جافاً ووسفيّاً يحتوي على المتفطرات الجذامية بكثرة حتى في الجلد الطبيعي ظاهرياً . يشاهد في المرحلة التفاعلية فقاعات وتنخر جلدي غريب المظهر (ظاهرة لوسيو عام ١٨٥٢) يتطور إلى قرحات عميقة يشفى تاركاً ندبات جادعة . ومن الأعراض الباكرة إصابة الغشاء المخاطي للأنف مع التهاب أنف مخرب . ويشاهد هذا النمط خاصة في أميركا الوسطى والمكسيك .

الأغشية المخاطية : تصاب الأغشية المخاطية للأنف بشكل دائم تقريباً . يجب أن يشك الجذام في حال الإصابة بالزلة المزمنة في منطقة توطن فيها الجذام . تتألف الموجودات الأخرى من رعارف وعدم إمكانية التنفس من الأنف بسبب الأورام الجذامية مع تحرب الحاجز الأنفي وانخماص قوس الأنف القاصي النموذجي . يمكن أن يؤدي الارتشاح الجذومي في منطقة البلعوم إلى التهاب بلعوم قيحي وحوادث اختناق . قد تصاب الأغشية المخاطية الأخرى مثل الشفتين ، وجوف الفم ، واللسان ، بالإضافة إلى إصابة العقد اللمفية ، والخصيتين ، والكبد والطحال والغدد الصماء . وهذا يؤدي إلى أعراض وصفية حسب التوضع مثل ضخامة الثدي ، والعقم وتحرب الخلايا الكبدية .

العينان : تصاب العينان بكثرة وبشدة في الجذام . قد يؤدي ارتشاح الأجفان والصلبة والقرنية والقرحجية والأجسام الهدية إلى اضطراب الرؤية وإلى العمى . ويخشى من إصابة العين وخاصة في التفاعل الجذامي Lepra Reaction .

تبدلات الأعصاب : تكون تبدلات الأعصاب أقل ظهوراً من الشكل الدرني . تظهر إصابة العصب أحياناً أثناء تراجع الآفات الجلدية . يحدث الشلل بسبب ارتشاح الأعصاب المحيطة وبخاصة العضلات بين العظام المعصية بالعصب الزندي أو الكعبري . تبدو الضربة والرائقة ضامرتين وينجم عن ذلك اليد الخلية . تحدث جدوع في الأصابع والأباحس نتيجة الارتشاح الجذومي ، كما يظهر الحمج الثانوي مع تقرحات اغتذائية .

التفاعل الجذامي : يسمى الاشتداد الحاد للجذام الجذومي التفاعل الجذامي Lepra Reaction . تحدث الحمامي العقدة الجذامية ليس على الساقين فحسب ولكن على الذراعين ، الوجه والجذع أيضاً . وتحدث فقط في الجذام الجذومي .

الجذام الدرني : هو الجذام غير المعدي عادة ، سليم نسبياً ، ويتطور ببطء ، دون إصابة مجموعة . له ميل للتراجع العفوي مع تفاعلات دفاعية جيدة للثوي (تفاعل أرجي) ، ولذلك فهو ذو إنذار جيد . وقد يبدى المريض جدوعاً شديدة من ناحية أخرى . (راجع الشكل ٤ - ٦٣) .

لا تتواجد عصيات الجذام في الجلد المصاب وإن وجدت فهي قليلة . يكون تفاعل الليرومين إيجابياً بشدة . نسجياً يشاهد حييومات من النمط الفرناوي أو الدرني . يصيب الجذام الدرني الجلد والأعصاب المحيطة غالباً ، ويندر أن يصيب العقد اللمفية . تكون التظاهرات الجلدية خفيفة وغير متناظرة غالباً ، وأكثر ما تقتصر على المنطقة المعصية بعصب ما أو منطقة محدودة من الجلد .

الجلد : غالباً ما يبدأ الجذام الدرني ببقعة أو بقع قليلة حمراء

ضاربة للنفسي ، محددة تماماً . أو يبدأ بحطاطات صغيرة تمتد في الخيط تاركة مركزاً ناقص الصباغ وبوراً ضمورية شافية . تنصف الآفات الجلدية الجديدة بفرط الحس . وتحدث اضطرابات حسية أثناء تطور المرض وبخاصة في مركز الآفات . يبدأ أولاً فقد حس الحرور ثم فقد حس اللمس والألم . تعتبر الا عرقية المرافقة من العلامات الهامة في التشخيص .

تبدلات الأعصاب : يمكن أن تصاب الأعصاب في جميع أشكال الجذام الدرني . تحدث تبدلات حبيومية النهاية تبدو سريرياً بشخانة العصب فهي كالجلجل بالجلس ، أو تورم الأعصاب المحيطية بشكل مغزلي مع فقد وظيفتها .

تختلف إصابة الأعصاب في هذا الداء عن الإصابة المشاهدة في الجذام الجذومي . فهي أكثر شدة وغير متناظرة . تؤدي أذية العصب إلى الخدر وضمور العضلات الثانوي . ومن العلامات المتوقعة حدوثها : خدر الوجه ، وانسدال الأجفان العلوية ، وجود تعابير الوجه (السحنة الأنطونية) ، وشلل الجبال الصوتية ، وفقد الصوت .

تبدي اليدين ضمور الضرة والرانفة والعضلات بين العظام مع انكماش في اليد وأخذها وضعية الخلب . تبدي القدمان ضموراً في العضلات الصغيرة مؤدية إلى مشية حردية وقرحات اغتذائية (الداء الثاقب) . ولا تصاب الأعضاء الحشوية . ويكون تشكل هذه التبدلات بطيئاً نسبياً .

يقسم الجذام الدرني إلى شكلين حسب انتشار الداء : الشكل الصغير والشكل الكبير .

الشكل الصغير *Minor Form* : يحدث في هذا الشكل آفات جلدية حمامية مرتفعة قليلاً على شكل حطاطات صغيرة ذات حواف غير منتظمة . قد تجتمع مع بعضها مشكلة لويحات كبيرة . تكون الآفات خدرة ولا عرقية ، وتحدث غالباً في المناطق القريبة من الفوهات وبخاصة على الأجفان ، وحول الشرج وعلى الصفن . ويمكن أن يحدث تراجع عفوي لهذه الآفات .

الشكل الكبير *Major Form* : تكون الآفات الجلدية مرتفعة بشكل ملحوظ . وتبدو حطاطات مرتشحة لينة حمامية أو عقيدات أو لويحات . وغالباً ما يكون المركز منخمساً وشاحباً ، ولذلك تحدث حلقة كاملة أو غير كاملة . تظهر اللويحات الدرنية بشكل رئيسي على الأليتين ، والظهر ، والوجه ، وحول الفوهات وعلى الوجوه الظهرية والوحشية للأطراف . يمكن أن نحصل على نتائج إيجابية بالفحص الجرثومي للآفات الجلدية في ٥٠٪ من الحالات ، وفي الأغشية المخاطية للأنف في ١٠٪ من الحالات ولكن دون تشكل كرات جرثومية .

تحدث اللويحات وتشن الأعصاب قرب بعضها غالباً . تنجم القرحات القرنية عن الخدر وعين الأرنب . قد تحدث عوارض حادة مثل التفاعل الجذامي الذي قد يحدث في هذا الشكل . ومن الممكن حدوث تراجع عفوي ، غير أن التطور نحو الشكل الثنائي أو نحو الجذام الجذومي أكثر مشاهدة ، فيصبح تفاعل الليرومين الإيجابي سلبياً ويحدث شكل غير مستقر من الجذام الدرني (الجذام الدرني الحدي) الذي يمكن أن يتطور نحو الجذام الجذومي الحدي أو الجذام الجذومي .

الجذام غير المحدد (Lepra Indeterminata)
Indeterminate Leprosy : هو شكل غير مستقر من الجذام يتجلى سريرياً بتبدلات تقتصر على الجلد والأعصاب . يمكن بالفحص الجرثومي كشف عدد قليل من المتفطرات الجذامية أو عدم كشفها . أما نسجياً فيبدي تفاعلات النهاية لا نوعية . ومناعياً يكون اختبار الليرومين (الجذامين) إيجابياً ضعيفاً أو سلبياً .

تبدلات الجلد : تتألف من بؤر بقعية غير متناظرة ناقصة أو مفرطة الصباغ مع التهاب خفيف ، وخدر ولا عرقية . قد تصاب الأليتين ، والرقبة ، والجذع والأطراف ، ولا يصاب الوجه عادة .

تبدلات الأعصاب : تأخذ إصابة الأعصاب شكل التهاب الأعصاب الجذومي مع ثخانة الأعصاب المصابة . وهي تشكل جزءاً هاماً من هذا الشكل من الجذام ، وقد تؤدي إلى الشلل ، واليد المخلبة وداء ثاقب اغتذائي على القدمين .

قد يبقى الجذام غير المحدد ثابتاً لأشهر أو سنين أو يمكن أن يتطور نحو أحد القطبين . وقد يحدث تراجع عفوي . غير أن الانتقال نحو الجذام الجذومي كثير المشاهدة (يصبح اختبار الجذامين الإيجابي سلبياً) ونادراً ما يحدث الانتقال نحو الجذام الدرني . ولا يحدث التفاعل الجذامي أبداً في هذا الشكل .

الجذام الحدي (الثنائي الشكل) (Borderline)
Dimorphous Leprosy : هذا الشكل من الجذام نادر الحدوث ويعتبر مرحلة في تطور الشكل الكبير من الجذام الدرني . يتصف سريرياً بتبدلات الجلد والأعصاب ، وجرثومياً بكشف المتفطرات الجذامية المنتظم ، ونسجياً يحدث تفاعلات نسجية جذومية ودرنية الشكل في وقت واحد ، ومناعياً بتفاعل الليرومين السليبي عادة . يقع الجذام الحدي بين الشكلين القطبيين من الداء : الجذام الجذومي والجذام الدرني . وتختلف الموجودات السريرية والجرثومية والنسجية والمناعية تبعاً لذلك .

إذا لم يعالج هذا الشكل غير المستقر فإنه يتطور عادة نحو الشكل الجذومي وإذا عولج فإنه يتطور نحو الشكل الدرني .

عضلات متعدد . والعلامة الباكرة هي ضعف عضلي أثناء المشي ، أو عند حمل بعض الأشياء الصغيرة أو تعابير الوجه مثلاً . تصاب أولاً الأجزاء البعيدة من الأطراف (اليدين والقدمين) والوجه . ينجم عن إصابة العصب الوجهي شتر خارجي وعين الأرنب . ويتشكل في إصابة العصب الوجهي الثاني الجانب شلل يعطي الوجه سحنة شمعية جامدة دون تعابير (السحنة الأنطونية Facies Antonina) . يؤدي الشلل الزندي إلى ضمور العضلات الصغيرة ، تنكمش الأصابع في وضعية تقلصية (اليد المخلية) . وإذا أصيب العصب المتوسط أيضاً . تتشكل يد مخلية كاملة . ويؤدي خزل العصب الكعبري إلى الرسغ الهابط أو الساقط (Wrist Drop) .

الاضطرابات التغذائية Trophic Disorders : ينجم عن أمراض الأعصاب الحركة الوعائية اضطرابات تغذائية كثيرة ، يكون الجلد في البدء جافاً ووسفياً وضامراً . قد تظهر فجأة وبشكل عفوي حويصلات تنقرح ثانوياً . ويتشكل حاصة ، مع لا عرقية وفرط تقرن على الأخصص ويكون نموذجياً على العقين وعلى رؤوس الأمشاط الأول والخامس . وأخيراً يحدث داء ثاقب تغذائي مع خطر حدوث خمج ثانوي . يحدث ضمور عظمي ونواسير وذات عظم ونقي واليات ارتشافية في القسم القاصي من عظام اليدين والقدمين مع ضمور نموذجي غير مؤلم في الأصابع والأباض مع تشنن الأظافر وضمورها . يؤدي كل ذلك إلى حدوث جدوع شديدة . يمكن أن تُجدع الأصابع بشكل كامل تاركة بقايا جدعية . ويؤدي ضمور الجسر السنخي في عظم الفك إلى تخلخل وفقدان القواطع وهي صفة وصفية وهامة . كما يؤدي ضمور عظم الأنف إلى حدوث الأنف السرجي الجذامي .

التبدلات الجذامية الأخرى :

الأغشية المخاطية : يصاب الغشاء المخاطي للأنف بكثرة في الجذام الجذومي ، ولكن ليس في المرحلة البدئية ، لذا لا تفيد اللطاخات الأنفية في التشخيص الباكر للمرض . ونادراً ما يميز النزف الأنفي المزمن (الرعاف) ، والنزلة الأنفية المزمنة ، والتهاب أنف شبيه بالتهاب الأنف المحرك الوعائي على أنها جذامية المنشأ مع أنها من العلامات التي توحى بالجذام بشدة . يحدث انتقاص الحاجز الأنفي غير المؤلم . وتكون المفرزات الأنفية غنية بالجراثيم وهي مصدر رئيسي للعدوى في الجذام المفتوح . قد يرتشح شراع الحنك (الحفاف) ، واللهاة ، والبلعوم الأنفي (الخيشوم) .

العينان : يؤدي الجذام الجذومي غير المعالج إلى اضطرابات عينية مباشرة لا مناص منها وذلك بإصابة العصب مثلث التوائم والعصب الوجهي . يعتبر التهاب الملتحمة الاحتقاني حول

تتألف الآفات الجلدية القليلة غير المتناظرة من بقع جافة وناقصة الصباغ وعقيدات مفردة كبيرة محدبة . تكون الآفات الجلدية النموذجية حلقة حمراء أو عقيدات نحاسية اللون ، أو لويحات ذات حدود محيطية غير واضحة ، ومناطق خامدة غير فعالة (طراز الجبنة السويسرية) . تأخذ الآفات على الساقين شكلاً شريطياً أو طرازاً جغرافياً الترتيب . تحدث إصابة العصب باكرأ (التهاب الأعصاب غير المتناظر هو عرض باكر) . كما تشاهد حاصة الأجفان في وقت مبكر .

تبدلات العصب في الجذام : تعتبر إصابة العصب جزءاً هاماً من الجذام وتحدث في جميع أشكال الداء . تصاب الأعصاب المحيطية فقط ولا يصاب الجهاز العصبي المركزي . يعرف التهاب العصب في الجذام على أنه التهاب عصب وحيد متعدد Multiple Mononeuritis . يصاب عصبان محيطيان أو أكثر بشكل متوافق أو متعاقب ، فهو ليس إذن حالة التهاب أعصاب متعددة . تكون إصابة الأعصاب في الجذام الجذومي أكثر تناظراً بينما تكون في الجذام الدرني غير متناظرة . تشمل تبدلات العصب التشنن مع اضطرابات حسية حركية واعتزائية .

تشنن العصب : يجب جس الأعصاب المحيطية عند فحص المريض للتحري عن الجذام . تصاب الأعصاب التالية بشكل رئيسي : العصب الزندي ويخس في الميزابة فوق البكرة ؛ العصب الشظوي ويخس عند رأس الشظية ؛ والعصب الأذني الكبير ، والعصب القفوي ، الأعصاب الرقبية السطحية ، والعصب الكعبري ويخس في مفصل المعصم .

سريراً ، نجد بالجلس تشنناً أسطوانياً شبيهاً بالجليل ، وتورماً مغزلي الشكل ، وتشنناً عقدي الشكل ، وكلها قاسية وليقية . غير أنها قد تكون طرية ناجمة عن الخراجات الكاذبة . وغالباً ما يحدث الجنس أماً .

الاضطرابات الحسية : قد يكون فرط الحس ، والمذل Paresthesia ثم نقص الحس والخدر هي العلامات السريرية الأولى . تصاب المناطق الباردة والمحيطية أولاً . وينتشر فقد الحس من المحيط إلى المركز . وتفقد قدرة التفريق بين الحار والبارد أولاً ثم يفقد حس الألم وأخيراً حس اللمس وبخاصة حس الضغط . يمكن أن يعاني المريض من حروق غير ملحوظة ورضوض وخمج ثانوي للجروح . يفقد أحياناً فقط حس واحد (خدر متقارن Dissociated Anesthesia) يساعد اختبار الهيستامين الجلدي في التشخيص الباكر إذ يفقد الوهيج المحوار (Axon Flare) . يمكن أن يترافق التهاب العصب الجذامي في البدء بحكة غير محتملة ، وخدر ، واضطرابات الإفراز العرق والام عصبية .

الاضطرابات الحركية : ينجم عن إصابة الأعصاب ضمور

عديدة الأشكال .

إن التفاعل الجذامي أكثر حدوثاً في الجذام الجذومي منه في الجذام الدرني ويأخذ سيراً شديداً . وإن الأعراض العامة للحالة الحمجية السمية هي : الحمى ، والصداع ، والعرواء ، والتعب ، والآلام المفصلية . إلى جانب الإصابة الجلدية والمجموعية هناك تطور في التهاب العصب ، واشتداد الأعراض العينية وتظاهرات حشوية تشمل الكبد ، والطحال ، والكليتين والتحصين أو الحب . يبدى المرضى أعراض صدمة انسمامية وقد يؤول الأمر بهم إلى الموت .

لا تحدث الأعراض المجموعية في الجذام الدرني ويقتصر التفاعل الجذامي في هذه الحالة على اشتداد الآفات القديمة وحدوث تظاهرات جلدية جديدة مع إصابة حادة للأعصاب تتجلى بتورم شديد وآلام عصبية .

نادراً ما يحدث التفاعل الجذامي في الجذام غير المحدد . تحدث ظاهرة لوسيو Lucio مع تقرحات نخرية في الجلد والتهاب أوعية في الجذام الجذومي المنتشر فقط .

الإنذار : يتبع الإنذار غط الجذام . ويكون الإنذار أحسن في الجذام الجذامي وظاهرة لوسيو Lucio أكثر مما هو عليه في الأنماط الأخرى . يموت أكثر المرضى بعد سير ١٠ - ١٥ سنة بسبب تطور المرض إلى خمج ثانوي ، داء نشواني ، ذات عظم ونقي ، السل أو الإلتان . ويكون الإنذار في الجذام الدرني أفضل لأنه لا يصيب الأعضاء بشكل جوهري . يحدد الإنذار في الجذام الدرني حسب درجة الإصابة العصبية .

التشخيص : في حال الشك بالجذام تكون القصة السريرية ومكان الإقامة في مناطق استيطان الجذام أمران هامان للتشخيص .

من المهم إجراء اختبار حس الألم والحرق واللمس في تشخيص الجذام . تساعد الدراسات التي يجب إجراؤها في تشخيص الجذام وفي تصنيفه البيولوجي وفي تحديد شدة الإصابة العصبية .

الاختبارات المخبرية Laboratory Tests :

اختبار المستامين : توضع قطرة من محلول المستامين فوسفات أو المستامين هيدرو كلورايد بنسبة ١ : ١٠٠٠ على الجلد الذي خدش بواسطة إبرة . أو يمكن حقن ٠,١ مل ضمن الجلد . يتألف التفاعل الثلاثي الطبيعي (ليويس Lewis) من حمى ينشأ منها انتبار يتشكل حوله حمى انعكاسية واسعة (المنعكس المحواري Axon Reflex) . عندما يجري الاختبار على منطقة مصابة بالجذام يحدث انتبار فقط . ويدل غياب المنعكس المحواري على إصابة العصب .

القرنية غير مؤلم ، والذي يشكل حلقة حمراء برتقالية ، علامة واسمة للداء . يؤدي الانتشار الدخني للأورام الجذامية (الجذومات) إلى إصابة الصلبة والقرنية (اللآلئ القرنية) . وتُلف التهاب القميص العضلي الوعائي الأجسام الهدبية . كما يمكن أن يحدث التهاب قرنية حاد في الحماى العقدة الجذامية . ويتجش من هذا الاختلاط لأنه يؤدي إلى العمى . يؤدي التهاب القرنية ، والقرحة القرنية وتشكل السبل إلى تندب كامل وتقرح ونزف . ويؤدي انسداد الأجفان وعين الأرنب بشكل غير مباشر إلى تخرب العين (التهاب مجمل طبقات العين) .

الكبد والطحال : يصاب الكبد والطحال في $\frac{1}{3}$ حالات الجذام الجذومي . قد يختلط الداء بالتهاب كبد لا خمجي ، وتشمع كبد وداء نشواني .

الكليتان : تصاب الكليتان عند ٧٥٪ من المرضى : بيلة آحينية ، والتهاب حويضة وكلية ، ومتلازمة كلائية وداء نشواني . يمكن أن تكون زيادة البولة الدموية أكثر أسباب الموت مشاهدة في الجذام . قد يصاب الكبد والكليتان والدرق والكظر بالداء النشواني الثانوي .

القُند Gonads : يحدث في الجذام الجذومي التهاب بريح ثنائي الجانب مؤلم ، والتهاب خصية مع تليف الخصيتين . وليس من النادر حدوث العقم والعناتة . ولضخامة الثدي عند الرجل علاقة بذلك . كما أن حاصة الحاجبين تعطي المريض المنظر الشبيه بالخصيان أو منظرأ أنثوياً . يصاب المبيضان بشكل نادر جداً .

العقد اللمفية : كثيراً ما تكون العقد اللمفية المغنية متورمة ، غير مؤلمة وغنية بالجراثيم .

ملحقات الجلد : تحدث حاصة الحاجبين والذقن والرأس الشبيهة بالحاصة البقية (الثعلبة) وهي من العلامات الباكرة والهامية في الإصابة بالجذام . يتوقف نمو الأظافر ، ويغيب العرق في المناطق الحذرة فوق الارتشاح الجذومي .

التفاعل الجذامي Lepra Reaction : وهو اشتداد حاد في المرض الذي يحدث بشكل عفوي أو بعد اختبار الليبرومين أو بعد المعالجة . ويوجد غطان من التفاعل الجذامي .

النمط الأول : متواسط بالخلية Cell Mediated وهو عبارة عن تحول النهائي لبؤرة جذامية سابقة . يحدث في الجذام الدرني ، والجذام الحدي والجذام الجذومي .

النمط الثاني : وهو تفاعل آرثوس Arthus تثيره معقدات مناعية جوالاة على الأرجح ، ولكن يحدث التهاب أوعية بالمعقدات المناعية شبيه بالحماى العقدة أو يحدث آفات شبيهة بالحماى

الاختبار العَرَقِي *Sweat Tests* : يغيب التعرق وتفاعل جلد الأوز في الآفات الجذمومية . بعد زرق ١,٠ مل من ييلوكارين هيدرات ١ : ١٠٠ (أو ميكوليل) داخل الأدمة في منطقة مصابة بالجذام بعد طليها بمحلول نشاء - يودي . يبدل العرق في الجلد السليم لون النشاء - اليودي إلى أزرق غير أن التفاعل يكون غائباً في الآفات الجذامية .

اللطاخة النسجية *Tissue Smear* : تؤخذ عينة نسجية من الآفة بالتخديش أو بقلعه *Slit* وتمد على صفيحة زجاجية وتجفف بالهواء ثم تلون بطريقة تزيل نلسن . لا يمكن كشف الجراثيم بهذه الطريقة في الجذام الدرني والجذام غير المحدد . وإن اللطاخة من الأغشية المخاطية للأنف ذات أهمية تشخيصية مماثلة ، ولكن قد تلون رمامات صامدة للحمض مما يؤدي إلى بعض الصعوبات في كشف الجراثيم الممرضة .

الخزعة الجلدية : هي هامة في كشف الجذام الجذمومي والدرني والحدي .

خزعة العصب : وهي ضرورية فقط في حال غياب التبدلات الجلدية كما في الجذام الدرني العصبي فقط والجذام الحدي .

تفاعل الليبرومين : يكون اختبار الليبرومين الجلدي (تفاعل ميتسودا) سلبياً في الجذام الجذمومي ، وسلبياً عاده في الجذام الحدي ، وإيجابياً بشدة في الجذام الدرني ○ وإيجابياً معتدلاً في الجذام غير المحدد عادة . تدل إيجابية تفاعل الليبرومين على المقاومة المناعية (الأرج) ضد المتفطرات الجذامية . ولذا يشاهد عند الأشخاص الأصحاء الذين هم يتأس مع المرضى ، وفي الأشكال الحميدة من الجذام . بينما تدل سلبية اختبار الليبرومين على نقص أو غياب قدرة المقاومة (تعطل المناعة) ويحدث في الأشكال الخبيثة من الجذام .

التحريات العصبية : يجرى اختبار التمييز الحروري (ساخن/بارد) واختبار الألم (الوحر بالإبرة) واختبار اللمس .

التحريات الكيميائية الحيوية : تعطي تفاعلات الإفرنجي المصلية غير اللولبية نتائج إيجابية غير نوعية في ٣٠٪ من الحالات تقريباً . غير أن الاختبارات اللولبية مثل *TPHA* واختبار *FTA* *ABS* - تكون سلبية في هذه الحالات . ومن الموجودات الشاذة الأخرى فرط كولسترول الدم ، وارتفاع مجمل الشحوم المصلية ، وزيادة الغلوبولينات القوية في الدم وفرط غلوبولينات الدم .

التشخيص التفريقي : من الصعب وضع التشخيص في مختلف أشكال الجذام . يجب التفكير بالجذام في المناطق المتوطنة . قد تشخص الغرناوية أحياناً عوضاً عن الجذام الدرني بعد إجراء الفحص النسجي .

الإنشاء Prophylaxis : هي أهم المهام في الحملة لمكافحة الجذام . وأهم مظاهرها هي تسجيل المرضى الجذومين ، ومعالجة جميع المرضى المعروفين ، والمتابعة الدورية للأشخاص الموجودين بتأس المرضى ، والمعالجة الوقائية للذين يبدوون سلبية اختبار الليبرومين رغم أنهم بتأس المرضى .

إن التلقيح الوقائي بـ *BCG* الذي تجربه منظمة الصحة العالمية (WHO) في إفريقيا وبورما لم يعط نتائج إيجابية .

ومن المهم إفهام المرضى عن الإمكانيات العلاجية للجذام وتأمين مراكز صحية للمرضى الخارجيين وأيضاً تحسين الظروف الصحية والمعيشية والغذائية للأشخاص المعرضين للإصابة . وقد باتت قوانين الحجر الصحي إلزامي حالياً غير مشددة . كما أن هناك ميل لرفع الحصار عن عزل المرضى المصابين بالجذام الجذمومي الذين لم يعودوا بحاجة إلى عناية طبية داخل المستشفى إذا كانت المراقبة الطبية الدورية مؤمنة لهم .

المعالجة : تشمل المعالجة التدابير العامة والمعالجة الدوائية . لذا يتضمن البرنامج الطبي تحسين العناية الصحية والظروف المعيشية وتأمين التغذية والمداواة والنظافة الشخصية المناسبة .

الأدوية :

السلفونات Sulfones : أكثر الأدوية استعمالاً لمعالجة الجذام في الوقت الحاضر . يبدو أن فعلها يوقف نمو الجراثيم وليس قاتلاً لها . إن *DADPS* (*Diaminodiphenyl Sulfone*) هو الدواء المنتخب ، وهو موجود بشكل مضغوطات تحتوي على ١٠٠ ملغ أو ٥٠ ملغ من الدابسون ولكن المقدار الشائع هو ٢٥ - ٥٠ ملغ من الدابسون يومياً للكحول . وقد يعطى أحياناً ١٠٠ ملغ جرعة وحيدة ، والجرعة العظمى هي ٢٠٠ ملغ يومياً . يجب زيادة المقدار ببطء وبخاصة في الجذام الجذمومي . يجب استعمال المقادير الصغيرة أولاً لتجنب حدوث التفاعل الجذامي . وينصح باستعمال المخطط التالي في المعالجة عن مجذمة *Canizaresand* (*Carville Leprosarium, U.S.A*) .

الشهر الأول : ٢٥ ملغ دابسون مرة في الأسبوع .
الشهر الثاني : ٢٥ ملغ دابسون مرتان في الأسبوع .
الشهر الثالث : ٢٥ ملغ دابسون ثلاث مرات في الأسبوع .
الشهر الرابع : ٥٠ ملغ دابسون مرتان في الأسبوع .
الشهر الخامس : ٥٠ ملغ دابسون ثلاث مرات في الأسبوع .
الشهر السادس : ١٠٠ ملغ دابسون مرتان في الأسبوع .
الشهر السابع : ١٠٠ ملغ دابسون ثلاث مرات في الأسبوع .

وتنصح منظمة الصحة العالمية باستعمال مقادير أعلى تصل إلى ١٠٠ ملغ ستة مرات في الأسبوع .

إذا كان المريض غير متعاون يمكن إعطاء ٢٢٥ ملغ زرقاً عضلياً . يجب أن يبقى مستوى الدابسون في الدم عالٍ بشكل كافٍ لمدة شهرين على الأقل . ومن النادر استعمال السلفونات الثنائية البديلة (سولفوكسون صوديوم وسولاسولفون) .

التأثيرات الجانبية للسلفون : يمكن أن تكون متعددة ، وتشمل زيادة الميثيموغلوبين في الدم (Methemoglobinemia) ، وفقر دم ، وزرق ، وضيق النفس ، وأعراض معدية معوية ، والتهاب عصب ، والذهان (نادر ولكنه اختلاط شديد) وبيلة ألبيومينية . قد تحدث تبدلات جلدية مثل الطفح الحبيبي الشكل ، والحمامى عديدة الأشكال أو انحلال الجلد النخري السمي (متلازمة لايل Lyell) . يجب ألا يعالج بالسلفون المرضى الذين لديهم عوز شديد في خميرة الغلوكوز - ٦ - فوسفات دي هيدروجيناز G6PD (غالباً في العرق الأسود وعند سكان البحر الأبيض المتوسط) لخطر حدوث فقر دم انحلالي شديد .

إذا حدث تفاعل يجب إيقاف السلفون مباشرة . وبشكل عام يحدث تحسن الجذام ببطء على مدى أسابيع بعد المعالجة بالسلفون ولكن بشكل أسرع في الجذام الجذومي . تعتمد معالجة الجذام الجذومي والجذام الحدي على المشعر الجرثومي (B1) والمشعر الشكلي للجراثيم (M1) .

المشعر الجرثومي (B1) : وهو نتيجة تعداد العصيات الصامدة للحمض في لطاخة مأخوذة من آفات جذامية . يرتكر التعداد على نظام حرزي Score لمعرفة عدد المتفطرات الجذامية بمائة ساحة بصرية مفحوصة والتي تتراوح بين ٦ + مع < ١٠٠٠ متفطرة/١٠٠ ساحة بصرية وبين ٦ + مع ١ - ١٠ متفطرة في ١٠٠ ساحة بصرية .

المشعر الشكليائي M1 : وهو نسبة عدد المتفطرات الملونة جيداً (كالتفطرات المشاهدة في الخمج الفعال) إلى عدد المتفطرات ذوات الأشكال الحبيبية الملونة بشكل سبحي (Beaded) غير الخمجية والفاقة قدرتها على التكاثر .

يحدد المشعران الشكلي والجراثيمي الإنذار عند المريض وخطة متابعة المعالجة وانتقاء الأدوية . ينخفض المشعر الجرثومي خلال أسابيع من المعالجة بالريفامبيسين ، وينخفض خلال أشهر إلى سنوات بعد المعالجة بالسلفون ثم يصبح سلبياً .

يصبح الفحص الجرثومي للطاخة المأخوذة من غشاء الأنف المخاطي (المشعر الجرثومي والمشعر الشكلي) سلبياً بعد سنة إلى سنتين بينما يصبح الفحص الجرثومي للطاخة المأخوذة من الورم الجذامي سلبياً بعد ٥ - ٧ سنوات . لذلك يجب المعالجة

بالسلفون لمدة عدة سنوات وحتى مدى الحياة بمقادير داعمة .

الريفامبيسين Rifampicin : هو دواء قاتل للجراثيم ، وموقف نحو المتفطرات السلية ، يعطى بمقدار ١٠ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً (وسطيّاً ٤٥٠ ملغ يومياً المقدار الأقصى ٧٥٠ ملغ/يومياً) ولمدة ٦ - ١٢ أسبوعاً . تصبح اللطاخة المأخوذة من الأنف أو الجذوم خالية من الجراثيم الحية خلال أسبوع إلى أسبوعين من المعالجة .

تبدأ معالجة الجذام في الوقت الحاضر بالريفامبيسين لمدة ٤ - ٦ أسابيع ثم يستبدل بالدابسون كمعالجة داعمة وقد يستعمل الدواءان بأن واحد .

الأدوية البديلة Alternative Drugs :

التيوأوريا Thiourea (Diphenylthiourea) : يستعمل بمقدار ٠,٣ - ٠,٥ غ/كغ من وزن الجسم أو بشكل زرق عضلي مدد بمقدار ١ غ/أسبوعاً وهو من أهم الأدوية المضادة للجذام وبخاصة في حال عدم تحمل السلفون ، والتهاب الأعصاب الجذامي ، والذهان أو التفاعلات الجذامية المديدة .

الكلوفازيمين (لامبرين) Clofazimine (Lamprene) : يفيد في الجذام الجذومي ، والتهاب الأعصاب الجذامي والتفاعل الجذامي بمقدار ٥٠ - ١٠٠ ملغ/يومياً للكحول ، ثم ١٠٠ ملغ ثلاث مرات أسبوعياً . وينصح البعض باستعمال مقادير أكبر . يحدث فرط تصبغ حمامي أو حمامي بني أو مزرق ويحدث احمرار في البول نتيجة المعالجة كما يظهر هذا الاحمرار على وجه المريض وبخاصة إذا كانوا من العرق الأصفر .

السلفاميدات المديدة التأثير : يستعمل السلفاميثوكسي يرازين أو السلفاميثوكسين في حالات خاصة فقط بسبب حدوث التأثيرات الجانبية بنسبة عالية .

حمض الإيزونيكوتينيك هيدرازيد Isonicotinic Acid (INH) : يمكن مشاركته مع الأدوية الأخرى كالريفامبيسين .

الثاليدوميد Thalidomide : يستعمل مع نتائج حسنة في التفاعل الجذامي . يجب استعماله بحذر شديد وبخاصة عند النساء الشابات بسبب تأثيره المشوه للأجنة وتأثيراته الجانبية العصبية .

التأهيل Rehabilitation : يجب إجراء جميع الوسائل لتأهيل الجذومين في العائلة وفي المجتمع . وينبغي اللجوء إلى التدابير المساعدة للمجذوم مثل المعالجة الفيزيائية والجراحة الرأبئية الترميمية (جراحة الأنف والفم الرأبئية ، مفاصل الأصابع البديلة (Prosthetic) ، اغتراس الأوتار والأعصاب في الساقين

والساعدين) لرميم القرحات الثاقبة ، والتقفعات وصلابة المفاصل .

يمكن تدير الجذام بنجاح في الوقت الحاضر مع تجنب الكثير من النتائج المروعة الناجمة سابقاً عن المرض الشديد .

التبليغ عن الجذام : الجذام من الأمراض التي يجب التبليغ عنها في معظم البلاد .

الصلبوم الأنفي Rhinoscleroma

[Herba 1870]

التعريف : الصلبوم الأنفي مرض التهابي مزمن يصيب الأنف والغشاء المخاطي الفموي والطرق التنفسية العلوية ، عدواه محدودة وتسببه الكليسيلا المصلية للأنف *Klebsiella Rhinoscleromatis* .

المحدوث : المرض نادر في أوروبا وأميركا الشمالية ويحدث بشكل رئيسي في الشرق وهو متوطن في الصين والهند ، وفي أواسط وجنوب إفريقية وفي أواسط وجنوب أمريكا . يصاب به عادة الشباب بعمر ٢٠ - ٣٥ سنة .

العامل المرضي : تسبب المرض الكليسيلا المصلية للأنف . وهي جراثيم عصوية الشكل سلبية الغرام محاطة بمحفظة . وهي تلون وتزرع بسهولة ؛ ويعتقد أن زمراً من نفس الجنس تسبب نتن الأنف *Ozena* .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض المزمن عادة بمرحلة بدئية شبيهة بالتهاب الأنف والتي تتصف بحدوث مفرزات أنفية ننته ، وجلب وجفاف الأنف والحلق . قد تؤدي الأعراض إلى تشخيص التهاب الأنف الضموري .

يتشكل ببطء ارتشاح التهابي في الغشاء المخاطي الأنفي وفي منطقة الشفة العلوية ويمكن أن يمتد إلى البلعوم أو الحنجرة . ويشكل حبيومات تنبتية حمراء قوامها قاسٍ قساوة غضروفية إلى عظمية تصبح جزءاً من جلد المنخرين المجاور . قد تجتمع الآفات مع بعضها مشكلة بنية عقيدية عديمة الشكل .

تتراجع التظاهرات الالتهابية ببطء ويحدث انكماش قد يؤدي إلى ضعف التنفس ، قد تستعمر الرشاحة الالتهابية العظم . أما الحالة العامة فتبقى جيدة .

التشريح المرضي النسجي : إن التبدلات التشريحية المرضية مشخصة للمرض . هناك رشاحة التهابية في الأدمة المتوسطة مؤلفة من عدد كبير من المصوريات وأجسام راسل *Russell* إلى جانب وجود خلايا نوعية للداء هي خلايا ميكوليكرز *Mikulicz* . وهي خلايا ناسجة كبيرة مدورة متبجعة (قطرها

يصل إلى ٢٠٠ ميكرون) ذات هيول مخاطانية *Mucoid* وعدد كبير من الجراثيم (تلوين غرام أو غمزا) .

التشخيص : يثبت التشخيص بالزرع الجرثومي . ومن المهم تفريقها عن الأنواع الأخرى للكليسيلا . قد يفيد حقن حيوانات التجرية مثل الفئران . لا يوجد تفاعلات مصلية (تفاعلات تثبت المتحمة) واختبارات جلدية متوفرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق هذا الداء عن الليشمانيات الجلدية المخاطية ، والفطار البرعمي الأميركي الجنوبي ، وأنطار نظير الكرواني *Paracoccidioidomycosis* . ويجب تفريقه أيضاً عن الحبيبيوم الموائي الأنفي ، والقرحة الآكلة الحلقية *Phagedena* ، والجذام ، والإفرنجي الشالتي واللمفومات والأورام الحبيشة الأخرى . يعتمد التشخيص الصحيح على متابعة قصة المرض وسيره المزمن ، ووجود الارتشاح الالتهابي القاسي غير المؤلم والتشريح المرضي الوصفي .

المعالجة : تعطى الصادات الواسعة الطيف كالتراسكلين ، والكلوروتتراسكلين ، والكاناميسين والجانتاميسين والسيفالوسبورين وبخاصة الستريبتومايسين . ينصح بمشاركة المستيروئيدات الجهازية مع الصادات . وقد نلجأ في المرحلة الأخيرة إلى التدابير الجراحية أو الشعاعية .

تقيح الجلد Pyoderma

التعريف : هو خمج الجلد بالجراثيم المقيحة .

يتكون تقيح الجلد البدئي من القوباء المعدية بالعنقوديات والعقديات ، والتهاب الجريبات الشعرية السطحي والعميق ، والدمامل والجمرة ، والدااحس والإكثيمة . ليست الجمرة تقيح جلد ولكنها تذكر كخمج الجلد بالجراثيم . قد تقيح بعض الأمراض الجلدية بسبب إصابته بجمع ثانوي بالجراثيم المقيحة ويجب تفريقها عن تقيح الجلد البدئي ومن الأمثلة عليها خمج الحروق الإضافي ، والإكزيمة ، والقرحات ، والجروح والأمراض مثل الحماق .

نبات الجلد الجرثومي Bacterial Flora of the Skin : يكون الجلد عقيماً مباشرة قبل الولادة غير أن الجراثيم تستعمره منذ اليوم الأول من الحياة . يتألف نبات الجلد الجرثومي من النبات المقيم ومن كائنات حية مجوقلة *Airborne* (النبات العابر) . وقد وضع برايس *Price* عام ١٩٣٨ فكرة النبات المقيم والنبات العابر ووسع كل من سومرفيل *Somerville* ونوبل *Noble* وروكل *Röckl* هذا المصطلح ليشمل النبات المقيم والنبات المقيم المؤقت والنبات العابر .

النبات المقيم Resident Flora : هي الجراثيم التي تستعمر الجلد بصورة دائمة .

نبيت المقيم المؤقت : هي الجراثيم التي تلوث الجلد وتتكاثر وتبقى عليه لمدة من الزمن .

نبيت المجوقل *Airborne Flora* (النبيت العابر *Transient Flora*) : هي الجراثيم التي تلوث الجلد الطبيعي ولكن نادراً ما تتكاثر عليه . وإن التبدلات الكثيرة في نوعية وكمية الجراثيم حسب مناطق الجلد موضع الدرس ، وزمن الاستقصاء ، لا تسمح غالباً بالتفريق الصحيح بين الكائنات الحية المقيمة والملوثات المجوقلة .

بدأت الآن الاستقصاءات العلمية لدراسة الجراثيم في جميع أنحاء سطح الجسم وفي مناطق الثنيات والقمع الجريبي . ويقسم سطح الجسم إلى المناطق المكشوفة (الرأس ، العنق ، البدن) ؛ ومناطق الثنيات حيث يكون الجلد بتماس الجلد (الإبط ، المنغبن ، منطقة حول الشرج ، العجان والأحياز بين الأصابع) ؛ والمناطق المستورة (الجذع ، الساعدان ، الساقان) . تُستعمر المناطق المكشوفة بالكائنات الحية المجوقلة ، إذ تشاهد العقنوديات بكثرة . تُستعمر مناطق الثنيات الرطبة والحارة بالجراثيم السلبية الغرام أكثر من المناطق الجافة .

النبيت المقيم والنبيت المقيم المؤقت : هي جراثيم إيجابية الغرام بشكل رئيسي ونادراً جراثيم سلبية الغرام وسنذكر الأنواع المختلفة .

الجراثيم إيجابية الغرام : الجراثيم العديدة البروبونية والجراثيم الحبيبية البروبونية ، والجراثيم الدقيقة الأليفة الهواء وتدية الشكل والتي تشاهد بشكل رئيسي في الأقسام العميقة من الجريبات الشعرية الزهمية ، وهي تصل إلى سطح الجسم مع الزهم المنطرح وتوضع عليه . نذكر من بين الجراثيم الجهبوائية الوددية الشكل الزمر أليفة الشحوم وغير أليفة الشحوم . تسبب الجراثيم الوددية تينويس *Tenuis* الفطار الشعري الإبطي وتسبب الجراثيم الوددية المينوتسمية *Minutissimum* الودح .

الجراثيم العقنودية البشرية : هي جراثيم دائمة الوجود على سطح الجلد من زمرة العقنوديات سلبية الكواغولاز (المخثرة) . تتراوح كثافة هذه الجراثيم على سطح الجلد بين ٢١٠ - ١٠/سم^٢ . تسمح طريقة السيانوناكريلات بتحديد كمية الجراثيم لكل جريب على حدة . وقد أمكن بهذه الطريقة كشف حتى ٤ - ٥ × ١٠ - ١٠ جراثيم بالجريب الشعري الزهمي الواحد . وعندما تتبدل الظروف الطبيعية تكتسب العقنوديات البشرية صفات ممرضة ، كأن تحدث التهاب الشغاف الجرثومي أو تحدث الأحماج الناجمة عن الدسامات القلبية الصناعية ، والقناطر الوعائية وبدل المفصل الوركى وبخاصة عند المرضى المعالجين بمشبطات المناعة . وقد شوهد في الوقت الحاضر حوادث إنتان دم ناجمة عن هذه

الكائنات الحية عند المدمنين على المخدرات ومرضى الإيدز . AIDS

الجراثيم سلبية الغرام : تحدث عادة في مناطق الثنيات كما هو الحال بين الأباخس أو في العجان . تسمح تبدلات النبيت الجرثومي الناجمة عن اللباس البلاستيكي الكثيم تكاثر الجراثيم سلبية الغرام حتى ١٠٪ من المجموع الكلي لتعداد الجراثيم حتى في المناطق الجافة من الجلد . وكمثال على هذه المضاعفات : التهاب الجلد الحمجي الإكريمي الشكل ، أو التهاب الجريبات الشعرية سلبية الغرام ، وحمج الأقدام السليبي الغرام . وغالباً ما تعزل الإشريكيات الكولونية والمتقلبات ، والأمعاثيات ، والرائفات والعنبيات .

النبيت العابر : تنتقل أحياناً الجراثيم سلبية الغرام من مناطق الثنيات إلى السطوح الجافة من الجلد . ولا تعيش العقنديات واليسريات المنتقلة من الأغشية المخاطية على سطح الجلد السليم الجاف . قد تنتشر العقنوديات المذهبة الإيجابية الكواغولاز من البلعوم الأنفي إلى الجلد (حملة الجراثيم ، نفس غط العائية) ، إن الغشاء المخاطي الأنفي هو المستودع الجرثومي ويتراجع تعشش الجراثيم بالمعالجة بالصادات الموضعية (حمض الفوسيديك والمويروسين *Fusidic Acid, Mupirocin*) .

عائيات الجراثيم *Bacteriophages* : تعزى فوعة بعض الجراثيم إلى وجود عائية الجراثيم . ويمكن تحديد غمطين مختلفين من العائية : المفوعة والمعتلة . وهي تَمَر *Adsorb* على ذرات مستقبلية خاصة على سطح الخلايا الجرثومية . ينفذ الحمض النووي للعائية إلى داخل الخلية بينما يبقى الغطاء البروتيني في الخارج . تتكاثر عائية الجراثيم المفوعة (مثل عائية T من الأشريكية الكولونية) وبعد ١٥ - ٢٠ دقيقة تظهر العائيات الأولية الجديدة في الثوي ثم يتلف جدار الخلايا الجرثومية بالانحلال وتحرر العائيات الجديدة .

إن للزمر الأخرى من عائيات الجراثيم طريقة ثابتة في العمل . فبعد نفوذ الحمض النووي للعائية إلى الجراثيم يندمج كالبلاسميد *Plasmid* (عائية P1) في الخلايا الجرثومية أو يندمج في مجين الثوي (عائية λ) (طليعة العائية) ويبقى هناك لعدة دورات انقسامية . تتكاثر طلائع العائيات بشكل متزامن مع دنا *DNA* الجراثيم .

تستمر مرحلة طليعة العائية بفعل المولد الكاظم في مجين العائية . وتبقى العائية خطرة على خلية الثوي لأنها تخرض بالأشعة فوق البنفسجية والأشعة السينية ، وبعض المواد الكيميائية . وفي هذه الحالة يترك دنا *DNA* الحمة الصبغي الجرثومي ويبدأ تكاثر عائيات الجراثيم . ويتركب الحمض النووي للحمة وغلافها البروتيني ، ويحدث دورة خمجية كالتي

وصفت في عاثيات الجراثيم الفوقية .

والتهاب ما حول الجريبات هي أمراض جرثومية تصيب الجريب الشعري .

الدمل *Furuncle* والجمرة *Carbuncle* : هما التهاب الجريبات الشعرية العميق الذي يمكن أن ينفذ إلى عمق الأدمة أو حتى إلى الطبقة الشحمية تحت الجلد .

الغلمون *Phlegmons* : هو خمج شديد مترقي يصيب الجلد وما تحت الجلد مع ارتشاح قاسر ومنتشر وميل إلى التقيح النخري .

الحمرة *Erysipelas* : هي خمج حاد مع انتشار عبر الأوعية اللمفية في الجلد وما تحت الجلد . ولأسباب تعليمية سوف نناقش الحالات المسببة عن العقنوديات والعقديات كل على حدة . إلا أن هذا التقسيم غير ممكن دائماً ، لأن عدداً كبيراً من أخماج الجلد والأغشية المخاطية قد تنجم عن العقديات والعقنوديات مثال : القوباء . ويمكن كشف الجنسين في وقت واحد .

التقيحات البشرية *Epidermal Pyodermas* :

التعريف : تشاهد أخماج قичية في جميع أنحاء العالم ، وعادة الأخماج الحادة الناجمة عن المكورات المقيحة . ويمكن تمييز عدة أشكال مختلفة .

القوباء المعدية *Impetigo Contagiosa* :

التعريف : هو خمج سطحي في الجلد تسببه العقديات أو العقنوديات . يحدث بشكل رئيسي عند الأطفال وبشكل أقل عند الكهول . ويمكن التمييز السريري بين القوباء ذات الحويصلات الصغيرة والقوباء الفقاعية . تكون القوباء عند الأطفال سارية بشدة (القوباء السارية) مؤدية إلى أوبئة في العائلات ، وحضانات الأطفال والمدارس . يؤهب اضطراب وظيفة الجلد وفقد العناية الصحية إلى الإصابة بالخمج .

الوئيات : تصيب العقنوديات الإيجابية الكواغولاز بشكل عام الجلد والأغشية المخاطية عند الإنسان . تسبب العقنوديات في المشافي مشاكل خطيرة . تنتقل الجراثيم بشكل رئيسي عن طريق اليدين أو عن طريق الخلايا القرنية الوسفية المتساقطة المستعمرة بالمكورات . وتكون العقديات عادة مسؤولة عن القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة .

القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة :

المرادفات : القوباء المعدية عقدية المنشأ .

التعريف : هو خمج شائع في الجلد يصيب الأطفال بشكل رئيسي .

كثير من الجراثيم ينقصها مستقبلات ضرورية على سطح خلاياها ، ولذا تصبح غير قادرة على إحداث الخمج . تفقد خلايا الثوي العاثيات أحياناً . التي يقدر عددها بواسطة اللويحات التي تشكل صفائح الزرع التي تغطيها الجراثيم . تكون بعض الذراري الجرثومية ذات عاثيات حساسية بشكل خاص ، وتعمل كذراري مشعرة . تبدل الوئيات الخناقية مميزات خلايا المضيف بسبب جينات العاثيات ، فتننتج الذايفان عندما تستضيفها عاثيات معينة . في المكورات العقنودية (وخاصة المذهبة) تتشكل العاثيات البلاسميدات المقاومة .

العوامل الممرضة : تتبع الآلية الإمراضية لخمج وتقيح الجلد الجرثومي عدة عوامل وخاصة ما يلي :

إمراضية الجراثيم : الذايفان الداخلي والخارجي (مثال : الستربتوليزين لزمرة العقديات A والأغريسسين لعصيات الجمرة) . تثبط البلعمة بواسطة البروتين M الموجود في العقديات .

باب الدخول الممكن : تخرق الحاجز الجلدي الناجم عن تخرب الطبقة المتقرنة .

القدرة الدفاعية للثوي : ضد الاجتياح الجرثومي . أمثلة : اضطراب البيئة (زيادة الرطوبة أو قلوية سطح الجلد) . تبدل النبيت الجرثومي المقيم الناجم عن المعالجة بالصادات مؤدياً لحدوث التهاب جريبات سلبي الغرام ، أو المعالجة الكتيمة بالستيروئيدات القشرية ومتلازمة عوز المناعة البدئية أو الثانوية المكتسبة .

التصنيف : تسمى الجلادات الناجمة بشكل بدئي عن العوامل الممرضة المفعوة ، وبخاصة العقنوديات والعقديات ، تقيحات الجلد . عندما يحدث الخمج على آفة جلدية سابقة يطلق عليه التقويو الثانوي أو التقيح الثانوي مثل تقويو الإكزيمة أو الجرب . يعرف التقويو بالنضحة والجلب القيقية التي تغطي الآفة البدئية .

قد يصيب الخمج الجرثومي البشرة ، وملحقات الجلد (الجريبات الشعرية الذهمية والغدد العرقية) ، والأدمة والنسيج الخلوي تحت الجلد .

القوباء : هي مرض البشرة ما بين الجريبات الشعرية ، والتهاب المسام وما حول المسام . وهي تسمية قديمة جداً ولم تعد تستعمل . وتدل على خمج الأفتية المفرغة العرقية القيقية . يشمل التهاب الغدد العرقية القيقية الأجزاء النهائية لأفتية الغدد العرقية المفرزة والأفتية الجريبية الزهمية .

إن التهاب الجريبات وتقيحها (التهاب فوهة الجريبات)

الحدوث : يحدث الخمج في جميع أنحاء العالم وبخاصة عند الأطفال . يصاب الجنسان بنسبة واحدة . وتحدث الإصابة عادة في الفصول الدافئة الصيفية ، وفي المناطق المدارية وتحت المدارية الرطبة الدافئة بشكل خاص .

الأسباب والأمراض : تحدث القوباء ذات الحويصلات الصغيرة بالعقديات بشكل رئيسي . وقد تكشف العقديات أحياناً . ومصدر العدوى هم المرضى الحاملون للجراثيم في منطقة البلعوم الأنفي ، وينتقل بالتماس المباشر من شخص لآخر . توهب إصابة الجلد بأفات (مثل الإكزيمة التأتبية ، والجرب والحمق) إلى حدوث الخمج .

الموجودات السريرية : يصيب المرض أي جزء من الجسم بصورة غير متناظرة . يحدث أولاً بقع صغيرة حمراء يظهر عليها بسرعة حويصلات رقيقة محاطة بهالة التهابية ضيقة .

ونادراً ما تشاهد هذه المرحلة لأن جدار الحويصلات يكون رقيقاً جداً ولذلك فهو يتمزق بسرعة . يحدث نضحة شديدة من قاعدة الحويصل ثم تجف وتشكل جلبة صفراء عسلية . تكون الآفات في البدء صغيرة (٣ - ١٠ مم) ثم تتصل مع بعضها وتتسع . قد يتبع ذلك تورم مؤلم في العقد اللمفية الناحية ، تشفى الآفات دون تندب .

تكون المناطق غير المستورة من الجسم هي المناطق الانتقائية للمرض كالوجه وخاصة حول المنخرين والقمم أو الفروة ، والرقبة واليدين ، قد تحدث الحكمة آفات جديدة . تصاب زاوية الفم غالباً وطيأت الأظفار أيضاً . يوهب الزكام لانتقال الجراثيم إلى مناطق أخرى من الجسم ومن شخص إلى آخر . لذلك تبدأ القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة حول الأنف غالباً . (راجع الشكل ٤ - ٦٤) .

الأعراض : تحدث جلب صفراء عسلية على جلد حمامي ذو توزع غير متناظر عند الأطفال . تترافق بحكة أحياناً . وغالباً ما يكون هناك إصابة مزمنة بالزكام مع خزان للعقديات . ويحدث في بعض الأحيان تورم مؤلم بالعقد اللمفية .

التشريح المرضي النسيجي : تتوضع الحويصلات في القوباء تحت الطبقة المتقرنة وتحتوي على الجراثيم ومواد فيبرينية وعدلات . وقد يشاهد تسفنج وارتكاس التهاوي معتدل تحت البشرة .

اللطاحة : تبدي اللطاحة الجرثومية سلاسل من العقديات إيجابية الغرام ويكون الزرع إيجابياً .

المسار : يستمر الداء بدون معالجة مدة طويلة . تحدث آفات عديدة تؤدي إلى أعراض عامة ومجموعة مع حمى ، ووعكة وفقد الشهية . تقصر المعالجة سير القوباء إلى عدة أيام . يُخشى

في القوباء المديدة حدوث التهاب كبيبات الكلى ما بعد الخمج (التهاب الكلية القوبائي) الذي قد يشاهد عند ٤٪ من المرضى ولكنه غير شائع الآن .

تحدث إصابة الكلية بزمرة خاصة من العقديات (العقديات المولدة لالتهاب الكلية) . ويجب إجراء اختبار بولي أثناء القوباء وبعدها بعدة أسابيع إذا ثبت وجود العقديات . يجب تحديد عيار مضاد الحالة العقدية Antistreptolysin ومضاد الحالة العنقودية Antistaphylococcal . يمكن للمخبر المختصة أن تفرق بين العقديات الحديثة لالتهاب الكلية النمط (M Type) (M Type) والزمرة غير المولدة لالتهاب الكلية . وهذا أمر مهم في الجائحات بالعقديات .

التشخيص : سهل جداً ، فالأطفال المصابون بمفرزات من الأنف ونجلب صفراء عسلية هم المرضى النموذجيين .

الإنذار : جيد ولكنه سيء في التهاب الكلية القوبائي .

التشخيص التفريقي : في السابق ، كان يفرق سريرياً بين القوباء ذات الحويصلات الصغيرة الناجمة عن العقديات والقوباء الفقاعية الناجمة عن العقديات . ولكن هذا التفرق ليس صحيحاً دائماً إذ غالباً ما تكشف العقديات الحالة للدم في القوباء ذات الحويصلات الصغيرة وأحياناً تكشف العقديات المذهبة . يتبع زرع العقديات الزمن بين أخذ العينة وإجراء الزرع . إذا نقلت اللطاحة مباشرة على وسط الزرع يكون معدل كشف العقديات عالياً . أما إذا لم يبدأ الزرع إلا بعد ٢٤ ساعة من أخذ العينة فينقص هذا المعدل كثيراً . يحدث الخلأ البسيط حويصلات متعددة الحلقات وقد تصاب بالقوباء . وتكون الإفراغيات الثانوية على الوجه متناظرة وتبدي ارتشاحاً في النسيج .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى المعالجة الجهازية فقط إذا كانت القوباء منتشرة وإذا كان ثمة عوامل أخرى مثل الإكزيمة أو إذا كان هناك جائحة من التهاب الكلى القوبائي . ولنفي حدوث الخمج الكلوي يجب إجراء فحص بول في الأسابيع التالية لحدوث القوباء . يجب إجراء التحسس الجرثومي للصادات لكشف المقاومة لبعض الصادات . يعطى البنسلين عن طريق الفم على سبيل المثال ، البوتاسيوم فينوكسي مثل البنسلين وبالمقادير المناسبة لعمر المريض مرتان إلى أربع مرات يومياً في الخمج بالعقديات أو بالعنقوديات الحساسة للبنسلين . وإذا شككنا بوجود عنقوديات مقاومة للبنسلين ، يجب استعمال مشتقات البنسلين المقاومة للبنسليناز مثل الأوكساسيلين وبمقدار ٢,٥ غ/يومياً للكهل ، وعند الأطفال بالمقادير المناسبة للعمر ؛ أو يعطى الذي كلوكساسيلين أو الغلوكلوساسيلين ، وعند

الضرورة قد يعطى الإريترومايسين بمقدار ١,٥ - ٢ غ يومياً للكهل مجزأة على أربع جرعات .

المعالجة الموضعية : تنزع الجلب بوضع ضمادات رطبة أو ٣ - ٥٪ حمض الصفصاف الودلياني أو مراهم الصادات . وعندما تزال الجلب يتوقف انتشار الخمج . تساعد المعالجة المضادة للجراثيم الموضعية على شفاء المناطق المتأكلة ، ويفيد رهيم النيومايسين أو الرهيمات والمراهم الحاوية على ٠,٥ - ١٪ من الكلوكينول أو حمض الصفصاف ٣ - ٥٪ . لا يوجد استطباً بدئي للمعالجة بالمستحضرات الحاوية على التتراسكلين أو الجنتاميسين بسبب حدوث مقاومة لهذه الصادات وخطر حدوث خمج الاستشفاء ، وحدث الأرج للجنتاميسين أيضاً .

العناية الصحية Careful Hygiene : بقي الغسل المتكرر بالمطهرات أو الصوابين ، وقص الأظافر ، وتغيير الثياب وأغطية الأسرة المتكرر من الانتشار التالي للقوباء . يجب وضع المراهم الحاوية على الصادات على أظافر اليد وعلى المنخرين وذلك بعد الفحص الجرثومي .

القوباء الفقاعية Bullous Impetigo :

المترادفات : القوباء عنقودية المنشأ . القوباء المعدية عنقودية المنشأ .

التعريف : تحدث بالعنقوديات المفوعة إيجابية الكواغولاز . وبخاصة عند الأطفال والكهول أيضاً مع التشكل السريع لفقاعة كبيرة ورخوة .

العامل المرضي : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، عادة الزمرة II عائية نمط 71 .

الحدوث : يحدث في جميع أنحاء العالم في فصل الصيف عادة ، ويكثر حدوثه في المناطق الدافئة الرطبة المدارية وشبه المدارية .

الوبائيات : تحدث القوباء الفقاعية بشكل وبائي في الحضانات والعائلات وهي سارية بشدة . لذلك فهي تنتشر بسرعة في الحضانات والمشافي (الفقاع الوليدي) . والقوباء الفقاعية أكثر مشاهدة في المناطق الإستوائية (القوباء الاستوائية) .

الإمراض : تنتج العنقوديات المرضية (عائية نمط 71) ذيفاناً حال للبشرة (Epidermolysin) . لذا يعتبر كشكل من انحلال البشرة النخري السمي الجرثومي (متلازمة لايل Lyell) . يؤدي الذيفان الخارجي إلى انحلال الأشواك داخل البشرة في بعض أنواع الحيوانات (كالفران حديثي الولادة) مع تشقق وانحلال الطبقة المتقرنة .

الموجودات السريرية : تتشكل فقاعات رخوة على بقع حمامية

محتواها مائي رائق ، يصبح فيما بعد غيمياً وقيحياً ، ثم تزول الحويصلات . إذا حدث الداء على جزء ما من الجسم تتدلى النفاطات للأسفل نتيجة ترسب السائل والكريات البيض (Hypopyon) ويظهر لاحقاً سطح أحمر متآكل ذو منظر رطب ، ثم يستر بوسوف وجلب . لا تتشكل الجلب بكثافة الجلب التي تحدث في القوباء ذات الحويصلات الصغيرة . يحدث الشفاء دون تندب ولكن تبقى بعض الحمامي والتصبغ . وثمة تشابه في المناطق الانتقائية والانتشار مع القوباء ذات الحويصلات الصغيرة . (راجع الشكل ٤ - ٦٥) .

الأعراض : تكون الحالة العامة جيدة ولا يحدث تعوك إلا في حال انتشار المرض .

اللطخة : تشاهد مكورات إيجابية الغرام بشكل مجموعات صغيرة أو كتل . ويكون الزرع الجرثومي إيجابياً .

التشريح المرضي النسيجي : تتسع الحويصلات في القوباء الفقاعية داخل البشرة في الجزء العلوي من الطبقة المالبكية وتحتوي على الفيبرين والعدلات . يشاهد تسفنج وارتكاس التهابي متوسط الشدة تحت البشرة .

المسار : لا تتشكل مضاعفات إذا كان انتشار الداء محدوداً ، أما إذا أصاب الداء مساحات واسعة مع سطوح منتشرة متآكلة فقد يتم امتصاص الذيفانات السمية .

التشخيص : يؤكد التشخيص بإجراء الزرع واللطخة وتكون الحويصلات عند المرضى الصغار كبيرة رخوة قيحية مع سطوح متآكلة .

التشخيص التفريقي : يحدث الفقاع الإفرنجي الوليدي عند الولدان وهو سهل الملاحظة لتوضع الحويصلات على الراحين والأخصصين مع تشاركه بأعراض الإفرنجي المرافقة . تحدث الآفات في انحلال البشرة الفقاعي بعد الرض الآلي في نقاط الضغط . وتبدي القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة عادة تآكلات سطحية مع جلب سميكة صفراء عسلي اللون .

الإنذار : كان المرض سابقاً يهدد حياة الولدان مع نهاية مميتة في ٧٠٪ من الحالات ، لذلك كانت القوباء الفقاعية من الأمراض التي يجب التبليغ عنها . أما في الوقت الحاضر فقد فقدت أهميتها ، لأن المعالجة بالصادات وتطهير الجلب السري وضع حداً لحدوثها . هذا وإن إنذار القوباء الفقاعية عند الأطفال والكهول جيد لذلك لم يعد من الواجب التبليغ عن هذا الداء في أكثر البلدان .

المعالجة : هي نفس معالجة القوباء ذات الحويصلات الصغيرة . ومن المهم نفي التهاب الملتحمة القيحي ، والتهاب الأذن أو الزكام القيحي كأحتاج بدئية .

والأطفال الصغار والكهول ناقصي المناعة ذوي آفات كلوية غالباً . يحدث الذيفان الخارجي تشظرات منحلة الأشواك في البشرة تحت الطبقة المتقرنة .

الموجودات السريرية : يحدث التهاب الملتحمة القيحي المرافق ، والتهاب الأذن والتهاب البلعوم كما يحدث طفح شبيه بطفح القرمزية . يبدأ الطفح حول الفوهات ويمتد بسرعة ، ويشعر المريض بالتعب . تكون علامة نيكولسكي إيجابية . وتظهر خلال ٢٤ - ٤٨ ساعة حويصلات كبيرة رخوة تمزق بسهولة تاركة سطوحاً بشروية متآكلة حمراء نيرة في جميع أنحاء الجسم . ويشبه هذا حروق الدرجة الثانية . تجف ذرى الفقاعات بسرعة ثم تنفصل على شكل رقائق . ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية . ويحدث عود التظهن خلال أسبوع إذا أعطيت المعالجة بسرعة . (راجع الشكل ٤ - ٦٧) .

التشريح المرضي النسيجي : تتشكل التشظرات منحلة الأشواك في أعلى البشرة ضمن الطبقة الحبيبية مؤدية لتشكل حويصل تحت الطبقة المتقرنة . ويبدو باقي البشرة طبيعياً ، وعلى الأخص لا يشاهد نخر خلوي . وغالباً ما تكون الأدمة خالية من علامات الالتهاب . لذا تبدو الشقوق البشروية دون حدوث انسداد خلوي . يمكن التشخيص الفوري بإجراء مقاطع جَمَدية لسقف الفقاعة الذي يتشكل من الطبقة المتقرنة فقط . يجب تفريق هذا المرض عن متلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء حيث يتشكل التشظرت تحت البشرة ويتشكل سقف الفقاعات من مجمل البشرة المتنخرة .

التشخيص : تشبه الصورة السريرية الصورة المشاهدة في الجلد السطحي . ومن العلامات المشخصة الأخرى : علامة نيكولسكي الإيجابية ، والدراسة النسجية لسقف الفقاعة بالمقاطع الجمدية ، ووجود الخلايا المنحلة الأشواك في اللطاخة ، وكشف العقنوديات بالفحص الجرثومي ، ووجود بؤر خمجية أخرى بعيدة عن الجلد (كالعين ، والأذن ، والبلعوم) .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق متلازمة لايل العقنودية عن القوباء الفقاعية (القوباء الفقاعية الوليدية) ، والطفح القرمزي الشكل ، ومتلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء (انحلال البشرة النخري الانسمامي) .

الإنذار : جيد عادة . ويجب تجنب حدوث المضاعفات كالإنتان ، وذات الرئة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : المعالجة بالصادات (البنسلين المقاوم للبنسليناز ، والإريثروميسين والسيفالوسبورين) هي الأهم

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات عن طريق الفم وخاصة الإريثروميسين أو البنسلينات المقاومة للبنسليناز مثل الأوكساسلين والذي كلوكساسلين والغلوكونكساسلين في الحالات المنتشرة لمنع حدوث المضاعفات الخطرة كاتساع الداء وحدوث متلازمة لايل العقنودية المنشأ . ويجب أن تعتمد المعالجة على إجراء تحسس للجراثيم المزروعة .

المعالجة الموضعية : يجب إزالة سقف الفقاعة بشكل كامل . تزال الجلب بمراهم تحتوي على ٣ - ٥٪ حمض الصفصاف أو على مضادات الجراثيم . تفيد المحاليل المائية الحاوية على الأصبغة (صباغ كاستيلاني ، بنفسجية الجانسيان = محلول بيوكثاني ٠,٥ - ١٪) .

القوباء الفقاعية الوليدية Neonatal Bullous Impetigo :

المرادفات : الفقاع الحاد الوليدي ، الفقاعاني العقنودي المنشأ عند الوليد .

تتشكل حويصلات كبيرة بسرعة في خمج البشرة العقنودي عند الرضع . وتشكل الثنيات بيئة مناسبة لنمو الجراثيم ، ولذلك فهي تصاب بشكل واسع مما يؤدي لحدوث مساحات واسعة مناسبة لامتصاص الذيفان . وقد يتطور المرض بسرعة وبصورة غير ملحوظة إلى متلازمة لايل العقنودية المنشأ (التهاب الجلد التقشري الوليدي 1878 Ritter von Rittershain) . (راجع الشكل ٤ - ٦٦) . ويكون العامل المسبب غالباً العقنوديات المذهبة زمرة II عاثية غمط 71 . وهو مرض يجب التبليغ عنه عنه .

متلازمة لايل العقنودية Staphylococcal Lyell's Syndrome :

المرادفات : التهاب الجلد التقشري الوليدي Ritter Von 1878 Rittershain ، متلازمة الجلد السطحي العقنودي . والمرادفات للأشكال المحدث بالدواء وهي انحلال البشرة السمي الحاد . وسوف يتم مناقشتها فيما بعد . (راجع الشكل ٤ - ٦٧) .

التعريف : هو مرض خطير يسببه الذيفان الخارجي للعقنوديات يصيب الأطفال بشكل رئيسي .

العامل المرضي : العقنوديات المذهبة ، وغالباً عاثية غمط 71 ، وإن الذيفان الخارجي الذي تنتجه هذه العقنوديات (حالة البشرة Epidermolysin) . يسبب التبدلات الوصفية في البشرة . ليس من الشائع كشف عقنوديات أخرى مسببة للداء غير العاثية غمط 71 .

الإمراض : يصاب الرضع في الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة ،

والأسرع فعالية . ولا يمكن انتظار تفاصيل اختبارات التحسس الجرثومي تجاه الأدوية . لا تعطى الستيروئيدات بشكل بدئي على نقيض متلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء .

المعالجة الموضعية : عرضية كما في السمط المنتشر والواسع .

الفقاعات الزاحفة Bulla Repens :

التعريف : هي شكل خاص من القوباء الفقاعية تصيب اليدين والقدمين مع تشكل حويصلات ذات جدر سمكة لها ميل خفيف نحو الانبثاق . (انظر الشكل ٤ - ٦٨) .

العوامل المرضية : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواكولاز . وأحياناً العقديات .

الموجودات السريرية : يحدث في الأماكن التي تكون فيها الطبقة المتقرنة سمكة والتي تمنع تمزق الحويصلات ، على ذرى الأصابع مثلاً ، وبخاصة على الوجه الراحي أو على الراحتين أو الأخمصين . يشاهد عادة فقاعة واحدة تتسع وتكون محاطة بهالة النهاية . فإذا أصابت الفقاعة الأصبع فقد تحيط بمجمل الظفر وتمتد إلى الطية الظفرية . ويصاب سرير الظفر أحياناً وبالتالي يصبح الظفر رخواً وقد يفقد بأكمله . ويكون سقف الفقاعة المتسعة مقاوماً ونادراً ما يتخرب . ويصبح محتوى الفقاعة قيحياً . وقد يكون المحتوى أحياناً مصلياً في الأعلى وقيحياً مصفراً في الأسفل بسبب ترسب العدلات . ولا ينتقل الداء إلى مناطق أخرى من الجسم لأن الفقاعة لا تمزق . وعندما تفتح الآفة يشاهد قاعدة حمامية ، تشكل فوقها جلبة من محتويات الفقاعة الباقية . (راجع الشكل ٤ - ٦٩) .

الأعراض : تسبب الفقاعة شعوراً بالضغط والألم ولكن أقل من الألم المحدث بالدااحس .

السير : تبقى الفقاعة عادة لمدة عدة أيام ونادراً ما تبقى عدة أسابيع . وتترافق بالتهاب ما حول الظفر ، ونادراً ما تتحول إلى داحس أو فلغمون إذا عولجت بشكل جيد .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الداحس الذي يكون أكثر ألماً وأعمق التهاباً ، كما تفرق عن الحلاّ البسيط أو الداحس الحثلي الذي يبدي عدة حويصلات متعددة الحلقات مع محتوى أبيض غيمياً وأحياناً نزفياً أو يبدي تآكلات . وكثيراً ما ينكس في نفس المكان .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : غير ضرورية عادة . عند الأطفال « حيث يكون الداء خطراً » يعطى الإريثروميسين أو البنسلينات المقاومة للبنسليناز وإذ كان ممكناً يجب تحديد حساسية الجراثيم للدواء .

المعالجة الموضعية : حمامات للأصابع في محاليل تحتوي على صوابين ممددة . تمزق الفقاعة وتطبق ضمادات رطبة حاوية على المطهرات مثل الكلورهيديروكسي كينولون أو البرمنغانات ، تعالج الجروح المتآكلة بالرهيمات الحاوية على الصادات أو مرهم بوفيدون إيدوين Povidone - Iodine .

تقيح جريات الأشعار Pyodermas of the Hair Follicles :

التعريف : تكثر مشاهدة خمج الجريات الشعرية القيحي في جميع الأعمار ويميل لكي يصبح مزمناً . وقد تكون المعالجة صعبة .

تقيح الجريات Follicular Pyoderma :

المرادفات : قوباء بوكار ، التهاب فوهات الجريات .

التعريف : هو خمج الجريات الشعرية بالعنقوديات أو بجراثيم أخرى ذات تواضع سطحي جداً . سريرياً ، يشاهد بثرات في فوهات الجريات الشعرية .

العامل المرضي : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز .

الحدوث : عادة عند الذكور ونادراً جداً قبل البلوغ وهو ليس نادراً في المناطق المعتدلة غير أنه أكثر مشاهدة في المناطق المدارية الرطبة .

الأسباب والأمراض : تتطلب الأخماج الجرثومية في الجريات الشعرية بعض العوامل المؤهبة : كمناطق الثنيات الرطبة والدافئة ، والتعرق الشديد عند البدينين ، والمناطق الرطبة والزهمية ، والظروف الرطبة المعطنة كاستعمال ضمادات كتيمة ، وتأذي المنااعة الناجم عن المعالجة الموضعية بالستيروئيدات أو المركبات القطرانية . تشكل الضمادات الرطبة ظروفاً مثالية لنمو هذه الجراثيم . قد تختلط الجلادات الحاكة كالإكزيمة التأتبية بتقيح الجريات الشعرية . وتعد المناطق الزرقية Cyanotic كالألتين والأجزاء السفلية في الساقين عند الذكور من المناطق الانتقائية للإصابة بتقيح الجريات الشعرية المزمن . ويجب نفي الداء السكري كعامل مؤهب .

الموجودات السريرية : العلامة الرئيسية هي البثرات الجريية الصفراء . يصيب الخمج الجريات الشعرية النهائية مع ظهور شعرة سمكة في وسط البثرة . وإذا أصيبت الجريات الشعرية الوبرية فلن يكون من السهل معرفة مكان الجريب . تحاط البثرات الصفراء نصف الكروية بهالة حمامية النهاية صغيرة . وقد تكون البثرات مجتمعة مع بعضها على سطح حمامي ملتهب . يؤدي تمزق البثرات إلى تشكل جلب تسقط بعد عدة أيام تاركة مكانها سطحاً حمامياً . ويحدث تقيح الجريات الشعرية بشكل

شائع على الوجه ، والفروة ، والأطراف والإبط .

الأعراض : لا تشاهد علامات عامة ومن النادر حدوث حكة خفيفة .

التشخيص المرضي : تشاهد بثرات تحت الطبقة المتقرنة والجريبات الشعرية كما تشاهد خلايا التهابية معظمها من الكريات البيض موضوعة في فوهات الجريبات الشعرية .

المسیر : إذا لم يعالج الداء يكون سيره مزمنًا وناكسًا لمدة أسابيع أو أشهر أو سنين . غير أنه إذا ما عولج يكون سيره محدودًا .

التشخيص التفريقي : إذا توضع الآفة في المنطقة حول الفم وكانت ذات سير مزمن يجب التفكير بجمع المبيضات ، كما يجب نفي التهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام . ونادرًا ما يؤدي داء الشعرويات الجريبي المزمن (سعة الذقن ، أو على الساق عند النساء ، إلا أن الآفة تكون أكثر ارتشاحًا) إلى حدوث بثور جريبية ، كما ينبغي تفرقه عن الطفح العددي الشكل الناجم عن الأدوية والهالوجينات ، والبثرات في العد الشائع ، وعد الزيوت أو عد القطران والإفرينجيات الحطاطية البثرية .

الإنذار : جيد .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى المعالجة بالصادات حسب تحسس الجراثيم وذلك عن طريق الفم فقط في الحالات المنتشرة والمعدنة .

المعالجة الموضعية : فتح البثور ، والمعالجة المطهرة بمحضر النصفاف ٣ - ٥ ٪ من الكحول ٧٠ ٪ ، والأصبغة المضادة للجراثيم (مثل البولي فينيل يروليدون إبوداين) ، والرهيمات الحاوية على الصادات أو الدهون الحاوية على التوتياء مع بعض المطهرات (كلوكينول ٠,٥ ٪) للوقاية من التلقيح الذاتي . وينبغي استعمال المطهرات للتفصيل ، وإتباع الوصايا الصحية مع تبديل الملابس عدة مرات . كما يجب تبديل شفرات الحلاقة وتعقيمها بالكحول ٧٠ ٪ قبل استعمالها .

الأشكال الخاصة : تقيع جلد الجريبات المزمن الناكس عند الذكور :

يحدث هذا خاصة على الأطراف السفلية والأليتين عند الذكور . وهو ذو علاقة مع التهاب الجريبات الشعرية الأليوي الشرثي . وتكون الحكة العرض الرئيسي في هذه الحالات ، التي لا تشاهد عادة في التهاب فوهات الجريبات الشعرية الحاد . (راجع الشكل ٤ - ٧٠) .

التهاب الجريبات وما حول الجريبات :

العوامل المرضية : وتسميه عادة العقنوديات المذهبة إيجابية

الكواكولاز ، وبشكل أقل الجراثيم سلبية الغرام التي تنفذ عميقًا في الجريبات الشعرية .

التعريف : يصيب المرض الجريب الشعري بأكمله ويصيب أيضاً الأنسجة ما حول الجريبات . يكون التشخيص التهاب جريبات إذا حدث فقط غزو بالعدلات ووذمة وفرط توعية . أما إذا تشكل خراج في النسيج حول الجريب فهذا هو بدء ظهور الدم . ومن الشائع أن يتطور التهاب الجريبات إلى التهاب ما حول الجريبات وإلى الدم . قد يحدث التهاب الجريبات في أي مكان من الجسم ما عدا الراحتين والأخصيين حيث لا يشاهد جريبات شعرية . تفرق بعض الأشكال الخاصة من التهاب الجريبات بالصورة السريرية الوصفية .

التهاب الجريبات البسيط في اللحية

: Folliculitis Simplex Barbae

المرادفات : التهاب جريبات في منطقة اللحية .

الموجودات السريرية : تتشكل آفات مفردة أو مجتمعة من التهاب الجريبات الشعرية في منطقة اللحية وفي جانب الرقبة المجاورة فينتشر الخمج عادة بالحلاقة . وقد يرض العنق ألياً . تشبه الصورة السريرية في البدء تقيع الجريبات الشعرية إذ يشاهد بثرات صغيرة جداً حول الأشعار . ولكن مع حالة التهابية حول الجريب . يصبح التهاب الجريبات أكثر وضوحاً ويحدث شعور بالحرق والألم عند الحلاقة . يكثر توزع التهاب الجريبات على مساحة كبيرة ويكون على أشده في المركز . قد تجتمع الآفات مع بعضها وخاصة في الشفة العلوية . يتصف هذا الشكل الشديد بتشكيل حطاطات حمامية مجتمعة مع بعضها البعض مع خمج جريبات متعددة تشبه الصورة السريرية بدء تينة فطرية .

المسیر : مزمن مع ميل للنكس .

التشخيص التفريقي : التهاب الجريبات الشعرية بالمبيضات ، و التهاب الجريبات الشعرية بالجراثيم سلبية الغرام . و التهاب الجريبات الشعرية العميق بالفطور الشعروية ، و التهاب الجريبات الشعرية الكاذب في اللحية .

الإنذار : جيد .

المعالجة : رغم أن المعالجة هي نفس معالجة تقيع الجريبات الشعرية غير أنها أصعب في هذا النوع من الالتهاب .

المعالجة الجهازية : تعالج بالصادات عند الضرورة بعد إجراء التحسس الجرثومي وبالمقادير المعيارية ، ولمدة كافية لشفاء الالتهاب بشكل كامل .

المعالجة الموضعية : يجب بدء المعالجة بالأصبغة أو الرهيمات الحاوية على الستيروييدات والصادات . وينبغي تجنب استعمال

المراهم ، وتجنب الحلاقة أو تعقيم شفرة الحلاقة بالكحول ٧٠٪ . وقد نلجأ إلى إزالة الأشعار المؤوفة . (راجع الشكل ٤ - ٧١) .

التهاب الجريبات الإكزيمية في اللحية : Folliculitis Eczematosa Barbae

التعريف : هو مرض مشترك حيث تكون الآفة البدئية هي إكزيمية منطقة اللحية مع التهاب جريبات لحج ثانوي . وقد يشاهد البدء بالتهاب الجريبات وحدوث تآكزيم ثانوي .

الحدوث : نادر عند النساء كثير المشاهدة عند الرجال .

الموجودات السريرية : تبدأ الإكزيمية غالباً على الشفة العلوية مع التهاب أنف مزمن (التهاب أنف محرك وعائي ، السلائل Polyps ، أمراض جوف الأنف) بسبب التهاب الجلد التأتبي أو التهاب الجلد بالتهامس التخريشي أو بالتهامس الأرجي . يمتد الالتهاب حول الفم وحتى إلى الذقن أو إلى منطقة اللحية بأكملها . ويترافق بالتهاب ما حول الجريبات . يمكن نزع الأشعار المؤوفة بسهولة وبدون ألم . ويكون غمد الشعرة غيمياً أو زجاجياً . وعادة لا تحدث خراجات أو عقيدات . ويستر سطح الجلد بجلب جافة متسخة صفراء ، بينما تكون مناطق أخرى متآكلة ونازة أحياناً . يمكن رؤية إكزيمية متقوية على الحاجبين والفروة والركب Mon Pubis .

الأعراض : تؤدي البثرات الجريبية في جلد متأكزيم ومرتشع إلى الحكمة الواضحة ، وخاصة في منطقة اللحية .

التشريح المرضي النسجي : تحدث خراجات جريبية مع التهاب جلد ما بين الجريبات .

السير : ليس هذا التهاب جريبات شعرية بسيط وإنما هو مرض قد يستمر سنيناً وعقوداً إذا لم يعالج .

التشخيص : كشف العامل المرضي والتحري عن سبب الإكزيمية .

التشخيص التفريقي : تحدث تينة اللحية الفطرية مع بثرات صغيرة وكبيرة كثيرة المفرزات . وتهاجم الفطور الأشعار وخاصة في منطقة اللحية ، بينما لا تصاب الشفة العلوية غالباً (الزرع الفطري) . ويجب نفي التهاب الجريبات بالمبيضات البيض بإجراء الزرع .

قد يطلق على داء الشعرويات العميق التسمية القديمة التينة الطفيلية (من اللغة اللاتينية Syca ومعناها تينة) . وتدل كلمة التينة على تشكّل البثور في داء الشعرويات العميق ؛ بينما تعني كلمة طفيلية الحاملة للفطور . وقد سمي التهاب الجريبات الجرثومي « التينة غير الطفيلية » وتعني كلمة غير طفيلية إلى خلوها من الفطور . لأنه لم يكن بالإمكان كشف الجراثيم

بالتلوين أو بالزرع في ذلك الوقت .

الإنذار : غير مؤكد بسبب ميل الداء للنكس .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تستعمل الصادات بمقادير عالية ولمدة طويلة تبعاً لتحسس الجرثومي . وقد تعطى معالجة إضافية مضادة للالتهاب باستعمال الستيروئيدات (٤٠ - ٦٠ ملغ بريدنيزلون لمدة ٢ - ٣ أسابيع وبمقادير متناقصة) التي تثبط التهاب الجلد وتحد من التهاب الجريبات الشعرية .

المعالجة الموضعية : ضادات مرطبة بمحاليل مطهرة كالبرمنغانات ، والكلورهيديروكسي كينولون وسلفات التوتياء . ثم تطبق الرهيمات والمعالجين الحاوية على الصادات . وقد تستعمل مستحضرات مشتركة تحتوي أيضاً على الستيروئيدات . يجب إعادة اختيار التحسس الجرثومي عدة مرات أثناء المعالجة . يجب توضيح سبب التهاب الجلد . وغالباً ما يكون نزع الأشعار ضرورياً ويجري بشكل آلي إذا كانت الآفة صغيرة ومحدودة . وقد استعملت أشعة X لنزع الأشعار سابقاً . يجب تجنب الحلاقة أو يجب تعقيم الشفرة بالكحول ٧٠٪ واستعمال المنظفات .

الأشكال الخاصة : التهاب الجريبات الشعرية الإكزيمية الدهليزي الأنفي Special Form: Folliculitis

Eczematosa Vestibula Nasi : وهو جلاد غير شائع يحدث عادة عند النساء الشابات المصابات بالتهاب أنف مزمن أو عند المرضى التأتبيين . يشاهد التهاب جلد مستور بجلب وحاك مع التهاب جريبات شعرية في الدهليز الأنفي . يجب تقييم الحالة التأتبية .

السير : مزمن مع ميل نحو النكس الشديد .

المعالجة : تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي ولعدة أسابيع . تجب المعالجة المطرية للدهليز الأنفي .

التهاب الجريبات الكاذب في اللحية [Dubreuilh 1922] :

المرادفات : الأشعار المعاودة ، انغراز الأشعار .

التعريف : يحدث انغراز بالأشعار القاسية والمجعدة مع ارتكاس التهامي للجسم أجنبي ولا يوجد تقيح جريبي بدئي . (راجع الشكل ٤ - ٧٢) .

الحدوث : نادر جداً عند الأوروبيين وأكثر مصادفة في سكان البحر الأبيض المتوسط . وأكثر من ذلك بكثير عند الإفريقيين ذوي الأشعار الجعدة .

الإمراض : تؤدي الحلاقة الرطبة إلى حدوث ذروة حادة في

يؤدي إلى حاصة ضمورية (حالة الثعلبية الكاذبة Pseudopelade) .

العوامل المرضية : العنقوديات المذهبة إيجابية الكوغولاز ، ولكن قد تسببه الجراثيم سلبية الغرام .

الحدوث : نادر غالباً عند الذكور وأحياناً في المرضى معوزي المناعة .

الأمراض : لم يعرف سبب لضمور وفقدان الأشعار الدائم . والملاحظ أن هذا الداء يحدث عند المرضى الضعيفي المقاومة بسبب إصابتهم بالداء السكري ، والتهاب الكلى المزمن وخلل بروتين الدم وحالات العوز المناعي .

الموجودات السريرية : تحدث آفات بقعية مع التهاب جريبات سطحي وعميق يمتد في المحيط مؤدياً للضمور الذي يشبه الثعلبية الكاذبة لبروك (Brocq) . ويمكن أن تبقى بعض الأشعار في البقع الضمورية ، ويشاهد في المحيط بثرات جريبية . وغالباً ما تبقى خصل من الشعر سليمة ، لذا تبدو عدة أشعار ظاهرة من فوهة جريب شعري واحد . (راجع الشكل ٤ - ٧٣) .

الأعراض : حاصة ضمورية دون أعراض أخرى مع بثرات جريبية في المحيط .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد في المرحلة الحادة التهاب جريبي خراجي الشكل ويشاهد في المرحلة النهائية حاصة ندية غير نوعية وحبيومات نادرة .

السير : مزمن ومترقى حتى حدوث حاصة ندية .

التشخيص التفريقي : الحاصة الندية (حالة الثعلبية الكاذبة) ، والتينة الحبيومية ، والجلاد البثري التآكلي على الفروة .

الإنذار : سيء بالنسبة لنمو الأشعار وجيد بالنسبة للصحة العامة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي إذا كان ذلك ضرورياً . كشف وإزالة العوامل المؤهبة بقدر الإمكان .

المعالجة الموضعية : استعمال المركبات المضادة للجراثيم وخاصة الصادات ، وأحياناً تشترك مع الستيروئيدات بشكل صباغ أو رهيم .

التهاب الجريبات الخاص على الوجه Folliculitis Decalvans Faciei :

المرادفات : التهاب الجريبات تيني الشكل المضر (هوفمان ١٩٣١) ، والحمامي التنديدية تينية الشكل ، والتينة الذبانية (بروك ١٨٨٨) .

الشعرة القاسية والمجمعة في اللحية خاصة إلى جانب الخد وما تحت الفك . تنحني الأشعار في أعلى القمع وتنفذ عبر الجريب إلى النسيج الضام في أعلى الأدمة أو إلى البشرة . ورغم أن الأشعار تكون حرة على سطح الجلد فإنها تنحني بشكل مواز للبشرة وبذلك تستطيع أن تعود وتنغرز ذراها الحادة ضمن الجلد . يحدث التهاب تفاعلي لجسم أجنبي ما حول الجريبات . وقد يحدث خمج جرثومي ثانوي أو يحدث تشكّل زؤاني تالٍ للالتهاب . تحدث هذه التبدلات بشكل خاص بعد الحلاقة الرطبة وبعد نزع الأشعار بطريقة آلية وكيميائية .

الموجودات السريرية : يكون المرضى ذكوراً ذوي أشعار قاسية ومجمعة في اللحية ، ومن العرق الأسود أو الغامق ، ومن النادر أن يصاب الذكور ذوي الجلد الفاتح . والحلاقة هي السبب غالباً . تحدث التبدلات بشكل رئيسي في منطقة اللحية وقد تبدأ أيضاً في أي جزء من الجسم مثل الفروة ، والركب أو الفخذين حيث يشاهد بقع ملتية لها علاقة بفوهات الجريبات . يطلق على الداء المنتشر التهاب الجريبات الشعرية الكاذب الأهمي Pseudofolliculitis Diathesis ويحدث تصبغ تالٍ للالتهاب عند الذكور ذوي الجلد الغامق مما يؤدي إلى مشكلة مزوقة ، وقد يحدث أيضاً زؤان تالٍ للالتهاب .

التشريح المرضي النسيجي : حبيوم لجسم أجنبي في منطقة الجريبات الشعرية النهائية .

السير : مزمن وغالباً ما يمتد مدى الحياة .

التشخيص : إن التوضع النموذجي هو بشكل رئيسي على جانب الخدين والرقبة مع أشعار مجمعة منفرزة ، والتهاب ما حول الجريبات وفرط تصبغ وزؤان ثانوي ، غالباً ما يكون حاكاً .

التشخيص التفريقي : التهاب الجريبات بالمبيضات البيض ، والتهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام ، وتينة اللحية ، والعد الشائع ، وعد المزوقات .

المعالجة : يجب تبديل الحلاقة الرطبة بالحلاقة الجافة حيث لا يتم قطع الشعرة بشكل قصير جداً ، وحيث تكون الانحناء بعيدة عن الجريب . ويمكن نزع الأشعار بالملقط . وأحسن معالجة هي ترك اللحية دون حلاقة حتى تكبر . يمكن معالجة فرط التصبغ والزؤان برهم التريتينوين (فيتامين أ الحامضي) ، أو حمض الصفصاف الكحولي بنسبة ٣ - ٥٪ . ويجب غسل المنطقة بالمنظفات واستعمال المحاليل الحاوية على الكحول والمطهرات لتجنب الخمج الجرثومي الثانوي .

التهاب الجريبات الخاص في الرأس Folliculitis Decalvans Capillitii [Quinquaud 1888] :

التعريف : هو التهاب جريبات شعرية مزمن ونادر على الفروة ،

التعريف : هو شكل نادر جداً من التهاب الجريبات الخاص على الوجه ويشاهد عادة بقعة واحدة .

العامل الممرض : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز عادة .
الحدوث : نادر جداً .

السبب والأمراض : هو خمج جريبي مزمن بالعنقوديات يؤدي بشكل متري إلى الضمور .

الموجودات السريرية : إن المناطق الانتقائية هي منطقة الذقن وأحياناً الحاجبين وبشكل نادر جداً المناطق الأخرى من الجلد (الفخذان) . يصيب المرض بشكل رئيسي جريبات الأشعار النهائية ، ولكن قد تصاب أيضاً الأشعار البورية في منطقة الوجه . يعد الشفاء المركزي مع تطور الآفة في المحيط محدثة التهاب جريبات من العلامات المميزة . وقد تكون جزءاً من طيف التقران الجريبي .

التشريح المرضي النسجي : يكشف عن التهاب جريبات مع تشكل خراجات لا نوعية وفي المرحلة النهائية تحدث حاصة ندية .

المسار : مزمن يستمر أشهراً وسنيناً .

التشخيص : من الصورة السريرية ، بقعة وحيدة على الوجه مع ميل نحو التندب وتبثر محيطي .

التشخيص التفريقي : الذأب الحمامي القرصي ، والذأب الشائع ، والحاصة الندية والعلامة الرئيسية هي التهاب الجريبات القيحي في المحيط . (راجع الشكل ٤ - ٧٤) .

الإنذار : سيء بالنسبة لعمق الأشعار وجيد فيما عدا ذلك .

المعالجة : مثل معالجة التهاب الجريبات الخاص على الفروة .

التهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام - Gram Negative Folliculitis
Fulton, Mc Ginley, Leyden,] Marples 1968 [

التعريف : التهاب جريبات مزمن وناكس تسببه الجراثيم سلبية الغرام مع بثرات عديدة في منتصف الوجه . يصيب عادة الذكور الكبار الذين يشكون من عد مع مث Seborrhea (راجع الشكل ٤ - ٧٥) .

العوامل الممرضة : الأمعايات ، الكليسلات ، الإشريكية القولونية من النمط I والمتقلبة الرائحة من النمط II والسلمونيات .
الحدوث : أصبح أكثر شيوعاً . يحدث غالباً عند الذكور ذوي المثل الشديد .

الأمراض : تحمل الجراثيم سلبية الغرام محل النبيت الجرثومي الطبيعي في الجلد والجريبات بسبب اضطراب البيئات الجرثومية

التالي للمعالجة المديدة الموضعية أو العامة المضادة للجراثيم باستعمال المطهرات أو الصادات وخاصة التتراسكلين عند المرضى المصابين بالعد الشائع أو وردية الوجه . توجد مستودعات الكائنات الحية الممرضة ليس فقط في الجريبات وإنما أيضاً في الغشاء المخاطي للأنف والبلعوم . وقد ذكر وجود اضطراب في الجهاز المناعي عند هؤلاء المرضى .

الموجودات السريرية : يحدث بشكل رئيسي على الشفة العليا تحت فوهات الأنف و ثم على الذقن حول الفم مع بثرات جريبة صفراء فاتحة محاطة بهالة حمراء . قد يحدث أيضاً على الفروة عند الأشخاص الذين يشكون من مث شديد .

الأعراض : بثرات ناكسة جريبة في منطقة حول الأنف وحول الفم على جلد مئي . ومن نواحي أخرى تكون الأعراض الشخصية خفيفة .

التشريح المرضي : يشاهد خراجات صغيرة في الجريبات دون زؤان .

المسار : مزمن وناكس لسنوات . ولا يحدث ضمور في الجلد .

التشخيص : القصة المرضية النموذجية : مرضى العد لدى الكبار ، والمث ، ومعالجة سابقة بالصادات ، والصورة السريرية التي تبدي بثرات راجعة حول الفم والأنف . كشف الجراثيم سلبية الغرام و بروز مشاكل المعالجة . ومن الممكن أن يحدث خمج متعدد بنوعين أو ثلاثة أنواع من الجراثيم سلبية الغرام (كالإشريكية القولونية ، والكليسلات والزوائف) ، وتصبح فترة الهدأة بين سلسلتين من المعالجة بالصادات عن طريق الفم أقصر باستمرار . وفجأة تحدث مقاومة للصادات الفعالة سابقاً ولا تتحسن حالة المريض .

التشخيص التفريقي : التهاب الجريبات بالعنقوديات ، العد الشائع ، التهاب الجريبات بالمبيضات .

الإنذار : غير مؤكد بالنسبة لالتهاب الجريبات وجيد من النواحي الأخرى . ولم يشاهد خمج ثانوي .

المعالجة : صعبة جداً وغير مرضية لأنه من غير الممكن تحقيق شفاء دائم . يجب إعادة اختبارات التحسس الجرثومي للصادات في عينات مأخوذة من الأنف والبثرات وبفترات قصيرة .

المعالجة الجهازية : الإيزوترتينوين (13 cis Retinoic Acid) Isotretinoin عن طريق الفم وهي المعالجة الأكثر فعالية (٠,٥ - ٢ ملغ/كغ ولمدة ١٢ - ٢٠ أسبوعاً) . وهذا يقلل من المثل ويطرح الجراثيم سلبية الغرام . تكون الهدأة طويلة المدة . ولا تعطى الصادات بمقادير عالية ولمدة طويلة حسب نتائج اختبارات التحسس الجرثومي . وقد يكون من الضروري أحياناً إعطاء معالجة إضافية بالستيروئيدات .

بهاء ماء المسبح (٧,٢ - ٧,٨) ، وتطبيق التداير التصحيحية الجيدة على المساح .

متلازمة المجازة المعوية Bowel Bypass Syndrome :

العوامل المرضية : الإشركية القولونية والجراثيم السلبية الغرام الأخرى وخاصة موادها الببتيدية الغليكانية .

الموجودات السريرية : بدانة شديدة يمكن معالجتها بإجراء مجازة لفائفة - صائمة . يحدث عند أكثر من ٢٠٪ من هؤلاء المرضى أعراض وصفية مثل الحمى ، والتورعك ، واعتلال معوي ، والتهاب مفاصل ، والتهاب الأوتار وفرط الغلوبولينات القرية الدموية .

ترافق متلازمة المجازة المعوية بأعراض جلدية واسعة تتألف من حطاطات صغيرة حمراء مؤلمة أو بثور مفردة أو متناثرة على البطن ، والذراعين والساقين . ومن الموجودات الأقل شيوعاً نذكر الحماسى العقدية ، جفاف الجلد ، وعلامات شبيهة بالتهاب جلد النهايات المعوي المنشأ .

التشريح المرضي النسيجي : ثمة ارتشاح كلي بالعدلات ، ووذمة حلزمية وأحياناً تشكل حويصلات تحت البشرة . تصبح الآفات القديمة بثرية . ويشاهد في الحالات الشديدة التهاب أوعية ناخر مع ترسب الفيبرين . ويمكن كشف معقدات مناعية جولة وبروتينات قرية وهذه الأخيرة هي المسؤولة عن الأعراض الجلدية والمفصالية .

السير : تختفي الأعراض عفوياً عند عدد كبير من المرضى ولكن تحدث رجعات متقطعة خلال عدة سنوات .

المعالجة : تشفى المتلازمة بإعادة الوظيفة المعوية إلى حالتها الطبيعية ولكن هذا ليس ممكناً غالباً ، تعطى الصادات و/أو السيروتويدات بمقادير صغيرة .

العد الجلدري Acne Keloid :

المرادفات : التهاب الجلد الحلثي الشعري ، والعد الجلدري على القفا ، والتهاب الجريبات التصليبي على القفا ، والتهاب الجريبات الجلدري .

التعريف : يؤدي التهاب الجريبات المليف المزمن على الرقبة عند الذكور إلى ندبات جدرية صلبة واسعة وخاصة ندية .

الحدوث : يصيب الذكور فقط . ويصيب العرق الأسود أكثر من العرق الأبيض . ويحدث بشكل رئيسي بعد البلوغ وغالباً ما بين سن العشرين والأربعين . يشاهد الداء أيضاً كأحد أعراض العد المقلوب (العد الثلاثي أو العد الرباعي) . (راجع الشكل ٤ - ٧٦) .

الإمراض : يبدأ المرض بالتهاب الجريبات العميق بالعنقوديات ،

المعالجة الموضعية : تعطى الرهيمات الحاوية على البولي فينيل بيروليدون . أو الصادات واسعة الطيف على الجلد المصاب والدهليز الأنفي والإبطيين . ويجب العناية الجيدة بالتصحيح وتعقيم آلات الخلاقة بالكحول ٧٠٪ ومعالجة الجلد بمحلول ٣ - ٥٪ حمض الصفصاف الكحولي . وينصح الغسل بالمنظفات .

تفجحات الجلد من منشأ آخر Pyodermas of other Origin :

التهاب الجلد المترافق بالأنبوب الساخن Hot - Tub - Associated Dermatitis [Cox and MacCausland : 1975]

المرادفات : التهاب الجريبات بالزائفة الزنجارية ، التهاب الجلد بالأنبوب الساخن . التهاب الجلد بالدوامة (Jacuzzi) Whirlpool ، التهاب الجلد بمسبح المياه المعدنية .

التعريف : هو مرض تسببه الجراثيم سلبية الغرام من جراء حمامات الاستحمام الملوثة ويتظاهر بالتهاب جريبات حاك . ويحدث بشكل وبائي .

العامل المرضي : الزائفة الزنجارية النمط المصلي ٤ : ٤ ، ١١ : ١١ ، ١٠ : ١٠ (عائية ٨٦) ، ٩ : ٩ .

الحدوث : نادر ، وهو أكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأميركية وكندا ، ويعزى إلى عادات الاستحمام .

الإمراض : المساح الدوامة (سريعة الدوران) أو التسهيلات المحيطة بالمساح والملوثة بالزائفة الزنجارية غالباً ما يكون الماء غيمياً أو ذا رائحة كريهة . يوهب لهذا الخمج الجرثومي فرط إمالة الطبقة المتقرنة وغيوب صغيرة في البشرة حول الجريبات الشعرية .

الموجودات السريرية : يظهر خلال ٢٤ - ٧٢ ساعة من الاستحمام طفح حاك مع التهاب جريبات غالباً على الأكتين ، والجلد ، والخصر ، وأحياناً يترافق بحمى ووعكة . يمكن أن يحدث التهاب ملتحمه ، والتهاب أذن خارجية ، والتهاب الخلق ، وصداع .

السير : يشفى تلقائياً خلال ٧ - ١٠ أيام عادة . وقد تحدث إصابة مجموعية فيؤدي ذلك إلى خمج خطر .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : نادراً ما تكون ضرورية باستعمال الصادات المناسبة .

المعالجة الموضعية : الدهونات المجففة .

الوقاية : ينصح بوضع الكلور في ماء المساح وأن يحافظ على

١٠ ملغ ممددة بنسبة ١ : ٣ إلى ١ : ٥ بالمصل الفيزيولوجي الملحي أو بالمخدر الموضعي عدة مرات كل أسبوعين إلى أربع أسابيع ، وقد تفيد الجراحة القرية ، والجراحة بالليزر ، ونزع الأشعار الآلي أو نزع الأشعار بالأشعة السينية .

التهاب ما حول الجريبات الرأسي المشكل للخراجات والمخفر *Perifolliculitis Capitis Abscendens et Suffodiens* [Hoffmann 1908] :

المرادفات : مرض ضموري مع خصل من الشعر ، التهاب جريبات عميق مندب .

التعريف : هو مرض مزمن وخيم ومتري مع نخر منتشر يشمل جميع المناطق المشعرة في الرأس والعنق . يصيب الذكور فقط المصابين بالمت الشديدي ، ويصبح سير المرض أكثر شدة وخاصة بحدوث حاصة نديية ، وسبل جيبيية ، وخراجات ونخج بالجراثيم سلبية الغرام .

العوامل المعرضة : المكورات المقيحة ، عادة العنقوديات المذهبة وأيضاً مختلف الجراثيم سلبية الغرام ونبيت الجلد الطبيعي .

الحدوث : نادر جداً . يصاب فقط الذكور فوق سن العشرين . ويشاهد عند جميع العروق .

الإمراض : غير معروف تماماً . يمكن أن يؤهب للإصابة بالشعر الثابت *Trichostasis* تنفتح عدة جريبات لأشعار نهائية في قمع جريبي واحد في الأدمة المتوسطة مؤدية إلى توسع فوهة القمع الجريبي الذي يصبح عرضة للخمج . ويؤدي بعض المرضى أعراض العد المكيب مع الثلاثي العرضي العددي أو الرباعي العرضي العددي (العد المقلوب) على الفروة . إذا كان هناك ميل نحو تشكل ندبات ضخامية أو جذرية عندئذ يمكن أن يشبه المرض العد الجذري على العنق .

الموجودات السريرية : التهاب جريبات عميق يبدأ سواء على المناطق المشعرة من العنق أو على أي جزء من الفروة وغالباً ما يبدأ في عدة نقاط في آن واحد . تتحد عدة أجربة مجاورة مع بعضها . ويؤدي الالتهاب إلى تشكل حطاطات ثم خراجات مع تموج وحبيومات ويتم على أثرها فقد الأشعار . تمتد السبل الجيبية على مناطق متسعة من الفروة وتصل إلى الخوذة *Galea* . ويكون النخر المميع *Colliquative* غير مؤلم . يؤدي الضغط على الفروة إلى خروج مفرزات دموية وقيحية من فوهات النواير المتفرقة والمستورة بجلب . وتحدث ندبات ضمورية وندبات ضخامية ملساء مرتفعة . ويصبح مظهر الفروة بقعياً بوجود الحاصات البقية . وتحدث فترات الرجعة بعد أسابيع إلى شهور . وأخيراً قد تصاب الفروة بأكملها ، ويترافق الداء عادة بالمت . (راجع الشكل ٤ - ٧٧) .

ومن النادر مشاهدة الجراثيم سلبية الغرام . يؤدي التهاب الجريبات تحت الحاد إلى التهاب جريبات مليف مزمن وإلى التهاب ما حول الجريبات . وتحدث في النسخ الجلدية العميقة جيوباً مستورة بالبشرة مع ندبات جذرية . يشاهد في المراحل الأخيرة حبال وصفائح جذرية كبيرة يتخللها التهاب جريبات وخصل منعزلة من الأشعار . وتحدث حطاطات بثرية جديدة في محيط الجذرة .

الموجودات السريرية : يتشكل ببطء على خط الشعر في الرقبة الخلفية حطاطات جريبيية قاسية جداً حمراء مزرقة ، وحطاطات بثرية شبيهة بالعد دون تميه مركزي . تميل الآفات للاجتماع وتشكيل جصور وصفائح جذرية حيث يكون الجلد الساتر لها ضامراً مشدوداً ولماعاً . تغيب الأشعار فوق مناطق واسعة بينما تشاهد في نقاط متعددة خصل من الأشعار تجتمع في قمع واحد (حزمة الأشعار) . تتجمع الأشعار المفردة بسبب الالتهاب المليف . سريرياً ، يكون التهاب الجريبات بطيئاً وفي حدوده الدنيا ، ويسيطر على الصورة السريرية التليف وفرط التنسج في النسيج الضام . ويمكن أن تتشكل صفائح وجصور جذرية تبلغ حجم راحة اليد خلال سنوات . وقد تمتد على القسم الخلفي من الرأس وأحياناً على قمة الفروة .

الأعراض : توجد جذرات حاككة ومؤلمة مع تحدد حركة العنق .

التشريح المرضي النسيجي : غير نوعي ، يشاهد نسيج ندبي واسع يمتد غالباً ليشمل الأدمة بكاملها ، غني بالعروق والسبل الجيبية ، واضطراب بالبنية الجريبيية ، وأشعار مجتمعة والتهاب خلوي غني بالخلايا المصورةية .

السير : مزمن يمتد على مدى سنين وعقود .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الشكل الموضع لالتهاب ما حول الجريبات الرأسي المشكل للخراجات والمخفر .

الإنذار : سيء بالنسبة للشفاء ولتراجع الندبة . وقد ورد ذكر حدوث سرطانة وسفية الخلايا على هذه الندبات .

المعالجة : صعبة جداً .

المعالجة الجهازية : فقط إذا كانت ضرورية . تعطى الصادات لمدة طويلة حسب نتيجة التحسس الجرثومي . ويمكن أن يعطى الإيزوترتينوين كما في العد المكيب .

المعالجة الموضعية : تستأصل الندبات الصغيرة بشكل كامل ، وتعالج الندبات الكبيرة بالاستئصال وتطعيم الجلد بسماكة كاملة . ويمكن أن ترجع الندبات . تعطى المطهرات والصادات والصادات الموضعية إلى جانب الستيروئيدات . وتزرق الجدر الندبية بمعلقات ستيروئيدية مثل التريامسينولون أستيوناميد

التشريح المرضي النسجي : غير نوعي ، يحدث التهاب منتشر يصل إلى الخوذة السفاقية مع تشكل خراجات ، والتهاب حبيبي ، وتفاعلات متعددة ضد جسم أجنبي حول شدف الأشعار ، ونواسير بشروية وجيوب خاصة ندية .

السير : مزمن وراجع لمدة سنين وعقود .

التشخيص التفريقي : التهاب الجريبات ، خصل الشعر الوحمة الشكل الولادية على الرقبة ، البعد الجذري دون التهاب قححي .

الإنذار : يوضع بحذر بعد استمرار الخمج وعودته على مدى سنين ، ويحدث داء نشواني . لم يذكر حدوث إثنان دم .

المعالجة : غير مجدية . تعطى الصادات بشكل متكرر بعد إجراء التحسس الجرثومي بفترات قصيرة .

المعالجة الجهازية : يعطى الإيزوترتينولين بمقدار ٠,٥ - ٢ ملغ/كغ من الوزن ولمدة ١٢ - ٢٠ أسبوعاً ، وقد شفي بعض المرضى . كما أعطيت نتائج جيدة بمعالجة العد المكعب . ويجب اعتبارها المعالجة النوعية ، ولا تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي ، فقد تصبح الجراثيم سلبية الغرام هي المسببة للداء . يمكن المعالجة بالستيروئيدات لفترات قصيرة لإيقاف تشكل الخراجات مع الاستعمال المرافق للصادات . ومن الأهمية بمكان توفير الدعم النفسي للمريض .

المعالجة الموضعية : المطهرات والصادات حسب اختبار التحسس الجرثومي . يستعمل الشامبو الحاوي على السيلينيوم ثنائي السلفيد أو بيريتون التوتياء Zinc Pyrithion .

وتستعمل أحياناً كمادات فليمنكز Vleminkx الحارة . ويمكن نزع الأشعار آلياً إذا كان الداء قليل الانتشار . وقد أجري أيضاً نزع الأشعار العابر بالأشعة السينية . ويمكن أن تجرى جراحة رأية باستئصال واسع للآفة مع تطعيم الجلد .

الشعيرة Hordeolum :

المترادفات : Styه جُدُجُد . شحاد ، جنجل .

التعريف : التهاب جريبات وما حول جريبات الأهداب .

الحدوث : كثير المشاهدة وقد يكون أحد أعراض داء الدامل .

العامل المرضي : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، وغالباً ما تكون مقاومة للتتراسكلين .

الإمراض : يحدث الخمج بعد حك الأجفان ودخول المكورات المقيحة فيها . تكثر مشاهدة الشعيرة عند المرضى المصابين بداء الدامل أو إكزيمة الأجفان ، وخاصة في الإكزيمة التأتبية .

الموجودات السريرية : في أغلب الأحيان يصاب جريب واحد

مع الشعرة الناتجة منه . يشعر المريض أولاً بألم مزعج في الأجفان مع شعور بحم أجنبي . ثم يحدث تورم مؤلم . يتحول بسرعة إلى بثرة حول الهدب . وقد تحدث أيضاً إكزيمة الأجفان . وعندما يصبح خراج الأجفان متموجاً ينبثق عفواً ويتبعه الشفاء وبسرعة . وأحياناً تحدث عدة شعيرات بأن واحد أو واحدة تلو الأخرى مما يسبب داء الشعيرات في الأجفان (Hordeolosis) . يحدث هذا في الإكزيمة التأتبية ، أو الإكزيمة المثية ، أو وردية الوجه ، أو أمراض الأجفان الإكزيمية الأخرى مثل التهاب حواف الأجفان الإكزيمائي . (راجع الشكل ٤ - ٧٨) .

التشريح المرضي النسجي : خراج في الجريب .

السير : يحدث شفاء عفوي خلال بضعة أيام . ويحدث أحياناً شعيرات راجعة بشكل مزمن ومتكرر على مدى أسابيع أو أشهر .

التشخيص التفريقي : البردة والتهاب الجريبات الناجم عن الدويدية الجريبية .

الإنذار : حسن .

المعالجة :

الموضعية : بالرهيمات الحاوية على الصادات وربما بعد اختبار التحسس الجرثومي ، كمادات حارة . يؤدي شق الخراج الناضج إلى إراحة المريض مباشرة .

الدمل Furuncle :

التعريف : تورم التهابي عميق مع تجمع قححي مركزي ناجم عن خمج جريب أو عدة جريبات بالعنقوديات .

العامل المرضي : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز .

الحدوث : مرض شائع وخاصة في عوز التصصح .

الإمراض : يحدث الخمج بالتلقيح الذاتي الذي يشمل نقل العامل المرضي من البلعوم الأنفي عند المريض أو بالانتقال الخارجي كما في الاستشفاء أو بالانتقال من شخص إلى آخر ، أو بواسطة الثياب الملوثة بالعنقوديات . تنفذ الجراثيم في الجريبات الشعرية وبخاصة الأشعار النهائية حيث تتكاثر وتحدث تبدلات التهابية حول الجريبات عن طريق خماثرها (الاستراز ، البروتيناز ، الكولاجيناز ...) وتتحرض الكريات البيض بالانجذاب الكيميائي محدثة خراجاً جريبياً . تحدث الدامل والأحماج الأخرى بالعنقوديات وخاصة عند المرضى المصابين بالأمراض الضمورية Wasting Diseases أو بالاضطرابات الاستقلابية كالداء السكري أو عوز المناعة الخلطي والخلوي الولادي أو المكتسب كما في خمج HIV ، أو بعد المعالجة

الموضعية والداخلية بالستيروئيدات عند المرضى التائبين أو بعد المعالجة بموقفات الخلايا .

الموجودات السريرية : يمكن أن يحدث الدم في أي مكان من الجسم المشعر وخاصة على الرقبة ، والوجه ، والإبطين ، والأليتين ، والساعدين والساقين ، (راجع الشكل ٧٩ - ٤) . ولا تحدث الدمامل على الراحتين والأخصفين . وتصاب مناطق الاحتكاك خاصة ، كما يصاب الدهليز الأنفي أو الأذن الخارجية وتشكل فوهة قمع الحراب الشعري باب دخول للجراثيم . ويبدأ الدم بتشكيل بثرة صفراء صغيرة جداً تتطور بسرعة إلى التهاب جريبات عميق والتهاب ما حول الجريبات . ويمتد الالتهاب مع تشكل الخراج والنخر إلى الأدمة وأحياناً إلى النسيج ما تحت الجلد . وثمة شعور متصاعد بالتوتر وتشكل تورم التهابي حمامي مؤلم بالضغط . يكثر حدوث التهاب الأوعية اللمفية والتهاب العقد اللمفية المؤلم . كما يحدث ترفع حروري خفيف . يتشكل في مكان البثرة البدئية جلب صفراء بنية تدل على النخر النسيجي ، ويصاب عدد كبير من الأشعار بالخراج ، وبعد بضعة أيام يحدث تجمع قيحي مركزي ويصبح الدم في هذه المرحلة ناضجاً وبلغ حجمه النهائي . يكون اختبار التوجح إيجابياً . ويتنشر القيح إلى السطح وينشق الدم إلى الخارج ويخرج منه قيح أصفر . وتبدو نسيج نخرية كسدادة محددة تبقى عالقة في جوف الخراج في البدء ثم تطرح بسبب التحدد الالتهابي بالكريات البيض . يغلق النسيج الحبيبي العيب النسيجي . ثم يحدث الشفاء مع ندبة خفيفة يختلف امتدادها حسب حجم الدم . يكون الدم مؤلم قبل الانبثاق الخارجي وعندما يفتح يزول الألم مباشرة .

دمامل الأنف والشفة العلوية Nasal and Upper Lip Furuncles : يتطلب التوضع التشريحي اهتماماً خاصاً . يكون الدم خطراً إذا توضع فوق الموصل بين زاوية الفم وصيوان الأذن لأن منطقة النزح عبر الوريد الزاوي تمتد إلى الجيب الكهفي ويمكن أن تحدث خثرات خطيرة (صمامات جيبية ، والتهاب سحايا) .

دمل الشفة العلوية : تحدث وذمة منتشرة رادفة Collateral في الوجه وتصبح فلغمونية بسرعة . يدل الترفع الحروري والعرواءات على إثنان الدم . ويجب تجنب عصر الآفة . هذا وإن خطر حدوث دمل بالجراثيم المقاومة للصادات نادر جداً . **دمل الأنف :** تنجم الآفات غالباً عن نزع أشعار الأنف الآلي . لذا ينصح بقص شعر الأنف وليس نزعها .

الدمامل Furunculosis : يحدث الدمامل إذا أعقب الدم دمامل أخرى وعلى مدى سنين ، وغالباً ما تنجم عن الخمج بالتاس . ويشاهد أحياناً أمراض مؤهبة للدمامل مثل الداء

السكري الخفي أو الظاهر ، والتهاب الكلى المزمن ، والبدانة ، الدنف ، وحالات العوز المناعي البدئي أو الثانوي ، أو خلل بروتين الدم . وثمة حالات جلدية تؤهب للإصابة بالدمامل وخاصة عندما تصاب الطبقة المتقرنة التي تقي من الأخماج الجرثومية في سياق الجلادات التخريشية أو التسحجية كالجرب ، والتهاب الجلد التأتبي ، والتهاب الجلد الحلي الشكلى أو القمل . يمكن أن يحدث الدمامل بالمعالجة الموضعية بالمراهم ، والقطران ، والستيروئيدات والعصائب المغلفة والتهاب الرطبة التي تلتصق بالجلد .

الأعراض : الشعور بالتوتر ، تورم أحمر مع وذمة في النسيج المحيطة ، تيم وألم حتى الانبثاق . ويمكن أن يحدث التهاب أوعية لمفية والتهاب عقد لمفية وأحياناً أعراض عامة .

التشريح المرضي النسيجي : يتشكل خراج في الأدمة العلوية والمتوسطة والعميقة حول الجريب الشعري عادة . يشاهد في البدء تجب خلوي بالعدلات ثم يشاهد نخر مركزي ، وتفاعلات حبيومية ، والتهاب تليفي .

المسير : تشفى الدمامل عادة دون اختلاطات ولكن تترك مكانها ندبة مركزية منخفضة . يشكل الدم مرضاً خطراً جداً في بعض الأماكن التشريحية كالوجه مثلاً . وقد يستمر الدمامل سنيناً .

الإنذار : جيد وتجب العناية الخاصة بالدمامل إذا حدث على الوجه .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يجب معالجة الدمامل على الوجه والدمامل الكبيرة التي قد تتحول إلى فلفمون بالصادات بمقادير كبيرة . وإذا كان إجراء التحسس الجرثومي غير متوفر ، تبدأ المعالجة بالإريثروميسين أو البنسلين المقاوم للبنسليناز . ويفضل استعمال الكلوكساسلين ، والديكلوسلين وفلوكلوكساسلين ، لأن العامل المرض بالدمامل غالباً ما يكون العنقوديات المذهبة المقاومة للبنسلين ، وهي غالباً حساسة للبنسلين المقاوم للبيتالكتات أو السيفالوسبورينات الجديدة . وينبغي عدم استعمال التتراسكلين قبل إجراء التحسس بسبب إمكانية مقاومة العنقوديات للتتراسكلين . ويعطى الكلنداميسين أو السلفوناميدات مثل التريميتوبريم أو السلفاميتو كسازول فقط إذا أجري اختبار التحسس .

المعالجة الموضعية : يجب تثبيت ورفع مكان الإصابة . فإذا توضع الدمامل على الوجه يجب أن تكون التغذية بأطعمة لينة ، وينبغي تجنب الكلام وعصر الدم . قد يؤدي الضغط على الدم إلى ترقق خطر الآفة . يفيد في البدء تطبيق ضمادات

قاسياً ومرتفعاً . ويشاهد في نقاط متعددة منها تنخر قيجي مع نواسير شبيهة بقرص العسل وفي الحالات الشديدة تصبح المنطقة المرتشحة بأكملها نخرية ويمتد النخر إلى اللقافة .

الأعراض : تصاب الحالة العامة ، يشكو المريض من ضعف عام ، وترفع حروري ، وعرواء ، والتهاب أوعية لمفية والتهاب عقد لمفية . وهناك خطر حدوث إثنان دم .

التشريح المرضي النسيجي : التهاب غمط خراحي يمتد إلى اللقافة وإلا فهو غير نوعي .

السير : يتبع المعالجة . وغالباً ما يستمر عدة أسابيع .

التشخيص التفريقي : الدمامل الكبيرة أو المتفاقمة Aggravated .

الإنذار : غير مؤكد حتى الآن بالمعالجة المناسبة .

المعالجة : يجب السيطرة على الأسباب المؤهبة .

المعالجة الجهازية : يعطى البنسلين المقاوم للبنسليناز أو صادات أخرى عن الطريق العام .

أما المعالجة الموضعية : فهي كمعالجة الدم . استراحة في السرير . وتثبت المنطقة المصابة ويحتمل المداخل الجراحية .

تقيح الغدد العرقية Pyoderma of the Sweat Glands :

إن أمراض الغدد العرقية الناجمة عن الجراثيم الإيجابية أو السلبية الغرام نادرة نسبياً ، بعكس الأجرية الشعرية التي تصاب بسهولة بالعنقوديات . ويتساءل البعض إن كان الخمج الجرثومي الحقيقي يصيب الغدد العرقية ، لأن أجزاء الغدد العرقية المتوضعة عميقاً في الأدمة لا تكون أبداً المكان البدئي لمرض جرثومي . لذلك كان تعبير التهاب الغدد العرقية غير مناسب . بينما تصاب القناة العرقية القاصية التي لها جزء لولبي ضمن البشرة وتتصل مباشرة معها . لا تصاب الغدد العرقية المفترزة أيضاً بصورة بدئية بالخمج الجرثومي ، ولا تصاب فوهات الغدد العرقية ولا أقيتها ضمن البشرة بالتقيحات العقدية أو العنقودية . لذلك تحمل هذه التعابير مثل التهاب المسامات أو التهاب ما حول المسامات .

التهاب الغدد العرقية القيحي Hidradenitis Suppurativa :

التعريف : هو التهاب مزمن نخري شبيه بالدمل ، يميل للتندب . يحدث في الإبطين والمناطق المغنية وفي الجزء العلوي من الشية الشرجية وفي الركب وخاصة عند الرجال .

العوامل المرضية : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز

مرضية بالمواد المضادة للجراثيم مثل الهيدروكسي كينولون ، ونيرمغفات ، وسلفات التوتياء ، وسلفات النحاس ومركب بوني فينيل يروليدون إبوداين . يعطى ٠,٥٪ كليكوتول في معجون التوتياء أو ستر المناطق المحيطية بدهون التوتياء ٠,٥ - ١٪ الحاوي على كليكوتول وذلك لتجنب حدوث خمج باللطاحة . ويجب أيضاً تنظيف الجلد حول الدم مرتين يومياً بمحاليل كحولية (حمض الصفصاف ٣ - ٥٪ في كحول ممدد) . يمكن تطبيق مستحضرات لزجة تحتوي على إيكثامول (Ichthammol) على الدم غير الناضج ثم تستر بضاد جاف (قطن أو بودرة التوتياء) لإحداث انبشاق مركزي . فإذا نضج الدم يبدى تموجاً مركزياً واضحاً ويمكن شقه الأمر الذي يؤدي إلى راحة المريض مباشرة . أما طريقة شق الدم السابقة بالشكل المتصالب فقد عفا عليها الزمن . (راجع الشكل ٤ - ٨٠) .

يشكل الدم على الشفة العلوية والأنف مضاد استطباب تام لمدخلة الجراحية وهو يتطلب الراحة في السرير ، وعدم تحكيم ، وغذاء سائلاً ، وضادات رطبة وصادات موضعية وجهازية .

الانتقاء : يجب توضيح جميع العوامل المؤهبة للدمامل . إن تصحح ضروري جداً خاصة في الدمال . يجب تبديل جميع ثياب يومياً والتغيير المتكرر لشرشف الأسرة ، والاستحمام متكرر باستعمال مطهرات هيدروكسي كينولون سلفات أو نكلور هيكزدين غلوكونات . ومن المهم تغيير مناشف اليدين ومن لأفضل استعمال المناشف النبوذة Disposable Towels كما يجب قص ضافر اليدين . يضيق مرهم حمض الفوسيديك أو مويروسين Mupirocin عند حامي العنقوديات .

الجمرة Carbuncle :

التعريف : هو الشكل الوخيم من الدم وينجم عن الانتعاع الكبير والتشكل الفلغموني للآفات الدملية (راجع الشكل ٤ - ٨١) .

العوامل المرضية : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، وأحياناً العقدية أيضاً .

الحدوث : أقل مشاهدة من الدمامل يصيب الذكور بعد عمر ٤٠ سنة وخاصة على الرقبة أو الظهر .

الإمراض : كما في الدم .

الموجودات السريرية : تشبه الجمرة الدم في حدوثها في أي منطقة من الجلد المشعر . تميل الجمرة للتطور العنيف دون حدود . ويكون التهاب الهلل والمضاعفات الفلغمونية شديدة . تبدي منطقة واسعة كالرقبة بأكملها ارتشاحاً التهابياً مؤلماً جداً ،

والجراثيم سلبية الغرام مثل المتقلبات ، الكلبسلات والإشريكيات القولونية كأخماج ثانوية .

الحدوث : نادر . وهو أكثر مشاهدة عند الرجال منه عند النساء . وغالباً ما يكون جزءاً من العد المكيب .

الإمراض : لم يثبت السبب والأمراض بشكل كامل . بينت الملاحظات السريرية أن هذه التبدلات الالتهابية الشديدة تحدث ضمن ثلاثية العد المكيب أو رباعيته (العد المقلوب) . يعزز المنشأ الجرثومي الشعري الزهمي بتشكيل الزؤان . وقد يكون الخمج وحيد العرض دون أية علامات للعد المكيب على الجلد . ويعتبر الإصابة بالجراثيم السلبية الغرام ظاهرة ثانوية . من العوامل المؤهبة للإصابة : البدانة ، والتعرق الشديد ، واحتكاك الثياب ، وحلق شعر الإبط ، والرهيمات والمراهم المزيل للشعر والقطران . (راجع الشكل ٤ - ٨٢) .

الموجودات السريرية : تحدث آفات شبيهة بالدمامل في الإبط ، والمنطقة الأربية ، والصنفن والشفر والركب . وقد يصيب التهاب العجان بأكمله وأخيراً المنطقة الأليوية بكاملها . وفي كثير من الأحيان توجد علامات الإصابة بالعد المكيب مع تندب وتشكل كيسات وجيوب مشعرة Pilonidal ونواسير وزؤان . قد تشاهد الصورة وحيدة العرض لخراجات في المنطقة الأربية أو الإبطية ، أو العجانية . ويحدث أولاً تورم التهابي في الجريبات الشعرية سطحي ومؤلم ثم يصبح بشكل تدريجي أكبر وأعمق وقاسياً ومؤلماً باللمس . يشاهد في عدة أماكن تنخر دملي الشكل مع تمزق عفوي وثنوس ، ويخرج بعد شق الآفات قيح أصفر . فإذا كان السير حسناً يحدث تراجع عفوي . وإلا يمكن أن يتطور المرض بحدوث تورمات وخراجات جديدة دملية الشكل ، كما تشكل نواسير وجيوب تمتد إلى اللفافات وتستمر لعدة سنوات وأحياناً مدى الحياة . ينتج عن هذه الآفات الالتهابية تشكيل زؤان ثانوي ، ونواسير زؤانية ، وندبات ضخمة وانكماشات جلدية .

الأعراض : تورمات دملية الشكل مؤلمة مع انكماشات جلدية مؤلمة وعجز وظيفي ، تترافق بارتفاع سرعة التفل ، وكثرة الكريات البيض ، ونقص حديد المصل وعلامات التهابية في رحلان البروتينات الكهربائي .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد التهاب جريبات الأشعار النهائية وما حول الجريبات مع خراجات واسعة وعميقة . لا تصاب الغدد العرقية الناعمة والمفتزة بشكل بدئي ، ولكن قد تصاب بشكل ثانوي . ويمكن أن تمتد الخراجات إلى العضلات واللفافات في المنطقة الشرجية وما حول الشرج والمنطقة العجانية .

التشخيص : سهل سريرياً . يجب التحري عن الأعراض

الأخرى للعد المكيب . وغالباً ما يشاهد زؤان في الإبط أو في الناحية الأربية .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه عن النواسير المشاهدة في داء كرون Crohn ، وداء الشعيات ، وحبوبمات الزركونيوم Zirconium .

الإنذار : سيء إذا كان المرض واسع الانتشار . ويمكن أن ينشأ على التفرح الالتهابي المزمن (قرحة مارجولين Marjolin) داء نشواني أو سرطانة وسفية الخلايا .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات بعد إجراء اختبار التحسس الجرثومي . يجب نفي الأخماج بالجراثيم سلبية الغرام . قد تحسن الحالة بالمعالجة بالإيزوترتينونين (حمض الريتينويك القرين ١٣ Retionic Acid - cis - 13) وخاصة إذا تشارك مع المعالجة الجراحية (انظر العد المكيب) .

المعالجة الموضعية : يجب تجفيف الثنيات الرطبة مع تطبيق المطهرات والصادات عدة مرات يومياً كاستعمال صباغ كاستيلاني أو البولي فينيل بيروكسيد اليودي . يستحسن وقاية الجلد الطبيعي بمزيج كلوكيتول ٥٠٪ في الزنك أو محلول ٣ - ٥٪ حمض الصفصاف الكحولي . تم تطبيق الرهيمات الحاوية على الصادات مع المراقبة الدائمة لفعاليتها بإجراء اختبار التحسس الجرثومي المتكرر . كما يجب استعمال المنظفات بلطف . يجب ألا تطبق المراهم أو الستيرويدات موضعياً . ويجب شق الخراجات ويتم الشفاء بالتحبب .

المعالجة الجراحية : يجب استئصال السبل الجيبية والنواسير والندبات مع إجراء الطعوم الجلدية ، وأفضلها زرع الجلد الحر ، والتطعيم الشبكي Mesh Graft أو الشرائع الجلدية . ويفضل أحياناً شفاء الجروح بالمقصد الثاني بالتحبب وعودة التظهرون . يبدو أن الجراحة الباكرا بعد المعالجة بالإيزوترتينونين عن طريق الفم لمدة ٨ - ١٢ أسبوعاً هي المعالجة المفضلة . ويجب أن يدخل المريض إلى المستشفى عدة مرات للمعالجة الجراحية للمناطق التالية : الإبط ، والمنطقة الأربية ، والثنية الشرجية والعجان .

الإنقاء Prophylaxis : صعبة إذا كان هناك ميل نحو تشكيل العد المقلوب . وإلا تكون إجراءات التصحيح مفيدة : النظافة ، وتغيير الثياب المتكرر ، واستعمال البودرة ومضادات التعرق لتجفيف مناطق الثنيات الرطبة .

خراجات الغدد العرقية المتعددة عند الولدان

: Multiple Sweat Gland Abscesses in Neonates

التعريف : شكل نادر من تقحج الجلد ناجم عن العقنوديات

يصيب الولدان ناقصي المناعة ضد الأحماج .

العامل الممرض : العقنوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز بشكل رئيسي .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : تحدث خراجات حمجية تتصل بالملحقات وليس بالضرورة الغدد العرقية . ويحدث الخمج بشكل رئيسي عند الولدان ناقصي التغذية وناقصي المقاومة المناعية إضافة إلى خلل بروتين الدم .

الموجودات السريرية : تحدث بشكل رئيسي في المنطقة الخلفية من الرأس والمنطقة الأتوية أو في أي منطقة أخرى من الجسم . تشكل حطاطات وعقيدات حمراء قانية متوضعة عميقاً وتنقب بشكل عفوي محدثة قيحاً أصفر وتندباً . يبدأ المرض أحياناً كالقوباء الجرثومية ثم تصيب النسيج الجلدي محدثة سلسلة من الحطاطات الالتهابية ، ومن ثم تحدث الدمامل . تشاهد العقيدات النصف كروية بسهولة بسبب نقص تشكل النسيج الشحمي .

المسار : حاد إلى تحت حاد .

التشخيص : يعتمد على الصورة السريرية والكشف عن العقنوديات .

التشخيص التفريقي : تذكرنا الصورة السريرية بالدمامل غير أن السداة النخرية المركزة ليست موجودة هنا .

الإنذار : جيد .

المعالجة : يجب تحسين الحالة الصحية العامة .

المعالجة الجهازية : الصادات حسب اختبار التحسس الجرثومي .

المعالجة موضعية : شق الخراجات المتواجدة . الغسل بالمحاليل المبيدة للجراثيم مثل برمنغنات البوتاسيوم ، والمعالجة المضادة للجراثيم بعد التأكد من الكائنات الحية الممرضة واختبار مقاومتها . يعالج الجلد غير المصاب بالدهون الحاوية على ٠,٥٪ كليكوكينول . ونجب العناية الفائقة بالجلد وتغيير الثياب المتكرر .

الأمراض الناجمة عن العقنوديات Diseases Caused by Streptococci :

تلعب العقنوديات دوراً حقيقياً في التقيحات البديئية إلى جانب العقنوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز والعنقوديات الأخرى . وأكثر العقنوديات مشاهدة هي العقنوديات الحالة للدم بيتا من زمرة آ . ويعتمد التصنيف المصلي للعقنوديات على تأثيرها على الكريات الحمر . ويمكن تمييز أربع زمر رئيسية من العقنوديات .

العقنوديات المقيحة : وهي عادة العقنوديات بيتا الحالة للدم وتحتوي على الحالة الدموية (الحالة العقدية) التي تسبب انحلال دم - بيتا على الصفائح الحاوية على الدم - الأغار . اقترح لانسفيلد Lancefield تصنيف العقنوديات بالنسبة للبنية المستضدية . وتعتبر المادة C ، وهي عديدة سكاريد متوضعة في جدار الخلية الجرثومية . القاعدة الأساسية لهذا التصنيف من زمر مستضدية من A إلى V . وتنتمي أكثر العقنوديات بيتا الحالة للدم الممرضة للإنسان إلى الزمرة A .

العقنوديات الأخرى : تحدث أنواع متعددة في هذه الزمرة انحلال دم - ألفا فهي ترجع الهيموغلوبين إلى صباغ أخضر (العقنوديات ألفا الحالة للدم) . تنتمي العقنوديات المخضرة Vinidans إلى النبيت الجرثومي الطبيعي للسبيل التنفسي . وقد تصبح ممرضة عندما تهاجم الدسامات القلبية المريضة أو الإصطناعية (التهاب شغاف القلب الجرثومي الحاد) ، والسحايا أو الغشاء المخاطي في السبيل البولي التناسلي على سبيل المثال .

المكورات المعوية Enterococci : (العقنودية البرازية ، لانسفيلد زمرة D) تنتمي هذه المكورات إلى النبيت الجرثومي الطبيعي للسبيل المعوي ولكنها قد تحدث أعراضاً إذا دخلت إلى الدم أو إلى السحايا . وهي تسبب بعض أشكال التسمم الغذائي أيضاً .

عقنوديات حمض اللبن Lactic Acid Streptococci : وهي غير ممرضة . تشاهد غالباً في الحليب وهي التي تحول إلى لبن رائب .

العقنوديات الطافرة S. Mutans : العقنوديات الخفيفة Mitis والعقنوديات ميتيور Mitior تشترك في إحداث نخرة الأسنان .

وبيات الأحماج بالعقنوديات من زمرة A Epidemiology of the Group A Streptococcal Infections :

يمكن أن تنتقل هذه العقنوديات بالتماس الصميمي بين المرضى والأشخاص المؤهين . إن منابع المرض هي أحماج الطرق التنفسية العليا مثل التهاب البلعوم ، والتهاب اللوزتين أو الحمى القرمزية . يكون المرضى المصابون بأفات جلدية بالعقنوديات من زمرة A حاملين لهذه الجراثيم في الغشاء المخاطي البلعومي والذي يشكل منبعاً للخمج في المشافي مثلاً . وقد أنقص البنسلين من المراضة Morbidity والموت من الخمج بالعقنوديات غير أنه يبقى احتمال حدوث جائحات محلية . إلى جانب النتائج المباشرة للخمج بالعقنوديات (تقيح الجلد مثل الإكتيمية ، والحمرة ، والتهاب الحلق ، والتهاب الأوعية اللمفية ، والتهاب العقد اللمفية أو تجرثم الدم) هناك نتائج مرضية متعددة متأخرة مثل الحمى الرثوية ، والتهاب كبيبات الكلى الحاد ، والحمى العقدية ، والحمى متعددة الأشكال ، والحمى الحلقية الرثوية أو

التهاب الأوعية الأرجي . وتحدث المضاعفات المتأخرة بعد ١ - ٣ أسابيع من الخمج بالعقديات من زمرة A . تشاهد الحمى الرئوية بعد التهاب البلعوم في ٣٪ من الحالات ولكن ليس بعد الخمج الجلدي بالذراي المفوعة من العقديات زمرة A . وقد يحدث التهاب كيبات الكلى بالعقديات زمرة A كلوية المنشأ من النمط المصلي ٤ ، ١٢ ، ١٨ ، ٢٥ التي تدخل من طرق بدئية مختلفة كالتهاب البلعوم ، وتقحج الجلد ، وحمج الجروح والمثال المعروف جيداً هو التهاب الكلى القوبائي الذي يظهر بعد عدة أسابيع من الخمج القوبائي . يحدث التهاب كيبات الكلى الثانوي الناجم عن النمط ١٢ من العقديات زمرة A في أقل من ١٪ من الحالات .

المناعيات Immunology : ينتج جهاز المقاومة المناعية أعداداً نوعية ضد الإنظيمات المتعددة خارج الخلايا للعقديات A . يرتفع عيار أضداد الستربتوليزين O (AST) ويدل على الخمج بالعقديات . قد تكون الأضداد ضد DNase أكثر نوعية للأمراض الجلدية . يترك الالتهاب المحمر للحمى القرمزية مناعة بينما تكون جميع المناعات الأخرى بعد الخمج بالعقديات نوعية للنمط وليست نوعية للزمرة . وإذا حدث حمج جديد بنمط آخر من العقديات يحدث مرض جديد .

الحُمرة Erysipelas :

التعريف : مرض خمجي حاد وشائع في الجلد تسببه العقديات مع احمرار منتشر وتورم ، وحمى ، وعرواءات .

العوامل الممرضة : العقديات من زمرة A وبشكل أقل العقديات من زمرة G . وفي حالات نادرة تسبب العقنوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز نفس الصورة السريرية . (راجع الشكلين ٤ - ٨٣ و ٤ - ٨٤) .

فترة الحضانة : بضع ساعات إلى يومين .

الإمراض : تدخل الجراثيم عبر إصابة طفيفة في الجلد مثل التعطن بين الأباخس في السعفة القدمية ، والقرحة الفخذية ، وإصابة خفيفة في اليدين والقدمين أو الوجه أو غير شقوق وسحجات في الأنف (التهاب أنف مزمن) ، وزوايا الفم ، وصيوان الأذن (المذح خلف الأذنين أو الإكزيمة خلف الأذنين) أو الصماخ السمعي الظاهر . كذلك كان الوجه هو المكان الانتقائي للإصابة بالحُمرة بعد إصابة القسم السفلي من الساق . تأتي العقديات عادة من البلعوم الأنفي عند المريض . ويكون المرضى المصابون بالتلازمة الكلائية مؤهين للإصابة بالحُمرة ، ينتشر الالتهاب بسرعة عبر الأوعية اللمفية . وقد تتورم العقد اللمفية الناحية وتصبح مؤلمة بالضغط . ويكون الخمج حاداً على الأغلب مع حمى وعرواءات ولا تتشكل مناعة .

الموجودات السريرية : يبدأ الخمج غير المتناظر فجأة بالتهاب جلدي حاد وتورم وألم بالضغط . ويتشكل بسرعة احمرار واسع سطحي مع تورم وحدود واضحة . وتشاهد بقع النهاية شبيهة باللسان تمتد سريعاً بشكل غير منتظم . تكون المنطقة المصابة حارة ، ويختلف الانتشار المحيطي . قد ينشأ على الحامى حويصلات صغيرة أو كبيرة (الحمرة الحويصلية والفقاعية) . وفي أشكال نادرة ، غير أنها خطيرة ، بسبب تنخرها (الحمرة المواتية) والتي تشاهد في حالات نقص المناعة ، أو وجود العوامل المؤهبة كالسكري ، ووذمة الساق السفلية أو الاضطرابات الدورانية الشريانية . وأكثر الأشكال وخامة هي الحمرة الفلغمونية (التهاب اللفافة الناحية) لأن الالتهاب يمتد إلى النسيج تحت الجلد مؤدياً إلى التهاب لفافة منتشر مع تشكل خراجات . ويمكن زرع العقنوديات في معظم الأحيان . وأكثر المناطق إصابة بهذا الشكل الوخيم هي الأجناف (نخرة الأجناف) ، والحجاج والأذن الوسطى . تكون الحُمرة على الوجه أكثر شيوعاً وأكثر خطورة إذا بدأت على جسر الأنف وانتشرت جانبياً مؤدية إلى وذمة ثنائية الجانب في الأجناف . وقد تمتد إلى الحجاج وإلى الجيب السهمي مع خثار جيبي .

قد تحدث أتلان حمراء في التهاب الأوعية اللمفية ويمكن إيجاد تورم مؤلم في العقد اللمفية . قد تصيب الحُمرة الغشاء المخاطي للأنف مثلاً بعد العمل الجراحي على الأنف وجوف الأنف . تكون الحُمرة البلعومية خطيرة مؤدية للموت بالوذمة المزمارية . تبدي الحُمرة الفرجية تورماً كتلياً واحمراراً في الأشفاق ، وتصبح أحياناً نخرية وقد تصبح حمرة القضيب المفوعة مواتية أيضاً .

الأعراض : احمرار سطحي ومؤلم ، وتورم ، وترفع حروري ، والتهاب أوعية لمفية ، والتهاب العقد اللمفية مع حمى تصل إلى ٤٠ ° مئوية ، وعرواءات . تكون سرعة التخلل مرتفعة بشدة . وغالباً ما يوجد كثرة العدلات .

التشريح المرضي : التهاب حاد لا نوعي مع وجود كريات بيضاء متعددة النوى في الحويصلات والأحياز اللمفية .

المسير : تشفى الحُمرة بالمعالجة المناسبة دون مضاعفات . وتحدث الحُمرة الراجعة غالباً في نفس المكان عدة مرات في السنة . وتنجم عن عودة الخمج الخارجي المنشأ أو عودة تفعيل الخمج الداخلي المنشأ . وغالباً ما تكون الرجعات أقل مشاهدة وتستمر لمدة يوم أو يومين فقط دون حمى ملحوظة : الحمى المجهضة أو المخففة Abortive or Mitigated Erysipelas .

المضاعفات : نذكر المضاعفات النادرة جداً كالتهاب القلب ، والتهاب الشغاف ، والتهاب التامور ، والتهاب كيبات الكلى

للحمرة تعطى الصادات المقاومة للبنسلين وفي حال عدم تحمل البنسلين يمكن إعطاء السلفوناميد ، والكوتريموكسازول أو الإريثرومايسين وبجرعات مناسبة .

المعالجة الموضعية : ضادات مرطبة بالماء تبدل كل ساعتين وقد نضيف مطهرات مثل الكلوكينول سلفات أو برمنغنات البوتاسيوم أو سلفات الزنك - سلفات النحاس . أو الآمونيوم ثيومينوسلفات الممدد . ويمكن استعمال الرهيات الحاوية على الصادات أو الكلوكينول أو الزنك . وإذا كان ثمة ميل لحدوث الموات يجب أخذ التدابير الحالية للنخرة Necrolytic أو اللجوء إلى التنضير الجراحي . ويجب معالجة باب الدخول في نفس الوقت مثل السعفة القدمية في حمرة الساق ، والشقوق في زوايا الفم وفوهة الأنف في حمرة الوجه ، والشقوق في شحمة الأذن في حمرة الأذن . يمكن استعمال الرهيات الحاوية على الصادات والأصبغة (صباغ كاستيلاني) ويجب إبقاء مناطق الثنيات جافة .

الالتقاء : يمكن الالتقاء من الحمرة الراجعة بإزالة جميع الآفات الجلدية التي قد تكون باب دخول الجراثيم . وأهم مشكلة هي السعفة القدمية مع التعطن بين الأبخس في حمرة الساق ، ولهذا السبب كانت المعالجة المضادة للفطور ضرورية . تتطلب الودمة الخفيفة في الساق وضع عصائب ضاغطة . ويعطى البنسلين المديد للالتقاء من عودة الخمج بالعقديات وخاصة في المنطقة الأنفية البلعومية . يعطى ١,٢ X ١١٠ وحدة دولية من البنزاتين بنسلين زرقاً عضلياً كل ثلاثة أسابيع ولعدة أشهر . قد يساعد إعطاء البنسلين عن طريق الفم ولمدة أسبوع كل شهر كما في الحمى الرثوية . ومن المهم إعطاء التعليمات حول التصحيح الجيد مع استعمال الصوابين المطهرة أو المنظفات .

التهاب الهلل Cellulitis :

كان الخمج الجرثومي الحاد المنتشر يعد دائماً مساوياً للشكل العميق والمتعمم من الحمرة . وغالباً ما تسمح حالة عوز المناعة للكائنات الحية غير الشائعة بإحداث التهاب الهلل . وذكرت حوادث من التهاب الهلل بالعقديات زمرة B وحديثاً بالعقديات زمرة Non - A - Non B كما ذكر وجود الجراثيم النزلية الحبة للدم Haemophilus Influenzae وهي جراثيم سلبية الغرام في التهاب الهلل في الأطراف عند الأطفال . ويحتاج الكشف عن هذه الجراثيم إلى الخزعة والزرع كما يجب معايرة مضاد الحالة العقدية .

الإكثيمة Ecthyma :

التعريف : هو مرض جرثومي يبدأ بنفس طريقة القوباء بثرة كبيرة ثم يؤدي إلى تنخر جلدي عميق وتقيح جلد تقرحي . (راجع الشكل ٤ - ٨٥) .

وذات رئة . وقد ينجم عن الالتهاب المتكرر في الحمرة الراجعة نتائج وخيمة مع انسداد الأوعية اللمفية مما يؤدي إلى وذمة دائمة تؤدي بدورها إلى الفيل . يتضخم أسفل الساق ويصبح حجمه مرتين إلى ثلاث مرات الحجم الطبيعي وعجز ناجم عن ذلك . تتشكل ضخامة في الشفة بينما ييدي الجفن السفلي ثنيات في الجلد شبيهة بتهدل الجلد . ويشاهد على ظهر اليدين وذمة لفية دائمة .

التشخيص : حماسي نموذجية مؤلمة مع عرواءات ، وترفع حروري حتى ٤٠° مئوية وكثرة الكريات البيض . قد يفيد الكشف عن العقديات زمرة A من البلعوم الأنفي . ومن الصعب عزل العقنوديات من الحمرة نفسها . وأحسن ما يمكن عمله هو إجراء محضّر من العصارة بعد التشطيب أو أخذ الخزعة من محيط الحمرة ، أو بزرق ورشف مصل ملحي فيزيولوجي عقيم وزرع السائل المرتشف . ويرتفع عيار الأضداد ضد الحالة العقدية (AST) بعد ٧ - ١٠ أيام .

التشخيص التفريقي : تفرق الحمرة عن التهاب الجلد بالتماس الحاد مع حويصلاتاته ، حيث تفقد الحرارة ولا ترتفع سرعة التنفّل ، ويشاهد عادة آفات لالتهاب الجلد بالتماس في مناطق أخرى . ومن الصعب تفريق الحمرة عن داء المنطقة وشيك الحدوث . وتحدث الحمرة على اليدين ، من المهم معرفة عمل المريض (كصيد السمك مثلاً) ، حيث لا تحدث حمى وتبدو الآفات الجلدية حمراء مزرقة بينما يكون السير أقل سمية . وقد تبدي الودمة الوعائية العصبية (وذمة كونيك) بعض أعراض شبيهة بأعراض الحمرة ولكنها لا تترافق بالحماسي وبالحمى .

الإنذار : من النادر حدوث تجرثم دم مترافق بإنتان وتشكل خراجات في أعضاء مختلفة لأن المعالجة المناسبة بالصادات متوفرة وتعطى مباشرة . إن الأطفال الصغار والشيخوخ والمرضى الذين لديهم عوامل مؤهبة (السكري أو نقص المناعة البدني أو الثانوي ...) هم وحدهم يبدون مضاعفات ويكون الإنذار جيداً إذا عولجت الحمرة مباشرة ولكن يجب الحذر في وضع الإنذار في الإصابة بالحمرة في بعض المناطق كالوجه والحنجرة والأعضاء التناسلية ، أو مع تنخر شديد أو أمراض شريانية انسدادية .

المعالجة : من الهام جداً الراحة في السرير ورفع الطرف المصاب . يجب عدم التكلم إذا كانت الحمرة على الوجه . ويسمح بالمأكولات اللينة فقط .

المعالجة الجهازية : تستجيب العقديات المسببة للحمرة للمعالجة الدوائية بالصادات . والبنسلين هو الدواء المنتخب . ومن الأحسن معالجة الحمرة الشديدة بالبنسلين بمقادير عالية زرقاً عضلياً أو وريدياً . وإذا حصل الشك بالعقنوديات كسبب

الحدوث : يحدث بشكل شائع في المناطق المدارية وتحت المدارية مع تغذية سيئة وتصحيح غير كافٍ .

العوامل الممرضة : العقديات زمرة A .

الإمراض : تغزو العقديات الجلد من خلال عيوب بسيطة . والعوامل المساعدة هي : التصحيح السيء في مكان العمل الرطب والحر ، وظروف المعارك عند الجنود . والحمج الثانوي للآفات الإكزيمة والجربية . إلى جانب ذلك ، قد يوهب القصور الوريدي المزمن والتهاب الجلد إلى حدوث إكزيمة متعددة . تشفى التقرحات تاركة ندباً جذري الشكل . وقد يكون من العوامل المؤهبة للإكزيمة : سوء التغذية ، ونقص التغذية أو نقص البروتينات . تصل الأمراض الخمجية السطحية إلى النسج العميقة عندما تنقص قدرة الجلد المناعية ، كما في الاضطرابات الدورانية في زراق النهايات على الساق التي يساعد على ظهورها البرد والرطوبة . لذا يجب التفتيش عن العوامل المساعدة في حال الإصابة بالإكزيمة .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض كما هو الحال في القوباء الفقاعية ، غير أن ذلك يحدث على جلد ملتهب . يكون المرض مقتصرًا على البشرة ولكن قد يمتد بسرعة إلى الأدمة . فينجم عن ذلك قرحة نخرية محدمة ومستورة بجلب جافة متسخة صفراء رمادية اللون . إلى جانب ذلك ، قد يشاهد التهاب أوعية لمفية والتهاب عقد لمفية أو التهاب وريد . وإن المنطقة المنتفخة هي الساق كما في الرضح المتكرر أثناء العمل ، ولكن قد تصاب أي منطقة في الجسم وخاصة عند الأطفال سيئ التغذية الذين يصابون بعد رض خفيف جداً أو بعد لدغ الحشرات في الساق السفلية . تشفى الإكزيمة تاركة ندبة مع فرط تصبغ أو نقص تصبغ .

السير : الشفاء العفوي نادر ، ويحدث عادة بعد عدة أسابيع وأحياناً بعد عدة أشهر . ومن العلامات المميزة تشكل نسيج حبيبي وتندب مع فرط تصبغ محيطي .

الإنذار : مرض مزمن يشفى بعد سير طويل ، وقد يشاهد التهاب كبيبات الكلى .

التشخيص التفريقي : الإفرنجيات الثانوية القرحية ، والإفرنجي الخبيث ، والصمغة المتقرحة ، أو الحمامي الجاسسة أو الآفات الشبيهة بالإكزيمة في إنتان الدم بالزوائف .

المعالجة : يطبق أولاً ضمادات مرطبة بمحلول نترات الفضة (٠.١٪ - ١٪) أو بمحلول برمنغنات البوتاسيوم . ثم يجرى إنضار للآفة وتطبيقات مراهم الصادات . قد يفيد دهن المناطق المحيطية بمعجون الزنك الحاوي على ٠.٥٪ كليكينول للالتقاء . وتتطابق معالجة الإكزيمة مع قواعد معالجة القرحة

واختبار التحسس الجرثومي . وتستعمل العصائب الضاغطة إذا توضع الآفات على الساق . لا تمل الإكزيمة إلى الشفاء إلا إذا أزلنا العوامل المرضية المسببة (الحالة العامة ، وعوز البروتينات ، والاضطرابات الدورانية) وقد يكون من الضروري المعالجة بالصادات الجهازية .

الأشكال الخاصة للإكزيمة : هي القرحة الخندقية عند الجنود ، القرحة الصحراوية وعدة حالات من القرحة المدارية .

الإكزيمة المواتية الشاذة Ecthyma Gangraenosum Terebrans :

هي تقيح جلد قرحي يشاهد عند الولدان وصغار الأطفال ضعيفي المقاومة ، ويشاهد أحياناً فقط عند الكهول معوزي المناعة . تتشكل البثرات في أي منطقة من الجسم ، وتتسع بسرعة وتجتمع مع بعضها مؤدية إلى تقرح نخري واسع . ترافق بأعراض مجموعية كالحمى والتوعك وإذا لم تعالج تؤدي إلى إنتان الدم والموت .

العوامل الممرضة : لا تشاهد الجراثيم المقيحة فقط بل تشاهد المقيحات الزرق Pyocyaneus والمتقليبات والإشريكية الكولونية وكائنات حية دقيقة أخرى كما في الظروف المواتية الأخرى المماثلة . ويعتقد بعض المؤلفين أن الزائفة الزنجارية هي الممرضة .

الإنذار : جيد إذا أعطيت الصادات .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات بكميات كبيرة بعد إجراء التحسس الجرثومي . وقد يعطى الغاماغلوبولين وفي الحالات الشديدة تشرك المعالجة بالستيروئيدات .

المعالجة الموضعية : كما في الإكزيمة .

الفلفمون Phlegmon :

التعريف : هو مرض خمجي جرثومي في الجلد والنسج تحته مع سير شديد . يمتد الالتهاب عميقاً ويتشرب بشكل واسع كما ينتقل إلى اللفافة ، والعضلات والأعصاب مع ميل للتخر .

العوامل الممرضة : عادة العنقوديات المذهبة إيجابية الكوغولاز عادة ، والعقديات زمرة A أحياناً .

الإمراض : قد تدخل الجراثيم إلى النسج تحت الجلد بعد رضوض خفيفة أو تالية للحمرة أو الزرق العضلي غير العقيم ، أو في منطقة الجروح المخموجة أو في حال التهاب الوريد الخشاري . ويؤدي كل ذلك إلى التهاب حاد ممتد ومتشرب مع خراجات ويليه إنتان دم و يترافق ذلك بتوعك شديد ، وعرواءات وحمى عالية .

الموجودات السريرية : تظهر أولاً منطقة النهاية محددة تشبه الحمرة غير أنها تتوضع بشكل أعمق في طبقات الجلد ويعرف ذلك بسبب التسلل الأحمر للوذمة الالتهابية المتشكلة ، يكون اللون أحمر مزرقاً بينما يبدو الجلد ضموراً ولماعاً بسبب الوذمة الشديدة ، ويكون المرض مؤلماً جداً . تحدث أعراض عادة متعددة . ويتفكك النسيج الضام وتصبح العضلات متنخرة . تشكل الخراجات غالباً في النسيج ما تحت الجلد وقد تنبثق عبر الجلد . ويحدث بسرعة التهاب أوعية لمفية والتهاب العقد اللمفية . ومن الممكن حدوث التهاب وريد خثاري وإنتان مع أعراض مجموعة .

الأعراض : التهاب شبيه بالحمرة ، ووذمة التهابية طرية ، وخراجات مع ميل للانتشار عميقاً ، والتهاب أوعية لمفية والتهاب العقد اللمفية وحى ، تكون علامات الالتهاب الكلاسيكية موجودة : إحمراء ، وحرارة ، وتحدد الحركة أحياناً ، وحى عالية وارتفاع سزعة التثفل ، وكثرة عدلات الدم الشديدة .

التشخيص : يحدد سريرياً .

الإنذار : يجب وضع الإنذار بحذر رغم بدء المعالجة الباكراً ويؤخذ بعين الاعتبار عمر المريض وحالته العامة ، ومكان الإصابة والعوامل المرضية .

ويُعدّ فلفغون قاع القم وفلفغون غمد الأوتار من الأشكال الوحيدة .

المعالجة : يجب إجراء اختبار التحسس بالصادات بالسرعة الممكنة . تعطى البنسلينات المقاومة للبنسيليناز بمقادير عالية كالأوكساسولين وديكلوكساسلين والفلوكلوكساسلين أو السيفالوسبورين . ونلجأ أيضاً للمعالجة الموضعية العرضية باستعمال الضمادات الرطبة ومناطرة الخثار . يجب إجراء استشارة جراحية في جميع حالات التهاب الفلفغوني ، إذ غالباً ما تتطلب الحالة مداخل جراحية باكراً ، وينبغي الخلود إلى الراحة التامة في السرير مع تثبيت الناحية المصابة من الجسم .

الفلفغون الجاسي Indurated Phlegmon :

المرادفات : الفلفغون الخشبي ، ذباح لودفيغ .

التعريف : هو ارتشاح في الجلد وتحت الجلد أحمر مزرقي قاسر ومؤلم بشكل خفيف في منطقة الرقبة غالباً ، وعلى الوجه أو على الجذع أحياناً دون ميل خاص نحو النخر الفقيحي ، يصيب الرجال المسنين ذوي الحالة العامة السيئة . وبما أنه لا يمكن عزل العوامل المرضية النوعية يجب أن نعزو هذه الحالة إلى حالة نقص المناعة عند المرضى . (راجع الشكل ٤ - ٨٦) .

السير : تحت حاد أو مزمن .

المعالجة : الصادات واسعة الطيف وخاصة البنسلين المقاوم للبنسيليناز والسيفالوسبورين .

التهاب اللفافة المتخثر Necrotizing Fasciitis : وهو التهاب فلفغوني وخيم جداً ونادر . يمتد الالتهاب النخري الحاد تحت الجلد إلى اللفافات . وثمة خطر من انتشار الالتهاب إلى المفاصل الكبيرة ليشمل الأوعية والأعصاب .

يجب إجراء الزرع للخمج اللاهوائي والتهاب المهلل بالمطثيات ، وتصاب الأوعية بالختار .

المعالجة : الشق الجراحي الواسع والمباشر وتنضير الآفة والمعالجة بالصادات بعد إجراء اختبار التحسس الجرثومي الدوائي .

الموات بالعقديات Streptococcal Gangrene :

التعريف : الموات الناجم عن العقديات زمرة A هو مرض خطر ونسبة حدوث الموت فيه عالية . ويحدث النخر المواتي بشكل سريع وخاطف .

العامل المرض : العقديات زمرة A .

الحدوث : نادر .

الإمراض : قد تشكل الجروح المتعطنة والجراحية والزرق باباً لدخول الجراثيم . ويُعدّ الموات أحد الأشكال الوحيدة للحمرة مع انتشار سريع في العمق وتنخر الجلد .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض كما في الحمرة أو الفلفغون على أحد الأطراف عادة ، ويتطور بسرعة خلال ١ - ٣ أيام . يبدو جلد المنطقة المصابة أحمر مزرقاً قائماً وتشكل بسرعة حويصلات صغيرة أو فقاعات نزفية ثم يحدث نخر أسود نزي في كما في حروق الدرجة الثالثة .

الأعراض : مرض شبيه بالحمرة مع انتشار في العمق ونخر جلد وحى وكثرة الكريات البيض . ويترافق غالباً بمرض آخر (سرطان أو لمفوم ...) .

السير : يمتد الموات موضعياً . وقد تحدث آفات إنتانية انتقالية بسبب تجرثم الدم . وفي هذه المرحلة قد تترافق العقديات زمرة A مع الجراثيم سلبية الغرام التي قد تحدث صدمة سمية .

الإنذار : غير مؤكد حتى بالمعالجة الجيدة بالصادات .

التشخيص التفريقي : الحمرة ، الفلفغون وإنتان الدم .

المعالجة : يجب مراقبة المريض باهتمام مع الإشراف الجراحي والمعالجة المناسبة بالصادات .

الأنحاج الجلدية الثانوية الناجمة عن العقديات

Secondary Skin Infection Due to Streptococci :

التعريف : قد تسبب العقديات زمرة A سلسلة من الأمراض

تقيح الجلد التنبتي Pyoderma Vegetans Nanta and J Bazex 1937 :

المرادفات : التهاب الجلد التنبتي المزمن ، وتقيح الجلد التنبتي والثلولي .

التعريف : هو مرض جرثومي مكتسب من منشأ داخلي ، يبدو سريرياً كقرحة مزمنة مع تكاثر حليمومي في الجرح ، يمكن تقسيمه إلى تقيح الجلد الحليمومي المزمن وتقيح الجلد القرصي المزمن .

العوامل المرضية : العقديات بيتا الحالة للدم من زمرة A ، العقنوديات المذهبية ، ونادراً الجراثيم سلبية الغرام أو التبيت المختلط .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : ينشأ من الأشكال الخفيفة من تقيح الجلد أو الجروح المجموجة أو التقرحات . تؤدي المعالجة بالمراهم الدهنية مثلاً ولمدة طويلة إلى زيادة مستمرة في الالتهاب عوضاً عن تراجع الآفة كما تؤدي إلى تبدل تقيح الجلد . وقد ينجم تقيح الجلد التنبتي المزمن عن المعالجة السيئة .

الموجودات السريرية : إن الأطراف هي المناطق الانتقائية ، ويبدأ تقيح الجلد التنبتي من محيط الآفة البدئية للخمج . تتشكل ارتشاحات حمراء شاحبة وتظهر بثرات عليها . كما تتشكل مناطق صغيرة أو كبيرة من النخر مع تقرحات غير متقطعة ونواسير أو حويصلات . وتتشكل أيضاً ضمن هذه المنطقة المرتشحة والملتهبة تنبتات نسيجية تكاثرية حليمومية وثلولوية تستر بجلبات وبمفرزات قيحية . يمكن عصر مفرزات قيحية مصلية من أجواف النواسير . ويشاهد تقيح الجلد التنبتي عادة في بؤرة وحيدة ونادراً ما يشاهد في أكثر من بؤرة . يتراوح قطر البؤر بين ١ - ١٥ سم . تحدث ندبة ضمورية غير منتظمة مع ندبات مرتفعة وحبلية الشكل .

المسار : يستمر لمدة أشهر أو سنين دون ميل نحو الشفاء العفوي .

التشخيص التفريقي : تقيح الجلد الموائي ، والجلد البرومي الحدي ، والورام الحليمي الجلدي السرطاوي ، والسل ، (الفطار البرعمي ، وداء الشعريات المبوغة) وداء الشعريات وداء النوكارديات Nocardiosis وتقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي ، والفقاغ والفقاغاني التبتيان .

الإنذار : صعب تحديده .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى المضادات بعد إجراء التحسس الجرثومي .

تحدث على الجلد الطبيعي أو على آفات الجلد الموجودة . وسنذكرها هنا باختصار .

- التهاب شغاف القلب الجرثومي تحت الحاد مع إصابة الجلد بزوف حبرية صغيرة .
- نزوف شظية تحت الظفر مع التهاب شغاف القلب الجرثومي تحت الحاد .
- عقيدات أو سلسر مع التهاب شغاف القلب تحت الحاد بالعقديات المخضرة وعوامل ممرضة أخرى كالعنقوديات المذهبية . تحدث أحياناً بشكل مجموعات من مئات من العقيدات النزفية الصغيرة وقد يصل قطرها إلى ٥ مم ، وتكون حمراء اللون ملتية ومؤلمة وهي على الأغلب تشبه الآفات الشروية وقد يكون مركزها مبيضاً . تصيب بشكل انتقائي ذرى الأصابع والأبأخس مع إصابة الرانفة والضرة ، لكن قد تصيب الساعدين والساقين أيضاً . إن حدوثها بشكل مجموعات هو وصفي . تستمر عقيدات أو سلسر لبضعة أيام ويؤدي التشريح المرضي التهاب أوعية .
- بقع جين واي Janeway's Macules : تحدث على الراحتين والأخصمين آفات وحطاطات وعقيدات صغيرة حمامية نزفية . تشاهد في التهاب شغاف القلب الجرثومي تحت الحاد وأيضاً في التهاب شغاف القلب الحاد (تسببه غالباً العقنوديات المذهبية وبشكل أقل العقديات) . وتكون بقع جين واي متعددة ولكنها غير مؤلمة بعكس عقيدات أو سلسر .

تبدلات الجلد الأرجية المحدثه بالعقديات زمرة A

Allergic Skin Changes Produced by Group A Streptococci

التعريف : يحدث بعد أسبوعين إلى أربع أسابيع من خمج العقديات الحاد وخاصة في البلعوم والطرق التنفسية العليا ، جلادات من المرجح أن تكون من منشأ أرجي خمجي :

- الحمامي العقدة والحمامي عديدة الأشكال ، والتهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض ، والحمامي الرئوية .
- الفرورية الخاطفة .
- سورة الصدف ، من النمط الطفحي النقطي عادة .

تقيح الجلد المزمن Chronic Pyodermas :

وهو تقيح في الجلد ليس له علاقة بملحقات الجلد بشكل خاص . وقد تصبح بعض حالات تقيح الجلد ضمورية وبالتالي تشبه سل الجلد (السل الكمي الساعي) أو الفطارات (داء الشعريات المبوغة ، والفطار البرعمي) أو الجلاد البرومي .

الساعي . ويجب تفريقه أيضاً عن تقيح الجلد الموالي . يجب التفريق عن نظائر البروتينات في الدم Paraproteinemia .

المعالجة : غالباً ما تفشل المعالجة بالصادات . ومن الضروري تكرار إجراء اختبار التحسس الجرثومي للصادات . ومن المهم جداً تحسين الحالة العامة للمريض ومعالجة الأمراض الأخرى المرافقة .

تقح الجلد القرصي الشكل Chancriform Pyoderma :

التعريف : هو تقح جلد يشبه الآفة البدئية للإفريقي (القرع) .

العوامل المرضية : غالباً العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز وجراثيم أخرى .

الموجودات السريرية : يتوضع بشكل رئيسي حول الذقن وخاصة على الشفة السفلى وقد يتوضع أيضاً على الأنف ، والوجنتين ، والألتين ، والأعضاء التناسلية ، ويحدث عقيدة قاسية ملتية بأحجام مختلفة مرتفعة يمكن جس حوافها المحددة . تتآكل أو تنقرح أو تصبح مستورة يجلب على سطح الجلد ، وغالباً ما تتواجد عقدة لفية صغيرة ومؤلمة أو أكثر في الناحية المصابة . ولا يعرف تماماً منشأ هذا الشكل من تقح الجلد ، (راجع الشكل ٤ - ٨٧) .

التشخيص التفريقي : القرع الصلب في الإفريقي ، والقرع اللين والجمرة الخبيثة إذا حدثت الجلب مركزياً .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : الصادات حسب اختبار الزرع والتحسس الجرثومي .

المعالجة الموضعية : ضمادات مرطبة بالمحاليل المطهرة ، والرهيمات الحوية على الصادات ولكن لا تطبق المراهم الدهنية .

العد النخري Acne Necrotica :

الملاحظات : العد الجذري الشكل .

التعريف : مرض مزمن مع آفات حطاطية وسفية تتوضع على الفروة والوجه . وتترك بعد شفائها ندبات جذرية الشكل . لا يوجد علاقة لهذا الداء مع العد الشائع (راجع الشكل ٤ - ٨٨) .

العامل المرضي : يشك بدور العنقديات البشوية أو الجراثيم البريونية العدية .

الملاحظات : إن الشكل المزمن من المرض نادر جداً . ولم يثبت دور العوامل المحيطية والوراثة بشكل نهائي ، يشكو المرضى المصابون بهذا الداء من المث .

معالجة الموضعية : تجنب وضع المراهم . استعمال الضمادات خروضة بالمحاليل المطهرة . تنضير النسيج المريض بالمجرفة أو بانشرط أو بالتخثير الكهربائي إذا لزم الأمر . تستعمل بعد خروجة ضمادات مرطبة بالمطهرات أو ترات الفضة ١/١٠٠٠ ثم يوضع رهم غير دهني مع إضافة المطهرات أو الصادات وأيضاً السيترويدات لفترة قصيرة : يجرى اختبار مقاومة الجراثيم للصادات باستمرار وبانتظام . فإذا فشلت المعالجة وجب إزالة المنطقة المؤوفة جراحياً ويجري تطعيم الجلد بعد تحبيه .

الأشكال الخاصة : تقح الجلد التبي لآزو Pyodermite Azua Végétante [Azua 1894] :

تكاثر حليمومي مع فرط تنسج بشروي سرطان كاذب وهذا من المظاهر السريرية الواضحة كما في تقح الجلد الشبيه بالفطر البرعمي يصنف بعض أطباء الجلد هذا المرض مع السرطاوي الحليمومي الجلدي (Cottren) .

تقح الجلد القرصي الساعي Pyoderma Ulcerosa Serpiginosa :

الملاحظات : التهاب جلد قرصي .

التعريف : تقح جلد مع صفات شكلية لتقح الجلد التبي المزمن .

العوامل المرضية : العنقوديات المذهبة عادة والعنقديات أو نيت مختلط أيضاً .

الملاحظات : نادر جداً وغالباً عند الذكور .

الإمراض : يوجد تشابه بين هذا المرض وتقح الجلد التبي ، غالباً ما يصيب المسنين والمضعفين والمرضى المدنفين (عوز المناعة الثانوي) .

الموجودات السريرية : يفرق هذا الجلاد عن التهاب الجلد التبي بشكل رئيسي بصفاته الشكلية (المورفولوجية) . تتوضع آفات متعددة عادة على الجذع . ويشاهد أولاً ارتشاح أحمر بقطر ١ سم مملوء بالبثرات ، يتحول إلى تقرحات صغيرة مستورة يجلب ، ثم تمتد الآفة مع نمو محيطي وشفاء مركزي مؤدية إلى ندبة ضمورية كما في الإفريقي الآجل ولا يوجد عادة ترفع حروري .

السير : مدة أشهر .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها في البدء عن الإفريقيات الحدية الساعية . يمكن نفي الإفريقي الثاني بالاختبارات المصلية وبالمعالجة اللطيفة بالبوتاسيوم اليودي . ويمكن أن يظهر تقح الجلد الشبيه بالفطر البرعمي بمظهر تقح الجلد القرصي

أمراضاً وخيمة في الجلد والأغشية المخاطية بعكس العقنوديات والعقديات .

والجراثيم البرويونية هي جراثيم إيجابية الغرام ، غير متحركة ، عصوية الشكل ، لا تحدث أبواغاً ، وهي غالباً مديبة النهايات وينتمي بعض الأنواع منها إلى النبيت الطبيعي للجلد والأغشية المخاطية .

تنتمي الجراثيم الوردية الخناقية الكاذبة والوردية الجفافية إلى النبيت الطبيعي في الأغشية المخاطية للسبيل التنفسي والملتحمة ولا تسبب أي مرض : وقد صنفت المستدمية المهبلية كجراثيم وردية ولذا سميت سابقاً بالوردية المهبلية . تحدث الوردية الخناقية ذيفاناً خارجياً فعالاً جداً يسبب الخناق عند الإنسان ، تُفرَّق الجراثيم البرويونية والجراثيم الوردية والجراثيم القصيرة (وهي جنس آخر من الجراثيم الوردية الشكل) باختلاف تركيب جدارها الخلوي وهذا مهم بالنسبة لتصنيف الذراري .

المحول ٤ - ١٠ : أمراض الجلد والأغشية المخاطية الناجمة عن الجراثيم الوردية والجراثيم البرويونية

المرض	العوامل الممرضة	الحدوث
الوذح	الجراثيم الوردية الدقيقة	شائع
القطار الشعري	الجراثيم الوردية النحيلة	شائع
الإبطي		
انحلال الطبقة	الجراثيم الوردية	نادر نسبياً
المتقرنة المنقر	<i>Dermatophilus Congolensis</i>	
التهاب الجريبات	الجراثيم البرويونية العديدة الجراثيم البرويونية الحبيبية	نادر
الخناق	الجراثيم الوردية الخناقية ، بشكل رئيسي التمثط الحيوي الوخيم	نادر
الخناق الجلدي	الجراثيم الوردية الخناقية ، بشكل رئيسي التمثط الحيوي الخفيف أو الوخيم	نادر جداً
العد الشائع	الجراثيم البرويونية العديدة الجراثيم البرويونية الحبيبية	لها دور غير مباشر من الناحية الأمراض

الوذح Burchardt 1859, Von] Erythrasma
: [Bärensprung 1862

التعريف : التهاب جلد الثنيات الجرثومي اللاعراضي مع

الإمراض : غير مفهوم تماماً . توحى الاستجابة للمعالجة المضادة للجراثيم مع وجود العقديات والعنقوديات أن هذه الجراثيم تلعب دوراً في إحداث المرض ، وتوحى أيضاً بأن العد النخري هو شكل خاص من تقيح الجلد . ولكن يكون الزرع غالباً سلبياً أو إيجابياً فقط بالنسبة للعنقوديات البشروية .

الموجودات السريرية : إن المناطق الانتقائية هي المناطق المثية من الجلد على الفروة ، والوجه ، والصدر والظهر . تصاب الفروة بشكل رئيسي ، ولكن في بعض الأحيان تصاب منطقة خط الشعر فقط . ويحدث توزع مشابه حول منطقة الصلع عند الرجل الأصلع .

تكون الآفات خفيفة يصل قطرها إلى ٢ - ٣ م ، وتبدو كحطاطة قاسية ملتية حمراء تتحول بسرعة إلى آفة نخرية في المركز . الآفة الحطاطية النخرية . ويشاهد أحياناً شريط ضيق من الحمامي . ويكون لون الجلبة المركزية بنياً مصفراً وعلى الأغلب أحمر غامقاً (النخر النزقي) . تبقى الجلبة ملتصقة لمدة طويلة ، ثم تسقط تاركة ندبة جذرية الشكل ومن هنا التسمية : العد الجذري الشكل ، وقد تزيد التآكلات من وخامة المرض ، ويدل توزع الندبات النموذجية مدى الحياة على الإصابة السابقة بالعد النخري .

الأعراض : العرض الأكثر ظهوراً هو الحكمة .

التشريح المرضي : يدي خراجاً جريبياً مع رشاحة لمفاوية حول الأوعية في الأدمة مع تندب .

الإنذار : جيد ما عدا الندبات الجذرية الدائمة والميل للنكس .

التشخيص التفريقي : التهاب الأوعية الأرجي من النمط الحطاطي النخري والسلبيات الحطاطية النخرية . ولكن جميع هذه الأمراض تشاهد في مناطق أخرى . ويُعرض الحصف وقسي الشكل بأشعة الشمس .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : قد يعطى التتراسكلين أو الإيترومايسين كما في العد . وقد تعطى الصادات بعد إجراء الزرع واختبارات التحسس الجرثومي لها .

المعالجة الموضعية : وقد تفيد مراهم السيناوار - الكبريت . وقد تفيد أكثر المحاليل الكحولية للصادات (٠,٥ ٪ تتراسكلين ، إريترومايسين أو كلندامايسين) أو رهيمات الصادات . ويجب متابعة العلاج لبعض الوقت بعد الشفاء السريري تجنباً للنكس .

الأمراض الناجمة عن البرويونية والجراثيم الوردية
Diseases Due to Propionibacteria and
: Corynebacteria

من النادر أن تُحدث الجراثيم البرويونية والجراثيم الوردية

تبدلات بقعية بنية ضاربة للحمرة .

الحدوث : يصيب المرض الجنسين ويشاهد أحياناً حتى نسبة ٢٠٪ في المناطق المدارية . ومن العوامل المؤهبة نذكر : فرط التعرق ، والسكري ، والسمنة ، والثياب الضيقة ، والتصحيح السيء ... يحدث الودح في منطقة المغنيتين وفي الإبطين وتحت الثديين ومنطقة السرة والمناطق بين الأباخس . (راجع الشكلين ٤ - ٨٩ و ٤ - ٩٠) .

العامل الممرض : الجراثيم الوددية الدقيقة *Corynebacterium Minutissimum* وهي جراثيم مولدة للبرفيرين ، لذا تبدو الآفة حمراء متألقة بأشعة وود وهي معدية بشكل خفيف ، وغالباً ما تكون غير معدية .

الأسباب والأمراض : تشبه الأسباب والأمراض مثيلاتها المشاهدة في النخالية المبرقشة الناجمة عن الفطور الشبيهة بالخمائر . يساعد في إحداث المرض : المحيط الرطب والدافئ ، وفرط التعرق الناحي ، والتعطن مع تخرب البشرة ، ومناطق الثنيات (المناطق المذحية) الدافئة والرطبة ، والسمنة ، والتماس التشريح الصممي بين مختلف مناطق الجلد (الأفوات - الأحياز - الضيقة بين الأباخس ، التضيق الناجم عن انقثال الأباخس Twisted Toes ، والمنطقة تحت الثديين ، والملابس الضيقة المصنوعة من خيوط تركييبة ، والأحذية المطاطية أو الجلد الصناعي) . تتكاثر الجراثيم الوددية الدقيقة كنتيجة لتخرب حاجز الجلد الطبيعي مما يؤدي إلى اضطراب النبيت الطبيعي . وتتوضع الودديات بشكل سطحي في الطبقة المتقرنة ولا تدخل إلى البشرة الطبيعية أو النسيج الضام . وتنتج الجراثيم الوددية الدقيقة البرفيرين كما تفعل غالبية الجراثيم الوددية . يتألق البرفيرين بلون آجري أو أحمر مرجاني في الأشعة البنفسجية طويلة الموجة . وتساعد هذه الظاهرة في التشخيص السريري لهذا المرض بواسطة أشعة وود .

الموجودات السريرية : أكثر المناطق إصابة بالودح عند الرجال هي منطقة الصفن بالتماس مع الفخذين . وغالباً ما تكون الجهة اليسرى أكثر إصابة من الجهة اليمنى . وتقتصر الإصابة في المنطقة التناسلية عند النساء على مناطق صغيرة ذات تماس بالشفيرين الكبيرين . ويصيب الودح بشكل أقل تحت الثديين والمنطقة الخارجية من الشرج ، والركب وفي الطيات البطنية المعدية عند البدينين أو في الأفوات (الأحياز) بين الأباخس . يظهر في البدء بقع بنية وحمراء تمتد لتشكيل بقعاً واسعة ذات حدود واضحة . قد تظهر بؤر محيطية للخمج في المنطقة المجاورة . يكون سطح الجلد ناعماً ومن الصعب رؤية الوسوف نخالية الشكل . قد تحدث الحكمة بسبب التخریش الناجم عن التعرق الشديد أو الجلوس لمدة طويلة أو عن ذلك . وتصبح الآفة

حمراء في المحيط بسبب الالتهاب (الودح المخرش) وتصبح حاكّة أكثر . وكثيراً ما يكشف الودح صدفة أثناء فحص المريض .

الأعراض : لا توجد عادة أعراض شخصية . تكون الآفات البنية المحمرة المنتشرة مزعجة جمالياً للمريض . وتحدث الحكمة بالتخريش .

التشريح المرضي النسيجي : غير مشخص لأن الجراثيم تتوضع بشكل سطحي جداً في الطبقة المتقرنة .

السير : مزمن ويستمر عدة سنوات وعقود مع امتداد الآفة البطيء إذا لم يعالج . ويحدث الاشتداد في الصيف .

التشخيص : يشخص الودح بسهولة بعلاماته . تشاهد في مناطق الثنيات بقع بنية محمرة مع حدود واضحة . ونادراً ما نشاهد الوسوف . يمكن إثبات التشخيص بأشعة وود أو بالشریط اللاصق أو بأخذ خزعات سطحية بالسيانو اكريلات وتلون بملون غرام وتفحص بالمجهر حيث تشاهد الجراثيم بسهولة .

كشف الجراثيم : أهم طرق الفحص هو استعمال أشعة وود التي تعطي أشعة UVA بين ٣٢٠ - ٤٠٠ نانومتر ، وتجري في غرفة مظلمة . ويكون طيف امتصاص البرفيرين ضمن مدى (مجال) طول الموجة . يتألق الودح بلون أحمر شديد في جميع أنحاء السطح المصاب . يصبح باستعمال أشعة وود لرؤية التألق البرتقالي للأجربة على الأنف عند المرضى المصابين بالعد والمخموجين بالجراثيم البروبيونية العدية أو الحبيبية . تحدث الجراثيم البروبيونية الأخرى تألق زهر عمر أو برتقالي . يدعم التألق الأخضر بأشعة وود تشخيص السعفة (البويغاء الأودينية والكلبية) .

تكشف العصيات الخناقية الشكل بالتخديش السطحي أو بالشریط اللاصق أو الخزعة السطحية الجلدية بالسيانو اكريلات من المنطقة المؤوفة بعد تلويها بملون غرام أو ملون غمزا . يمكن الزرع تحت ظروف هوائية دقيقة باستعمال المرق الزرعي الغني لمدة ٥ - ٧ أيام . وتتألق المستعمرات أيضاً بلون أحمر أرجواني بأشعة وود .

التشخيص التفريقي : تبدي السعفة المغننية (الداء الفطري الأري) حوافاً واضحة غالباً مع وجود حطاطات وحطاطات بثرية وتراجع الإصابة في المركز . تصيب النخالية المبرقشة المناطق الفخذية نفسها ولكن تشاهد آفات أخرى على الجذع . ومن الصعب تفريق المذح عن الودح فقد تراكب الآفات . يساعد الفحص بأشعة وود في التشخيص . كما يجب التفكير بالصداف الشائع .

الإنذار : جيد ، والنكس شائع .

المعالجة : التخلص من العوامل الممرضة وتجنب حرارة ورطوبة المنطقة هي من العوامل المهمة في المعالجة . ويعد استعمال المراهم الدسمة مضاد استطباب في هذه الحالة .

المعالجة الجهازية : لم تعد المعالجة الشائعة والناجعة سابقاً باستعمال الإريثروميسين ١ - ١,٥ غ/يومياً لمدة ٥ - ٧ أيام ضرورية في أغلب الحالات .

المعالجة الموضعية : المعالجة المضادة للجراثيم بمركبات الإيميدازول : كلوتريمازول ، ميكونازول ، إيكونازول أو الكيتوكونازول . كما تستعمل الصادات الواسعة الطيف على شكل رهيات أو دهونات ، تفيد المعالجة بتجفيف الجلد بدهونات تحتوي على الكيريت (٣ - ٥ ٪ كيريت مرسب بدهون التوتياء) . ويجب غسل الثنيات (المناطق المذحية) بالمحاليل المطهرة بانتظام . تطبيق المعالجة عادة مرتين يومياً . يدل غياب التآلق الأحمر على المعالجة الناجحة . قد يستمر التصبغ البني لمدة من الزمن . وينبغي أخذ التدابير اللازمة للتصحيح الجيد لأن الودح من الآفات التي تبدي ميلاً كبيراً نحو الرجعة . لذا يجب تجفيف مناطق الثنيات والإبقاء عليها جافة باستعمال البودرة والثياب غير الكثيفة والأحذية المتهوأة .

الفطار الشعري الإبطي Trichomycosis Axillaris
[Paxton 1869] :

المرادفات : الداء الجرثومي الشعري الإبطي . الداء الجرثومي الشعري بلمينا ، الفطار الشعري بلمينا .

التعريف : هو استعمار كثيف للأشعار الإبطية بالجراثيم الوتدية التي لا تحدث مرضاً عادة . ويظهر بوجود فرط التعرق والتصحيح السيء .

الحدوث : شائع نسبياً بوجود التصحيح السيء . يصاب به الرجال أكثر من النساء .

العامل الممرض : الجراثيم الوتدية النحيلة C. Tenuis .

الأسباب والأمراض : تشكل الجراثيم الوتدية جزءاً من النبيت الطبيعي للجلد وسقية Shaft أشعار الرأس ، والإبط ، والعانة والجسم . وفي حال توفر شروط التصحيح السيء ، وفرط التعرق ، والرطوبة ، والدفع ، في مناطق الثنيات ، تشكل الجراثيم الرمية إيجابية الغرام مستعمرات كثيفة تحيط بالشعر مع جلبه من عرق الغدد المفرزة الجاف . وحتى في الظروف الطبيعية يشاهد عدد كبير من الجراثيم الوتدية في مناطق الثنيات الرطبة خاصة .

الموجودات السريرية : تكون أشعار الإبط وبشكل أقل أشعار

الزكَب mon pubis ، ونادراً جداً أشعار الجسم ، مغطاة على طول عدة ستمترات بترسبات من مواد صفراء مبيضة أو حمراء أو سوداء صلبة الكشط ، يطلق عليها اسم الفطار الشعري البلمينا (الإبطي) الأصفر أو الأحمر أو الأسود ، يكون الشعر وكأنه مغطى بجلبة ، وتدل رائحة الجلد الحمضية الزنخة في هذه المناطق على التبدلات . (راجع الشكل ٤ - ٩١) .

الأعراض : لا تحدث أعراض شخصية ، من الشائع حدوث الصنان Bromhidrosis .

البنية النسيجية : تفحص الشعرة المتزوعة بعد وضعها في زيت الأرز للفحص بالعدسة الغاطسة حيث تبدو مغلفة بجلبة من الجراثيم . ويمكن رؤية الكتل الجرثومية بوضوح بالفحص بالساحة المظلمة . وتؤدي التحريات الجرثومية إلى كشف الجراثيم الوتدية النحيلة .

المسار : مزمن في حال عدم وجود التصحيح الجيد للجسم .

التشخيص : يمكن التشخيص بسهولة من الصورة السريرية ، أو بالفحص المجهرى للأشعار ، أو زرع الجراثيم الوتدية . يدل اختلاف اللون على أن هذه الجراثيم تصنع البرفيرين .

المعالجة : تؤدي التدابير اللازمة للتصحيح (الاستحمام) مع الاستعمال اليومي للصوابين المطهرة أو المطهرات الخامضة إلى التخلص السريع من هذه الحالة واتقاء النكس . ويجب تأمين التصحيح الجيد والسيطرة على فرط التعرق باستعمال مضادات التعرق والألبسة التي تسمح بتهوية المنطقة وتبديلها المتكرر للإلتقاء من النكس . تفيد مركبات الإيميدازول : كلوتريمازول ، ميكونازول ، إيكونازول ، والكيتوكونازول . كما تفيد المحاليل الكحولية لحمض الصفصاف ٣ - ٥ ٪ أو كلور الألمنيوم ٣ - ٥ ٪ .

انحلال الطبقة القرنية المنقر Pitted Keratolysis
[Castellani 1910] :

المرادفات : الورم القرني (القرنوم) التلمي ، الورم القرني الأنحصى التلمي ، التنقر الأنحصى .

التعريف : هو اضطراب تنفري في الطبقة المتقرنة للمناطق الحاملة لثقل الجسم في الأنحصى . ينجم عن التعطن والجراثيم بوجود فرط التعرق ، والأحذية الكثيفة مؤدياً إلى ألم حارق شديد . (راجع الشكل ٤ - ٩٢) .

لمحة تاريخية : أدى هذا المرض إلى خسائر كبيرة أثناء العمليات الحربية . يرجع الوصف الكلاسيكي لانحلال الطبقة القرنية المنقر إلى زمن الاستعمار البريطاني للهند .

الحدوث : مرض منتشر في جميع أنحاء العالم وخاصة عند

نرجح . وشائع حدوث في المنطقة المدارية وما تحت المدارية .
العوامل الممرضة : الجراثيم الوبائية أو جراثيم أخرى مثل
 لمرماتوفيلوس كونغوليسينسيس *Dermatophilus*
congolensis .

الأسباب والأمراض : تزداد قابلية جلد الأشخاص القاسي
 لتعفن نتيجة فرط تعرق القدمين . ويندر حدوث المرض في
 لقص النبارد أو عند الأشخاص الذين يمشون حفاة في الطقس
 حاف . يوهب المشي حافياً على أرض رطبة (حقول الرز ،
 سهول المروية ...) أو استعمال الأحذية الكتيمة (الأحذية
 نضائية ، أحذية الجيش) إلى حدوث هذا المرض .

أما العامل الثاني فهو تكاثر جراثيم النييت الطبيعي للجلد في
 جو رطب . تزداد فعالية الإنزيمات الجرثومية مثل الكيراتيناز
 ونيترويناز وينتورم القرنين في الطبقة المتقرنة المتقوعة بالماء
 وتؤدي مما يؤدي إلى انحلال الخلايا القرنية وإلى ظهور مناطق
 مسطحة ومنقرة في الطبقة المتقرنة . لذلك كان لدى اللاعبين
 (انتس ، والسكواش ..) وبعض عمال المصانع (الذين
 يعملون لمدة طويلة في جو رطب وحار وهم يرتدون الأحذية
 نضائية) ميل للإصابة بانحلال الطبقة المتقرنة المنقر .

الموجودات السريرية : يشاهد غالباً فرط التعرق مع زرق
 لأخصصين . والمناطق الانتقائية لهذه التبدلات هي مناطق تحمل
 ثقل الجسم : مناطق الأضراس على الأخصصين كالعقبين ، والوجه
 تراحي للأجناس الكبير ، وجوانب الأخصصين . يصبح لون
 طبقة المتقرنة أيضاً في منطقة تمتد من ٣ - ٨ سم وتبدو
 متورمة مع محيط حمامي . تبدو في هذه المنطقة البيضاء المتعطنة
 آفات مسطحة تقرنية (قنح ١ - ٣ م) . وتظهر على شكل
 عيوب مثقبة تتحد مع بعضها أحياناً مشكلة انخمصاصات كبيرة
 قنح ١ - ٣ سم . يزول الألم عندما يزال ضغط الجسم
 بالاستلقاء أو رفع القدمين . ولا يولد الضغط سوى ألماً طفيفاً
 غير أن الألم يصبح غير محتمل وثاقب بالمشي أو الوقوف لفترة
 طويلة . وبالعادة ، تكشف الأشكال المجهضة من انحلال الطبقة
 القرنية المنقر صدفة . وقد أمكن إحداث المرض تجريباً مع
 زرعته الكريهة عند المتطوعين بواسطة الدرماتوفيلوس
 كونغوليسينسيس .

الأعراض : حرارة وألم حارق وثاقب في الأخصصين أثناء المشي
 على المناطق الحاملة لوزن الجسم ، وغالباً مع صنان شديد
 ورائحة كريهة لاذعة غموضجية .

التشريح المرضي النسيجي : تحدث الآفات في الطبقة المتقرنة .
 يمكن كشف الجراثيم بإجراء تلوين غرام .

مدة المرض : يمكن أن يكون الشكل حاداً وإلا فهو مزمن

ويستمر باستمرار العوامل المؤهبة كفرط التعرق ولبس الأحذية
 الكتيمة والتصحح السوء .
الإنذار : جيد بعد التخلص من العوامل البيئية .
المعالجة :

الموضعية : المعالجة المضادة للجراثيم مثل الكلوروهيكزيدين
 غلوكونات ، وتطبيق الكحول بنسبة ٤٠ - ٦٠٪ أو
 الإريترومايسين ، أو التتراسكلين أو الكلندامايسين بنسبة
 ١ - ٥٪ في الكحول . وتكون معالجة فرط التعرق بأملاح
 الألمنيوم أو بالتشريد ، كما يجب غسل القدمين يومياً بالصابون أو
 بالمطهرات الحمضة .

الحنق الجلدي (الديدفتريا الجلدية) Cutaneous
Diphtheria [Bretonneau 1826] :

التعريف : مرض خمجي نادر تسببه الجراثيم الوبائية الحنقية ،
 وينجم عن التلقيح الذاتي أو التلقيح الغيري . وإذا لم يشخص
 المرض يمكن أن يكون وخيماً إذ قد ينجم عنه الشلل .

الحدوث : وقد سجلت أكثر من ٢٤٥٠٠٠ حادثة من حنق
 الحلق عام ١٩٤٣ في ألمانيا ، كان من ضمنها ١٢٨٣٣ حادثة
 موت من المرض ، بينما شوهدت ١٦ حالة متفرقة فقط عام
 ١٩٧٤ ، وحدث بين عام ١٩٧٥ و ١٩٨٤ إصابات بالحنق
 في شمال غربي ألمانيا فقط . وقد وجد في عام ١٩٧٧ ذرية
 جرثومية سمية نشأت في أحد الجروح . وذكر حدوث ١٩٠
 إصابة بين عام ١٩٧٥ و ١٩٨٤ مع نسبة وفيات ٢٢٪ . وقد
 لوحظ حديثاً زيادة في حدوث الحنق الجلدي عند
 الكحوليين .

العوامل الممرضة : الجراثيم الوبائية الحنقية ذات النمط
 البيولوجي الوخم Gravis ، الضعيف Mitis ، المتوسط
 Intermedius .

الأسباب والأمراض : يبدأ المرض المتوطن الأكثر حدوثاً بمجم
 في الحلق ويتظاهر بأعراض حنقية . يحدث الحنق الجلدي
 نتيجة تلوث جرح بسيط بالجراثيم مثل آفات إكزيمة أو قوبائية
 وذلك بالتلقيح الذاتي أو التلقيح الغيري . ويمكن تحديد انتشار
 المرض المتوطن بالفحص الجرثومي للنسج المحيطة وإجراء
 مسحة بلعومية ، اختبار Schick . تعتمد إمراضية الوبائيات
 الحنقية على إنتاج الذيفان الذي تنتجه الذراري التي تحتوي على
 طليعة العائية Prophase فقط ، وذلك لأن مجين العائية يحتوي
 على الجين البنيوي للذيفان . وإن طليعة العائية هي DNA عائية
 الجراثيم متداخلة في الصبغي الجرثومي . يتألف ذيفان الحنق من
 سلسلة بوليبيبتيدية تتألف بدورها من جزئين مختلفين وظيفياً
 الوزن الجزيئي الأول ٢٢٠٠٠ وللثاني ٤٠٠٠٠ . وتشكل

الشدة Fragment الصغيرة (A) العنصر الفعال السمي . ويكون الذيفان ممتاً للإنسان بنسبة ١٠٠ نانوغرام/كيلو غرام من الوزن ، لأنه يؤدي إلى تشييط تركيب البروتينات الذي لا يتراجع ، وتكون نتيجته موت الخلايا .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تستمر بضعة أيام تظهر تقرحات مدورة صغيرة محيطها ملتهب . وتظهر وكأنها مقتلعة بسبب حوافها المرتفعة . يستر قاع القرحة غشاء كاذب دهني أصفر رمادي أو أصفر ضارب للبياض ملتصق بشدة . وينبغي التمييز بين الأشكال المختلفة للحناق : الحناق السمي الأولي ، والحناق المتوضع ، والحناق المترقي ، والحناق الخبيث . وبعد التهاب الأعصاب الحنقاقي D. Polymeuritis من العلامات النموذجية .

التشخيص : يعتمد التشخيص بشكل رئيسي على العلامات السريرية . تُزرع العوامل المرضية المأخوذة من الحلق أو من الجروح على أوساط خاصة ، ويستغرق الزرع ٢٤ - ٤٨ ساعة ، يبدو بفحص اللطاخة عصيات نخيلة ذات أجسام قطبية من طراز نموذجي . ويستعمل الاختبار السمي للعالم Elek . وإذا لم يشك بالحناق فلا يمكن وضع التشخيص قبل حدوث الشلل . والاختباران المهمان هما : مقايضة التراص الدموي المنفعلة التنافسية Competitive Passive Hemagglutination Assay (cPHA) للكشف عن ذيفان الحناق في المزارع ومن مصل الإنسان ، والمقايضة المناعية الماصة المرتبطة بالأنظيم (ELISA) . وتكفي حساسية اختبار cPHA للكشف عن الذيفان في المزارع النقية التي تحتوي على الوتديات الحناقية ، ويعد هذا الاختبار بسيطاً وسهل التنفيذ عوضاً عن اختبار الانتشار المناعي للعاملين Elek - Ouchterlony . ويمكن كشف الذيفان في رشاحة المزرعة المجرة من مسحة البلعوم أو اللوزتين باختبار إلزا ELISA - البيوتين/ستربتافيدين الأكثر حساسية . ويسمح هذا التحري بتأكيد تشخيص الحالات المشكوك بها من الحناق خلال ٢٤ - ٤٨ ساعة .

المعالجة :

لحة تاريخية : قبل إدخال المعالجة بالمصل المضاد للذيفان الذي قام به العالم Von Behring عام ١٨٩٤ كانت نسبة الوفيات من الحناق بمعدل ٣٥٪ وهي الآن حوالي ٢٢٪ . وقد وصف Schick عام ١٩١٣ اختباراً جلدياً يفرق بموجبه بين الأشخاص المؤهين للحناق والأشخاص المقاومين له . وأدخل فون بهرنج Von Behring عام ١٩١٣ المعالجة المناعية بالذيفان - مضاد الذيفان .

المعالجة الجهازية : المعالجة المباشرة بالمصل المضاد للذيفان خلال

ال ٢٤ ساعة الأولى . يتوفر في ألمانيا نوع واحد فقط من المصل المناعي المضاد للذيفان المأخوذ من الحصان . وهو يحتوي على ٤٠٠٠ وحدة/مل مضادة للذيفان في (4000IV/ML) . وحسب شدة الأعراض ، يعطى ٥٠٠ - ١٠٠٠ وحدة دولية/كغ من الوزن بزرقة عضلية واحدة ، ويعطى ٢٠٠٠ وحدة عندما يوجد خناق سمّي ، فإذا بدأت المعالجة المصلية بعد ثلاثة أيام من بدء المرض يجب مضاعفة المقدار الدوائي وتعاد المعالجة بعد ثلاثة أيام أخرى إذا لم يطرأ تحسن على الحالة . ويجب توقع تفاعل فرط حساسية للمصل الغيري في بعض الحالات . ويتوفر في الولايات المتحدة غلوبولين نقي مضاد للذيفان الحنقاقي ، وهو مأخوذ من الحصان .

تفيد المعالجة المضادة للجراثيم بالبنسلين C أو الإريترومايسين كمعالجة تالية للمعالجة المصلية ولكنها ليست بديلاً عنها . فهي توقي من إنتاج الذيفانات بتشيطها نحو الجراثيم والتخلص من العامل المرض . ويجب ألا تبدأ المعالجة بمضادات الجراثيم قبل إجراء فحص المسحة الجرثومية . كما يجب معالجة الأشخاص الذين هم بتماس مع مرضى الحناق بالبنسلين ١,٢ X ١٠ وحدة دولية يومياً ، أو الإريترومايسين بعد إجراء المسحة البلعومية والأنفية . وإذا كان الشخص الذي هو بتماس مع المرضى غير ملقح سابقاً ضد الحناق ، أو إذا أجري التلقيح منذ أكثر من ٥ سنوات ، يجب البدء بالتلقيح المباشر بلقاح حي .

اللقاح : فقط ٦٠٪ من الكهول لديهم وقاية جزئية أو كاملة في ألمانيا ($\leq ٠,٠١$ وحدة دولية من مضاد الذيفان/مل من المصل) . ولقد انخفض معدل استعمال التلقيح الفاعل في جميع أنحاء العالم في السنين الأخيرة . ولا يعطي التلقيح الفعال المضاد للذيفان وقاية كاملة ضد الخمج الحنقاقي ، غير أن الأشخاص المنع من يصابون بالمرض بنسبة أقل ، وإذا أصيبوا تكون الإصابة خفيفة .

التلقيح الفاعل : يعطى بشكل تلقيح أحادي أو بالاشتراك مع لقاح الكزاز كلقاح ثنائي DT ، أو مع لقاح الكزاز والشاهوق كلقاح ثلاثي DPT .

التلقيح الأساسي في الطفولة : بلقاح الحناق D أو الحناق والكزاز DT أو الحناق والكزاز والشاهوق DPT .

التلقيح	الشهر الثالث	٧٥ وحدة دولية من
الأولي		الذوفان الحنقاقي .
التلقيح الثاني	بعد ٦ - ٨ أسابيع	٧٥ وحدة دولية من
		الذوفان Toxoid الحنقاقي .

التلقيح بعد ١٢ شهر من ٧٥ وحدة دولية من

الثالث	التلقيح الثاني	الذوفان الخنثاق .
لقاح الجرعة	في السنة ٦ - ٧ من	٧٥ وحدة دولية من
المفرزة الأولى	العمر	الذوفان الخنثاق .
لقاح الجرعة	في السنة ١٠ - ١٢	٥ وحدات دولية من
المفرزة الثاني	من العمر	الذوفان الخنثاق على
		شكل لقاح الخنثاق D
		أو لقاح الخنثاق
		والكراز TP .

يعاد التلقيح كل عشر سنوات بلقاح الخنثاق D أو بلقاح الخنثاق والكراز DT .

الأطفال : (أكبر من سبع سنوات) والكهول بدون تلقيح أساسي ضد الخنثاق : التمتع الفعال بلقاح D أو DT .

التلقيح الأول : ٥ وحدات دولية من الذوفان Toxoid الخنثاق .

التلقيح الثاني : بعد ٥ - ٦ أسابيع ٥ وحدات دولية من الذوفان الخنثاق .

التلقيح الثالث : ١٢ شهر بعد التلقيح الثاني ٥ وحدات دولية من الذوفان الخنثاق .

يعاد التلقيح كل عشر سنوات بلقاح D أو DT .

داء الشعيات Actinomycosis [Bollinger 1877 ,]
[Israel 1878] :

التعريف : مرض خمجي مقيح حبيبي ، عادة ذو سير مزمن يحدث بشكل رقبى وجهي ، أو صدري أو بطني . تسببه الشعية الإسرائيلية ، وهي جراثيم لا هوائية إيجابية الغرام . ومن الضروري وجود جراثيم ثانوية لإحداث المرض . لا يشير تعبير Actinomycosis على الخمج الفطري وإنما يعبر عن طراز غو الجراثيم .

العامل الممرض : الشعية الإسرائيلية وهي جراثيم لا هوائية ذات قطر ١ ميكرو متر ($0.1 \mu m$) إيجابية الغرام وخالية من الأبواغ .

الحدوث : هو مرض خمجي منتشر في جميع أنحاء العالم يحدث بشكل شائع في الأرياف أكثر منه في المدن . يشاهد عند الرجال أكثر من النساء بنسبة ٣ إلى ١ .

الإمراض : تشارك في إحداث المرض عند الإنسان والحيوان بشكل شائع جراثيم لا هوائية وجراثيم دقيقة أليفة الهواء . تشكل الشعية الإسرائيلية جزء من النبيت الطبيعي للجلد في الإنسان والحيوان مثل الجراثيم اللا هوائية الأخرى .

مواطن التوضع الهامة لهذه الجراثيم هي الفم والحلق ، وفي القولون بشكل فرادي . ويمكن أن يحدث خمج داخلي إذا

دخلت الجراثيم اللا هوائية إلى النسيج العميقة ، والصفة الثانية الهامة للخمج الناجم عن الجراثيم اللا هوائية هو أنه خمج متشارك مع جراثيم أخرى هوائية ولا هوائية (انظر الجدول ٤ - ١١) ، فالشعية الإسرائيلية غير قادرة لوحدها لإحداث داء الشعيات وهي تشاهد في أكثر من ٥٠٪ من اللوزات المستأصلة . يمكن أن يثير الرضخ مثل كسر العظام (كسر الفك) والعمليات السنية حدوث خمج لا هوائي . ولكن الأنواع الشعية الرمية المنتشرة على الأرض أو على المزروعات لا تحدث المرض عند الإنسان .

الموجودات السريرية : يفرق ثلاثة أشكال لداء الشعيات حسب باب الدخول وبالتالي حسب التوضع .

داء الشعيات الرقبى الوجهي Cervicofacial Actinomycosis : هو الشكل الأكثر شيوعاً يشاهد في ٩٥٪ من الحالات . وتشكل اللثة وقاع الفم والغشاء المخاطي الوجني والفك السفلي باب دخول للخمج وبخاصة من منشأ سني في الأسنان النخرة (راجع الشكل ٤ - ٩٣) . يبدأ الخمج أولاً كعقدة قاسية ملتية ثم يحدث تورم تحت الجلد في الحد ، وفي المنطقة تحت الذقن ، أو تحت الفك ؛ ومنه قد يتشكل داء الشعيات الثانوي فتحدث تجمعات كتل قاسية قساوة خشبية ملتية على جانبي العنق عادة ، (راجع الشكل ٤ - ٩٤) .

توجد كتيلات على سطوح متفضنة ، ويمكن أن تنفصل الواحدة عن الأخرى . ويكون الجلد فوق هذه التوات حاراً ، أرجواني اللون . تنشأ النواسير ، وحتى التقرحات الصغيرة ، من نضح المحتويات القيحية المصلية للخراجات . وقد توجد حبيبات (حبيبات كبريتية) صفراء اللون بحجم رأس الدبوس في هذا النسيج . يلاحظ غيات العقد اللمفية المتورمة ، كما قد يحدث التهاب عظمي وسمحاق ، والتهاب عظم ونقي في الإصابة ذات الأمد الطويل .

داء الشعيات الصدري Thoracic Actinomycosis : يحدث عند دخول العوامل الممرضة إلى الرئتين والنتيجة التالية هي إصابة الجلد الناجم عن نضح النواسير أو الخراجات تحت الحادة . تشمل الأعراض الرئوية تحريش الحلق والمأ جنوبياً .

داء الشعيات البطني Abdominal Actinomycosis : يحدث عند دخول العوامل الممرضة عبر الأمعاء ، وغالباً ما يوجد كتلة ورمية داخل البطن مع خراج قطني وتحدث إصابة الجلد بشكل ثانوي .

الأعراض : بعكس داء الشعيات الرقبى الوجهي يسبب داء الشعيات الصدري والبطني أعراضاً عامة كالحمى ، والعرواءات ، وتقرحاً ليلياً ونقص وزن .

الجدول ٤ - ١١ : الأبحاث اللا هوائية النوعية واللا نوعية

الأبحاث اللا هوائية النوعية :	
العامل المرض	الشعيات الإسرائيلية .
الجراثيم المرافقة	الهوائية :
المؤازرة	الفواكولاز مثل العقنوديات
(المشاركة)	البشرية ، والعنقوديات المذهبة
السوائل	ألفا والعنقوديات الحالة بيتا ، و
(Satellites)	الأمعائيات ، والزائفة الزنجارية .
اللا هوائية	العنقوديات الدقيقة أليفة الهواء أو
	اللا الهوائية ، والعصوانيات
	الملانية ، والعصوانيات الآكلة
	Corrodens والجراثيم المغزلية ،
	والجراثيم البروبونية ، والشعريات
	Leptotrichia الفموية
	Buccalis العصيات الشعرية

الأبحاث اللا هوائية اللا نوعية Nonspecific Anaerobic Infections

العامل المرض	اللا هوائيات غير ذات الأبواغ تؤثر بدتياً أو ثانوياً .
الموجودات	غير مميزة : خراجات أو نواسر قيحية ،
السريية	حيبيوميات . تكثر ملاحظة الرائحة التنتية .
الحدوث	تحدث في عدد كبير من الأمراض القيحية في
	الجلد والأغشية المخاطية ، والفم ، والحلق ،
	والأمعاء والرئتين
	الجراثيم البروبونية العديدة : الجلد .
	الشعريات الرقيقة الفموية : جوف الفم .
	العنقوديات الدقيقة المحبة للهواء : الفم ، والحلق ،
	والأمعاء .
	العصوانيات المهشة : الفم والأمعاء .
	الجراثيم المغزلية : الفم والأمعاء .

اللطاحة : يؤكد التشخيص برؤية الحبيبات وهي مستعمرات دقيقة للجراثيم الخيطية . ويمكن كشفها في داء الشعيات الرقبي الوجهي من العينة المأخوذة من الخزعة النسيجية المهروسة ، أما في داء الشعيات الصدري والبطني فيمكن رؤية الحبيبات في المفرزات المرتشفة من القصبات ، والجنب ، وجوف المفصل أو السائل المحيط بالقلب . ويجب البحث عن الحبيبات في مُحَضَّر رطب (باستعمال قطرات ماء وليس ماءات البوتاسيوم KOH) ، وفي لطاحة ملونة بتلون غرام . توضع العينة المأخوذة من الخراج في قطرة ماء على صفيحة زجاجية للفحص المجهرى وتغطى بساترة دون أن يضغط عليها . ويتم التحري عن الحبيبات بضوء خافت ، والنظر القموجي للشعيات هو شبكة شعاعية هلامية خيطية الشكل ، ومدمية النهايات . وهذا المنظر هو الذي أوحى بتسميتها الشعيات .

وبعد نزع الساترة وعصر المادة بين صفيحتين تجفف بالهواء وتلون بتلون غرام ، يشاهد أحياناً عناصر رقيقة خيطية الشكل خناقانية . ولا ينبغي غياب الحبيبات وجود الشعيات .

الزراع : يمكن رؤية الشعيات بعد ٢ - ٤ أيام من الحضانة اللا هوائية ، وبوجود غاز ثاني أكسيد الكربون بنسبة ٥ - ١٠ ٪ ، وبدرجة حرارة ٣٧ ° مئوية . ينصح بغسل الحبيبات في كلور الصوديوم عدة مرات لإزالة الجراثيم المرافقة التي قد تمنع نمو المزرعة من خلال وجودها .

التجارب على الحيوان : يلحق ذكر القَـدَّاد hamster بعمر ٤ أسابيع داخل الصفاق بنتاج مزرعة عمرها ٧ - ١٠ أيام . وبعد أربعة أسابيع نحصل على خراج صفاقي تؤخذ منه عينة وتلون بتلون غرام ، ويمكن تمييزها على صفيحة الزرع .

يمكن إجراء اختبارات مصلية وجلدية ولكن ليس لها أهمية تشخيصية .

التشخيص المرضي النسجي : تبدو الشعيات بخزعة الجلد بعد تلوينها بملون غرام أو. بتفاعل الباس PAS .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الجلادات الخمجية الخنزيرة مثل تدرن الجلد ، وتدرن ما تحت الجلد المنوسر ، والصمغة الإفريقية ، وداء الشعريات المبوغة ، والحييوم الأربي . ونقائل الأورام الخبيثة ، ونواسير ما حول السن . وداء النوكاردية .

المعالجة : تتطلب معالجة داء الشعيات طرقاً جراحية ومعالجة كيميائية . وقد يكون من الضروري إجراء شق وتفجير الخراجات واستئصال النواسير المزمنة والمتليفة . ومن الضروري المعالجة بالصادات وبمجموعات عالية لمدة أسابيع إلى أشهر .

تكون الشعيات الإسرائيلية حساسة جداً لأغلب الصادات ، ومقاومة للأمينوغليكوزيد والنترإيميدازول ،

السير : مزمن لا يؤثر على الحالة الصحية العامة ومع ذلك يؤدي الارتشاح اللويحي الشكل والتهاب العظم والنقي إلى آفات مخربة ، يمكن أن يحدث في منطقة الحد تورمات تؤدي إلى تحديد حركة الأجفان والفم والعنق .

الإفئذار : تابع لشكل داء الشعيات . يكون إنذار الداء الرقبي الوجهي جيداً إذا شخص وعُولج باكراً .

التشخيص : يعتمد التشخيص على الأعراض ، والقصة السريرية (رضخ النسيج الرخوة . وكسر العظام ، ووضع الأسنان) وكشف العامل المرض .

وتتطلب المعالجة الناجعة إتلاف الشعيات والجراثيم المرافقة أيضاً . ويجب أن تأخذ بعين الاعتبار مقاومة الجراثيم المرافقة لبعض الصادات عند وضع خطة العلاج .

تفيد المعالجة بالنسلين G أو الأميسلين طالما أن الجراثيم المرافقة حساسة للنسلين . أما إذا كانت مقاومة له فيستعمل السيفالوسبورين (خاصة سيفوكسيتين) أو الكلنداميسين ، يعطى البنسلين G بمقدار ١٠ - ٢٠ X ٦١٠ وحدة دولية يومياً زرقاً وريدياً لمدة ٣ - ٤ أسابيع ، وتتبع بالنسلين T بنزائين (زرقاً عضلياً بمقدار ٢,٤ X ٦١٠ وحدة دولية كل ٤ أسابيع) و/أو فينوكسي متيل بنسلين ٤ - ٦ X ٦١٠ وحدة دولية يومياً حتى الشفاء التام . إذا كان لدى المريض حساسية للنسلين ، يعطى التتراسكلين ، أو الإريثروميسين أو الكلورامفينيكول .

داء النوكاردية Nocardiosis :

التعريف : هو مرض خمجي حاد أو مزمن يبدأ في الجلد أو في الرئتين . وغالباً ما يتبعه إنتان . تحدث فيه أشكال سطحية ورئوية ومجموعية .

لغة تاريخية : وصف الجراح البيطري الفرنسي نوCARD حالة التهاب أوعية لمفية عند القطط محدثة بأنواع من الشعيات الهوائية المقاومة للحمض جزئياً .

وذكر الطبيب التساوي إبنجر Eppinger عام ١٨٩٠ وجود عامل ممرض جديد يدعى كلادوتريكس Cladothrix يسبب سل كاذب ، وخمج رئوي مع إنتان دم ، وخراجات دماغية . وفي عام ١٩٠٩ وصف الطبيب الأميركي ليندنبيرغ Lindenberg كائناً حياً عزله في البرازيل من فطروم في الساق وسماه الفطر القرصي البرازيلي Discomyces Brasiliensis الذي يسمى الآن النوكاردية البرازيلية .

العامل الممرض : ينتمي جنس النوكاردية إلى عائلة النوكارديات وهي الشعيات الهوائية التي تشكل جزءاً من التيب الرمي على سطح الأرض ، وهي منتشرة في جميع بقاع الأرض .

وتعد أنواع النوكاردية النجمية والنوكاردية البرازيلية والنوكاردية الجوفاء المتكهنفة Caviae من العوامل الممرضة للإنسان والنوكاردية البرازيلية جراثيم إيجابية الغرام ، خيطية شبيهة بالأفطورة وغصينية ذات قطر $> 1 \mu m$.

الإمراض : بما أن النوكاردية البرازيلية موجودة بشكل طبيعي في التربة فإن مرض النوكاردية هو خمج خارجي المنشأ ، يحدث التلقيح من تربة ملوثة (خلال سحجات في الجلد ، وجروح محدثة بشوك التينة) ويؤدي إلى داء النوكاردية الجلدي ، أو قد

يحدث التلقيح باستنشاق غبار ملوث فيؤدي إلى داء النوكاردية الرئوي . لا ينتقل المرض من شخص إلى آخر . هذا وإن داء النوكاردية خمج وحيد لا يترافق مع عوامل ممرضة مؤازرة .

يمكن تقسيم داء النوكاردية إلى ثلاثة أشكال :

- الرئوي (شائع) .
- المجموعي (نادر) .
- السطحي (نادر) .

بشاهد الشكل الرئوي والمجموعي عادة عند المرضى المصابين باضطرابات مناعية .

العامل الممرض : هو بشكل رئيسي النوكاردية النجمية . وتشاهد النوكاردية البرازيلية بشكل أقل في داء النوكاردية ($> 70\%$) ، ولكن تشاهد بشكل شائع كعامل ممرض للفطروم (قدم مادورا Madura Foot) التي تشاهد بكثرة في وسط وجنوب إفريقية . وتشاهد النوكاردية البرازيلية أيضاً في الشكل السطحي من الداء حيث قد يحدث تقيح جلد تحت حاد أو مزمن غير نموذجي . أو قد تشبه شكل التهاب الأوعية اللمفية في داء الشعريات المبوغة .

الموجودات السريرية : إن داء النوكاردية الشبيه بداء الشعريات المبوغة هو تقيح جلد تحت حاد أو مزمن ويبدأ على شكل بثرة . تتشكل خراجات مع عقيدات نازحة على مسير الأوعية اللمفية بتوضع شبيه بداء الشعريات المبوغة . يشكل داء النوكاردية في إصابة القدم قرحة خمجية على أسفل الساق . أما في إصابة اليد أو الذراع فإنه يأخذ شكل التهاب الأوعية اللمفية الشبيه بداء الشعريات المبوغة .

الأعراض : نجيج قيحي وتشكل نواسير دون تبدلات مجموعية .

الإنذار : جيد في حال داء النوكاردية الجلدي البدئي . وتكون نسبة الموت ٥٠٪ في داء النوكاردية الرئوي أو المجموعي رغم المعالجة .

التشخيص : يعتمد على قصة المرض (أذية مع تلقيح من التربة) ؛ وسرياً بالعلامات الشبيهة بداء الشعريات المبوغة ، وتشريحاً مريضاً من فحص الحبيبات (ليس هذا ممكناً دائماً ، يمكن مشاهدة الحبيبات في اخماج أخرى) ، وبالدراسة الجرثومية بفحص الزرعة الجرثومية . توضع الرشاحة على وسط لوفنشتاين Löwenstein وسابوروغلو كوز آغار Sabouraud - glucos Agar ثم تحضن بدرجة ٣٠° و ٣٧° مئوية ، وبعد ٣ - ٤ أيام تحضن بدرجة حرارة ٣٠° مئوية ، وبعد ٧ أيام تحضن بدرجة حرارة ٣٧° مئوية . تتشكل

مستعمرات نصف كروية رمادية بيضاء رائحتها كرائحة الأرض . وذات خيطان غصينية إيجابية الغرام .

التجارب على الحيوانات : يجري التلقيح داخل بريتوان القبيعة . فإذا لم يمت الحيوان من التهاب البريتوان يستقصى في الأسبوع الثاني والرابع على التوالي . يحدد الأمراض بفحص آفات البريتوان وأنواع النوكاردية .

التشخيص التفريقي : داء الشعيات ، وداء الشعريات المبوغة ، والسل ، والأخماج بالتفطرات اللا غوذجية ، وداء النوسجات ، والفطار الكرواني (العوامل الممرضة من متلازمات الجلد - اللمف) .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : السلفوناميدات هي الدواء المنتخب . يستجيب داء النوكاردية الشبيه بداء الشعريات المبوغة وبداء الشعيات إلى المعالجة بالكوتريموكسازول Cotrimoxazol (٨٠٠ ملغ سلفاميتوكسازول مع ١٦٠ ملغ تريمتوبريم/يومياً) . ويمكن أن تستمر المعالجة لأشهر قبل أن يصبح المريض خالياً من تظاهرات المرض .

المعالجة الموضعية : يمكن أن تساند المعالجة الجهازية وذلك بتطبيق الحرارة الموضعية سواء بالحمامات الساخنة للساعد أو القدم المصاب ، أو بالرفادات الحرارية الكهربائية .

قد يكون من الضروري إزالة النسيج المصابة جراحياً ونزحها مع المعالجة الكيميائية .

الفطروم Mycetoma [Carter 1860] :

المرادفات : قدم مادورا - فطار مادورا .

التعريف : هو خمج مزمن متعدد الأسباب ، يصيب الجلد والنسيج تحت الجلد والعظام ، وغالباً ما يتوضع على القدم ونادراً أعلى اليد أو الظهر أو الكتف . يحدث بعد التلقيح بالجراثيم أو الفطور كأنواع الشعيات النوكاردية البرازيلية ، والمتسلسلة المادورية والالثيريا بويدي Allescheria Boydil والمادورية الفطرومية والمادورية الرمادية والفيالوفريا الجنسلمية وجراثيم وفطور عديدة أخرى .

الحدوث : وصف المرض لأول مرة مادورا في الهند ، وشاهد في مناطق متعددة من العالم (أفريقية ، وآسيا ، والأمريكيتين الوسطى والجنوبية) وهو نادر نسبياً في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يشاهد عند المهاجرين من المناطق التي يتوطن بها المرض .

ويصاب سكان المناطق الريفية أكثر من سكان المدن . ينتقل الفطروم من التربة الملوثة بالجراثيم والفطور إلى الجلد نتيجة

المشي حافي القدمين ، (راجع الشكل ٤ - ٩٥) .

الإمراض : الرضوح الخفيفة المحدثه بشظايا الخشب والأشواك عند الشبان الذين يمشون حفاة ، وقد عزل على الأقل أربع أنواع من الشعيات و ١٣ فطراً لها علاقة بالفطروم .

الموجودات السريرية : يحدث تورم عقيدي كتلي واسع مع نواسير تنضج مفرزات قيحية مدماة ، غير أنها لا تسبب سوى ألم خفيف . ومن الصفات المميزة التهاب العظم والنقي . تحتوي المفرزات على بعض الحبيبات (حبيبات كبريتية) التي قد تشاهد بالعين المجردة . وهي عبارة عن مستعمرات كبيرة للعوامل الممرضة تستر بجلب فيبرينية تنشأ من الثوي . تبدي الحبيبات حسب العوامل الممرضة الجرثومية أو الفطرية ، ألواناً مختلفة من أصفر ، أو أبيض أو أحمر وردي أو بني أو أسود . (راجع الشكل ٤ - ٩٦) .

السير والإنذار : يعتمد على العامل الممرض . ويحدث غالباً خمج إضافي يؤدي إلى موت المريض . ومن المضاعفات الشائعة حدوث الداء النشواني .

التشخيص : يعتمد التشخيص على العلامات السريرية المترافقة مع النشأ الجغرافي للمرض ، وفحص الحبيبات وكشف العامل الممرض المسبب بالزرع وعلى وسط خاص وبدرجة حرارة ٣٠ و ٣٧ ° مئوية ، وبعد غسل الحبيبات بشكل مناسب (كما في داء الشعيات) وأكثر الجراثيم المشاركة مشاهدة هي العنقوديات المذهبة وقد يشاهد جراثيم أخرى . وليس لحقن حيوانات الخير سوى قيمة تشخيصية ضئيلة ، ويمكن كشف الحبيبات في الجلد المؤوف نسيجياً Histologically (تفاعل PAS تلوين ميثينامين - الفضة) .

المعالجة : تعتمد على العوامل المسببة . ومن الصعب معالجة الفطروم . وقد تستجيب زمر الشعيات أحياناً للمعالجة بالبسيلين ، والسلفوناميد أو التراسكلين . كما تستجيب المادورا الفطرومية للأمفوتريسين ب . ولا تزال مشتقات الإيميدازول قيد الدراسة ، وغالباً لا يمكن تجنب بتر القدم .

الأخماج اليرسينية المعوية القولونية Yersinia : Enterocolitica Infections

التعريف : هو خمج معوي تسببه الجراثيم المعوية مع التهاب أمعاء ، وحمى ، والتهاب مفاصل ، وحمى عقدية ومضاعفات نادرة لإصابة أعضاء أخرى . وهو ذو انتشار عالمي ولكن تختلف نسبة الحدوث حسب التوضع الجغرافي .

العامل الممرض : اليرسينية المعوية القولونية وهي جراثيم سلبية الغرام من عائلة الجراثيم المعوية .

الحدوث : شائع في سكاندنيا فيا ويلاحظ ازدياد نسبة

٣٤ غط مصلي لليرسينية المعوية القولونية . وإن أكثر سبب للأخماج في أوروبا هما النمطان المصليان ٣ و ٩ . والنمط ٣ في اليابان ، والأنماط ٣ - ٤ - ٥ و ٩ في كندا والنمط ٨ في الولايات المتحدة .

المعالجة : الدواء المنتخب هو التتراسكلين ، كما أن اليرسينية المعوية القولونية حساسة على الكلورامفينيكول والستربتوميسين . تحدد شدة المرض المقدار الدوائي ومدة المعالجة والعوامل المرضية مقاومة للبسيلين والاميسيللين دائماً . وتعالج التظاهرات الجلدية موضعياً حسب الأعراض .

داء خمشة القط Cat - scratch Disease :

المرادفات : مرض مخالب القط ، الداء اللمفي الشبكي بالتلقيح الحميد .

التعريف : هو مرض خمجي ذو آفة أولية غير نموذجية ، يترافق باعتلال العقد اللمفية وأعراض عامة متوسطة الشدة ، وتفاعلات جلدية لا نوعية تشفى شفاء عفويّاً .

العامل الممرض : هو جرثوم متعدد الأشكال سلبي الغرام منحني قليلاً أو عصوي الشكل ، طوله ٠,٩ - ١,٥ μm وذو سوط قطبي وحيد . أحدثت الآفات الجلدية بنجاح عند المدرع Armadillos وهو يشبه الجرثوم المشاهد كعامل للمتلازمة العينية الغدية للعالم بارينود Parinaud . ويعتمد نجاح عزل الكائن الحي على إجراء الزرع في المرحلة المبكرة من المرض مثل الخزعة المأخوذة من الآفات المبكرة في الجلد أو الأغشية المخاطية (الملتحمة) . ويمكن الحصول على لقاح من القيح الغدي مؤدياً إلى إيجابية التفاعل داخل الجلد من نمط تفاعل السلين عند المرضى المصابين سابقاً بحمى خدش القط (مستضد مولارية Mollaret) . يكون تفاعل فري Frei سلبياً غير أن تفاعل ارتباط المتحمة (CBR) يكون إيجابياً لمستضدات مجموعة الداء البقائي - الحبيبيوم اللمفي الأربي .

الإمراض : التهاب العقد اللمفية الناحية الحميد تحت الحاد . وإذا كان مكان التلقيح هو الأجناف أو الملتحمة ، تتشكل آفة حطاطية والتهاب ملتحمة في مكان التلقيح ، ويحدث التهاب العقد اللمفية حول الأذن بنفس الجهة . تُعد متلازمة بارينو Parinaud العينية الغدية شكلاً خاصاً من داء خمشة القط .

الحدوث : هو مرض منتشر في جميع بقاع الأرض وغالباً ما يصيب الأطفال والشباب بشكل إفرادي . يزداد الحدوث أحياناً عند أفراد العائلة الواحدة . ومن النادر وضع التشخيص رغم أن الداء يحدث أكثر مما نتوقع . يحدث انتقال المرض بواسطة لعق القط أو خدشه أو عضته ، (يكون القط بصحة جيدة عموماً والداء غير معروف في عالم الحيوان) ، كما يحدث انتقال المرض عن أذية بشوك أو لدغ حشرة .

إصابات في ألمانيا وفي مناطق أخرى . ولعل ذلك نتيجة تحسن طرق التشخيص ، ينتقل الخمج من شخص إلى آخر أو بواسطة حيوانات وخاصة الكلاب والخنزير . يشاهد عادة استعداد وراثي للإصابة بهذا المرض ، ترتبط إصابة المفاصل اليرسينية بالجينات ، لأن أكثر من ٩٠٪ من المرضى المصابين بالتهاب مفاصل اليرسيني يوجد لديهم HLA - B27 . ولذلك ينتمي التهاب المفاصل إلى الزمرة الإيجابية لأمراض HLA - B27 والتي تشمل التهاب الفقار الرثياني ، وداء رايتز ، والتهاب المفاصل الصدافي ، والتهاب المفاصل المتفاعل التالي للخمج بالسالمونيلا والشيغللا ، إلى جانب ذلك يبدو أن النمط الجيني HLA - B27 يؤول إلى مضاعفات اليرسينية وهي التهاب الفرجية ، والتهاب القلب ومضاعفات بولية والتي تتكرر مشاهدتها عند المرضى إيجابي HLA - B27 . ومن جهة أخرى نيس هناك أية علاقة بين الإصابة بالحمى العقد الناجمة عن الخمج باليرسينية وبين النمط الجيني .

الموجودات السريرية : يدل الثلاثي العرضي التالي على المرض .

- أعراض معدية - معوية (إسهال ، آلام معدية ، غثيان ، إقياء)

- حمى

- تظاهرات جلدية [حمى عقدة ، الجلاد الحمي العدل الحاد (متلازمة سويت) ، طفحاحات جلدية] .

تشبه الأعراض المعدية - المعوية الأعراض المشاهدة في التهاب الزائدة الدودية التي ترتبط بالتهاب العقد اللمفية المساريقية أو التهاب اللفائقي الناحي الحاد . ومن الشائع حدوث التهاب المفاصل . ومن العلامات الأقل مشاهدة التهاب الفرجية ، والتهاب القلب ، والتهاب كيبات الكلى ، والتهاب الكبد ، وفقر دم انحلاي ، وآلام عضلية إلخ ... تختلف الأعراض السريرية باختلاف عمر المريض . يشكو الأطفال الصغار من الحمى والإسهال بينما يشكو الأطفال الأكبر سناً من آلام معدية كما في التهاب الزائدة الدودية ولكن نادراً ما يشكون من التهاب المفاصل . يشكو الكهول من الحمى ، والإسهال ، والتهاب مفاصل ، ويشيع حدوث الحمى العقدية أو متلازمة سويت عند النساء ، أما المرضى المسنين فلا يدون أعراضاً أو أنهم يدون حمى عقدة فقط .

التشخيص : ويتم بالتحريرات الجرثومية والمصلية .

التحريرات الجرثومية : تزرع الجراثيم من البراز أو من النسيج المصابة . ويحدث النمو الجيد في حرارة ٣٨° درجة مئوية . وينصح باستعمال طرق الحرارة المنخفضة عند زراعة العينة البرازية ، لأن اليرسينية تنمو حتى في درجة ٤° - ٥° مئوية .

التحريرات المصلية : يفضل مستضدها O- ، يمكن عزل

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تستمر عشرة أيام (٣ - ٦٠ يوماً) تظهر آفة أولية لا نموذجية تتألف من عقيدة ملتية حمراء متقرحة . يتبع الآفة البدئية بعد ٣ - ٥٠ يوماً ، ظهور تورم شديد قاس في العقد اللمفية الناحية (المعقد البدئي) ، ويمكن أن تتقيح . وغالباً ما تشفى البثرة الدملية الشكل قبل تورم العقد اللمفية الوحيد الجانب . تصاب المناطق المكشوفة مثل الوجه ، واليدين ، والذراعين أو الساقين بشكل رئيسي . وحسب منطقة الإصابة تتورم العقد اللمفية في الناحية المصابة .

الأعراض : تحدث أعراض عامة : ترفع حروري خفيف ، واعتلال عقد لمفية معممة ، وضخامة طحال وقلة الكريات البيض مع كثرة الحمضات . ويمكن أن يظهر على الجلد طفح حصوي أو قرمزي الشكل أو طفح بقعي بثرى . وقد لوحظ حدوث حمى عديدة الأشكال وحمى عقدة . ويمكن أن يحدث الحلاط النطاقي كمرض ثانوي . تراجع الآفة البدئية ويتراجع تورم العقد اللمفية الناحية والأعراض المرافقة تراجعاً عفويًا خلال فترة أسابيع إلى أشهر .

التشخيص : خمشات القطط وعضاتها ، أو لسع الحشرات ، أو خدش الأشواك ، والآفة البدئية ، وتورم العقد اللمفية الناحية ، تلوين وارثين - ستاري Warthin - Starry للآفة الأولية أو العقد اللمفية ، والزرع على مرق البيتون - الخميرة - الغلوكوز .

التشخيص التفريقي : السل ، والمعقد الأولي ، التولارمية ، والورام الحبيبي اللمفي الأربي ، وداء البروسيلات ، وداء الشعريات المبوغة ، وأخماج المتفطرات اللا نموذجية .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : ينصح باستعمال الصادات واسعة الطيف (التتراسكلين) لمدة طويلة ولكن ليس من المؤكد انها فعالة . فإذا حدث تموج يرشف القيح ، ولا ينصح بالشق الجراحي .
المعالجة الموضعية : معالجة عرضية بالمراهم الحاوية على الصادات لمنع حدوث اخماج ثانوية .

خمج البستورية Pasteurella Multocida Infection :

التعريف : هو خمج جلدي ناجم عن عضه كلب أو قطة .

العامل الممرض : الباستورية المولتوسيدا .

الإمراض : الكائن الحي المسبب هو عصية مكورة غير متحركة سلبية الغرام تشكل جزءاً من النبيت الطبيعي لمخاطية الحيوان .

الحدوث : تشمل غالبية الأخماج جلد الأطراف بعد عضه

الحيوان ولكن لا تحدث سوى في ٧٪ من العضات .

الموجودات السريرية : يحدث مكان العضة وذمة والتهاب الحلل مع ألم خلال ٤٨ ساعة من العض أو الرضح . ويحدث اعتلال العقد اللمفية الناحية بشكل شائع ، وتشاهد الحمى في ٢٠٪ من الحالات . ويمكن أن تُخمج العظام والمفاصل بشكل ثانوي . غير أن حدوث إلتان الدم ليس شائعاً ونادراً ما يحدث أم دم .

الإنذار : ممتاز مع المعالجة .

المعالجة : يستجيب الخمج للبنسلين G والتتراسكلين وهو لا يستجيب جيداً إلى الجيل الأول من السيفالوسبورينات التي قد تسمح بحدوث إلتان دم ومضاعفات مثل أم دم .

الأخماج بالغاردنيريلا المهبلية Gardnerella Vaginalis Infection [Gardner and Dukes 1955] :

المرادفات : عند النساء : التهاب المهبل الأميني . التهاب المهبل بالغاردنيريلا ، والتهاب المهبل المولعة بالدم المهبلي Haemophilus Vaginalis Vaginitis . وداء المهبل اللا هوائي ، والتهاب المهبل الجرثومي ، والتهاب المهبل برائحة تشبه رائحة السمك .

عند الرجال : التهاب الإحليل بالغاردنيريلا ، التهاب الإحليل والموثة ، والتهاب القلفة والحشفة .

العامل الممرض : الغاردنيريلا المهبلي .

الحدوث : يحدث في جميع أنحاء العالم وغالباً عند الأشخاص النشيطين جنسياً ، ولعله أكثر من جميع أشكال التهابات المهبل الأخرى . ونتيجة لتحسن طرق الزرع ، يمكن عزل الجراثيم عند ٤٠ - ٥٠٪ من النساء النشيطات جنسياً ولكن عند ٢٪ فقط منهن تكون الإصابة عرضية ، نسبة الحدوث عند الرجال أقل إذ يمكن عزل الجراثيم عند ٣ - ٥٪ من الأشخاص اللا عرضيين ، وعند ١٥٪ من الأشخاص مغايري الجنس ومتعدددي الشريك وعند ٥٪ فقط من الجنوسيين Homosexuals .

نحة تاريخية : ذكر كل من ليوبولد Leopold عام ١٩٥٣ وفورغ ولوتر Wurch و Lutz عام ١٩٥٥ وجود كائن حي في السيل البولي التناسلي . ووجد غاردنر Gardner وديوكس Dukes عام ١٩٥٥ عصيات سلبية الغرام أطلقا عليها اسم المولعة بالدم المهبلي أو الوندات المهبلي . تنقلب هذه الكائنات حالياً إلى جنس الغاردنيريلا على أساس دراسات النمط الظاهري للـ DNA . وقد كشف منها حتى الآن ثمانية زمر مصلية .

الإمراض : لا زال الإمراض غير معروف . تعد ٥٪ من النساء الصحيحات حاملات لعدد قليل من الغاردنيريلا المهبلي (أقل

من ٢١٠ وحدة مشكلة للمستعمرة/مل من السائل المهبلي) وهذا يدل على أن الغاردنيريلا المهبيلية تشكل جزءاً من النبيت الطبيعي للمهبل. ومع ذلك يمكن أن تصبح ممرضة بسهولة وخاصة بالمشاركة مع الجراثيم اللا هوائية مثل العصوانيات Bacteroides والأنواع المتحركة Mobiluncus (العصيات المنحنية). تشكل الغاردنيريلا غالباً الكائن الحي الأكثر وجوداً في التهاب المهبل اللا نوعي والذي من الأفضل تسميته داء المهبل الجرثومي Bacterial Vaginosis، لأن جدار المهبل لا يكون ملتهباً بشكل ملحوظ. يحدث تلفيح النساء الصحيحات بالغاردنيريلا المهبيلية، التهاب مهبل لا نوعي عند ٥٠٪ من النساء.

الجرثوميات: إن جنس الغاردنيريلا هو عصيات دقيقة، أليفة الهواء، تتلون بملون غرام بشكل متوسط (تلوين غرام مقلقل) ومن الصعب زرعها على أوساط معيارية ولكن يسهل زرعها على أوساط خاصة، إذ نحصل على نمو جيد خلال ٢ - ٣ أيام في جو غني بثاني أكسيد الكربون.

الموجودات السريرية والتشخيص: يشاهد عند النساء:

- ١ - نجيج مهبل خفيف إلى متوسط ذي لون أبيض رمادي.
- ٢ - إن الباهاء PH الطبيعي لجدار المهبل هو ٣,٨ - ٤,٥ يرتفع إلى ٥ - ٥,٥. ويمكن قياسه بسهولة بواسطة عيدان الباهاء (PH Sticks).
- ٣ - العلامة النموذجية جداً هي الرائحة الكريهة كرائحة السمك العفن وهذا مزعج جداً للمريض.
- ٤ - يكون تفاعل الأمين إيجابياً. وإن إضافة قطرة أو قطرتين من محلول ماءات البوتاسيوم ١٠٪ إلى المفرزات المهبيلية على صفيحة مجهرية يؤدي إلى ظهور رائحة خاصة مميزة كرائحة السمك. تؤكد كل من اختبارات الأمين الطيار، والتحليل الاستشرابي Chromatographic للغازات، والقياس الطيفي الكتلي أن السبب الأولي لرائحة السمك هو ثلاثي ميثيل الأمين.

- ٥ - يبدى فحص اللطاخة المهبيلية وجود عدد غير قليل من الكريات البيض، وعدد كبير من الخلايا البشرية، وتجمع بعض العصيات المكورة الصغيرة السلية الغرام على الخلايا البشرية المهبيلية. وإن وجود الخلايا البشرية المهبيلية الحبيبية المخلفة بالغاردنيريلا، المسماة خلايا Clue Cells، هي من العلامات الواضحة. ويعتقد أن هذه الخلايا (تعطي مفتاح التشخيص) وهي ذات حساسية ٧٠ - ٩٠٪ ونوعية ٩٥ - ١٠٠٪. ومن الأفضل إجراء تلوين غرام أيضاً.
- ٦ - يجب نقل العينة إلى المخابر المختصة، لزرعها على وسط Stuart أو وسط Amies.

٧ - يحمل الرجال عادة الغاردنيريلا. دون أعراض، أو يدون التهاب إحليل لا نوعي. يؤخذ الزرع من الإحليل، أو من مفرزات المثة بعد التمسيد أو من مادة الدفق Ejaculate.

وقد ذكر حدوث مضاعفات من الخمج المجموعي: خمج الجروح التالي لقص العجان Episiotomy، والقيصرية، والتهاب باطن الرحم بعد الوضع.

التشخيص التفريقي: التهاب الفرج والإحليل بأسباب أخرى: النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، المشعرة المهبيلية... يمكن مشاهدة متلازمة رائحة السمك عند المرضى الذين لا يستطيعون استقلاب التري ميثيل أمين المتص من المقي (يلة ثلاثي ميثيل الأمين).

المعالجة:

المعالجة الجهازية: الميترونيدازول عن طريق الفم ٥٠٠ ملغ مرتين يومياً ولمدة سبعة أيام، أو التينيدازول ٥٠٠ ملغ يومياً لمدة خمسة أيام. تتراوح نسبة الشفاء بين ٨٠ - ٩٠٪ بعد أسبوع من بدء المعالجة تختلف الآراء بالنسبة لمدة المعالجة وتصل حتى ١٤ يوماً، وينصح بمعالجة الشريك. يحكم على نجاح المعالجة بغياب النجيج المهبلي، وارتفاع الباهاء في جدار المهبل، وغياب رائحة السمك. ورغم التخلص من الجراثيم اللا هوائية تبقى العصيات اللبنة الطبيعية موجودة.

وثمة خوف من الميترونيدازول لأنه مسرطن في القوارض ومطفر للجراثيم.

المعالجة الموضعية: ينصح البعض بالتطبيق الموضعي للميترونيدازول على شكل حمولات Suppository عيار ٠,٥ ملغ ولكن يجب أن يمر الدواء في الكبد للحصول على المستقلب الهيدروكسي الفعال.

المفطورات التاسلية *Genital Mycoplasma* [Dienes and Edsall 1937]:

لمحة تاريخية: وصف دنيس Dienes وإيدسال Edsall ١٩٣٧ كائناً حياً ل- Organism (المفطورة) عُزل من خراج غدة بارتولين. وهي جراثيم ليس لها جدار خلوي تنفصل عن المحيط بغشاء الخلية. وهذه الأنواع تسبب الأمراض عند الإنسان:

- ١ - ذات الرئة بالمفطورة مؤدية لحدوث ذات رئة لا نوعية.
- ٢ - المفطورة الإنسانية.
- ٣ - بولة المصورة الحالة للبولة *Ureaplasma Urealyticum* المرادفة للمفطورة T أو الذراري T (يرمز حرف T إلى كلمة دقيقة لأنها تحدث مستعمرات دقيقة جداً بقطر ١٥ - ٦٠ μm) وتؤدي إلى حدوث أخماج بولية

تناسلية ، إلى جانب ذلك يبدو أن المפטورة التناسلية لها علاقة بعدد كبير من الأمراض ، وقد كان الاسم الأساسي للمفطورات PPLO (الكائنات الحية لمرض شبيهه بذات الرئة والجنب) .

الحدوث : يصاب الولدان بشكل شائع أثناء المرور بالقناة الولادية ، وتصاب الأعضاء التناسلية عند الفتيات أكثر من الذكور . ولا يستمر الاستعمار بهذه المפטورة . ومن النادر رؤية المفطورات قبل سن البلوغ . يبدأ الخمج مجدداً بعد الاتصال الجنسي ويؤدي ترابطاً مع تعدد الشريك الجنسي . ونشاهد المفطورات الإنسانية والمفطورات الحالة للبول في نبيت السيل التناسلي للمرأة الكهله والرجل .

الموجودات السريرية : يأخذ المرض أشكالاً مختلفة عند النساء والرجال .
النساء :

التهاب مهبل : يعتقد أن المפטورة الإنسانية والمפטورة « T » الحالة للبوله تسبب شكلاً واحداً من التهاب المهبل اللانوعي مترافقاً بنجيح له رائحة السمك . وهناك خلاف حول كون الخمج محدث بالمפטورة لوحدها أو متشارك مع كائنات حية دقيقة أخرى وخاصة الغاردنيريلا المهبليه .

أمراض الحوض الالتهابية Pelvic Inflammatory Diseas (PID) : يحدث التهاب عنق الرحم ، والتهاب باطن الرحم ، والتهاب النفير الصاعد بالمפטورة الإنسانية .

الحمى عقب الإجهاض أو عقب الولادة : يمكن أن تعزى إلى الخمج بالمفطورات . تشكو المريضة عادة من ترفع حروري خفيف يستمر عدة أيام بعد الولادة ، ولكنها لا تشعر بأنها مريضة ، وغالباً ما تشفى بعد سير غير متوقع دون معالجة بالصادات .

الرجال :

لا يزال الرأي حول كون المفطورات مسؤولة عن التهاب الإحليل اللانوعي موضع جدل ولكن عزل الكائن الحي من الإحليل ونتائج المعالجة بالصادات تحسن من الخمج الحقيقي . ومن الأهمية بمكان تشارك هذه المفطورات مع كائنات حية أخرى كالتدثرة الحثرية .

التهاب الإحليل : يجب أن يكون عدد المفطورات الإنسانية والحالة للبوله كبير لوضع التشخيص الصحيح . إذ يدل العدد القليل على التعايش . يؤدي هذا الالتهاب نجيحاً من الإحليل يترافق غالباً بحس حرق أثناء التبول . ومن الشائع حدوث خمج ثنائي بالنيسرية البنية والمفطورات . وإن المعالجة بالنسولين تشفى الإصابة بالنيسريات البنية وتترك وراءها التهاب إحليل تال

حيث يمكن كشف المفطورات .

التهاب الموثة : يمكن أن يؤدي الخمج الصاعد إلى التهاب الإحليل والتهاب الموثة .

التهاب البرنج : إن التساؤل حول كون المفطورات قادرة على إحداث هذا الخمج لا يزال موضع جدل . وفي غالبية الحالات ينجم الالتهاب عن المكورات البنية والتدثرة الحثرية .

داء رايتز : يمكن "تدثرة الحثرية أن تحدث هذا المرض عند الرجال الذين لديهم HLA – B27 . لا يزال الشك قائماً حول المفطورات كسبب لداء رايتز .

متفرقات : لم يتم الفصل بعد حول دور المفطورات في العقم عند النساء والرجال ، ويجب ملاحظة علامات الخمج والبدء بالمعالجة عند الضرورة . وتنطبق نفس الحقيقة في حال الإجهاضات المتكررة والإملاص Stillbirth .

التشخيص : تؤخذ كشاطة بواسطة حامل قطن أو بواسطة عروة من البلاتين من مخاطية الإحليل ، أو كيس القلفة ، أو باطن قناة عنق الرحم ، أو المهبل ، أو تؤخذ عينة بعد تسميد الموثة أو من الماء الدافق أو البول ، يجب وضع المادة مباشرة في وسط مناسب ، ويمكن نقلها إلى مخابر مختصة بعيدة ولكن خلال ٢٤ ساعة وبدرجة ٤° مئوية . ويمكن نقل الراسب البولي بنفس الطريقة . تزرع العينات على أوساط مناسبة ، والوسط المعياري هو وسط PPLO (الكائنات الحية الشبيهة بذات الجنب والرئة Pleuropneumonia – like Organisms) . وهو بالأساس مرق نقيع قلب البقر أضيف إليه خلاصة الخميرة الطازجة ومصل الحصان لتأمين البروتين والكولسترول والستيرويدات الأخرى الضرورية للمفطورات . يستغرق زرع المפטورة الحالة للبوله من يوم إلى يومين وتستغرق المפטورة الإنسانية سبعة أيام ، ويحتاج بعض الأنواع ما بين شهرين وثلاثة شهور . يتراوح قطر مستعمرات المפטورة الإنسانية بين ٢٠٠ – ٣٠٠ ميكرون متر ، ومظهرها النموذجي يشبه البيض المقلبي . وينجم ذلك عن نمو المستعمرة في وسط آغار في مركز المزرعة ، وعلى السطح فقط في محيطها ، تحدث المפטورة الحالة للبوله مستعمرات صغيرة من ١٥ إلى ٦٠ ميكرون مع نمو محيطي خفيف وإن منابله الوسط تضعف طراز النمو لدى المפטورة الحالة للبوله . هذا وإن زيادة حجم الآغار ودرء Buffering الوسط يزيد من حجم مستعمرات المפטورة الحالة للبوله . وإذا احتشدت مستعمرات المפטورة الإنسانية مع بعضها فإنها لا تنتشر في المحيط بل تبقى صغيرة . يوجد عدة أنماط مصلية في المفطورات الإنسانية والحالة للبوله ، ويعرف حالياً سبعة أنماط من الأولى وأربعة

عشر غطاً من الثانية . ولم يثبت حتى الآن أن غطاً مصلياً خاصاً
يتوافق بأشكال خاصة من المرض .

المعالجة : يستعمل التتراسكلين هيدروكلورايد ، وأوكسي
تتراسكلين ، ودوكسي سيكلين والمينوسيكليين . ويكون المقدار
الدوائي ٠,٥ ملغ من التتراسكلين هيدروكلورايد أربع مرات
يومية ، أو الدوكسي سيكلين أو المينوسيكليين ١٠٠ ملغ مرتان
يومية لمدة ٧ - ١٤ يوماً . يفيد التتراسكلين ضد المفقورات

الإنسانية والمفقورات الحالة للبوله ويفيد أيضاً ضد المتدثرة
الحثرية ، وهي كائنات حية تشاهد معاً في التهاب الإحليل
بالمكورات اللاينية أو آفات الحوض الالتهابية بالمكورات اللا
ينية . ويمكن استعمال الإيريترومايسين ولكن ليس للمفقورة
الإنسانية . يجب فحص الشريك الجنسي ومعالجته بنفس
الطريقة إذا لزم الأمر . وتتطلب آفات الحوض الالتهابية الحادة
الاستشفاء والمعالجة زرقاً وردياً بالأدوية المتخبة المضادة
للجراثيم .

الفصل الخامس

الأدواء المتسببة عن الأولي

Diseases Caused by Protozoa

د . صالح داود

الليشمانيات الحشوية في منطقة البحر الأبيض المتوسط وفي كل البلدان الجنوبية باستثناء الجزر المتحدة بين المحيط الهندي وجنوب المحيط الهادي .

الجدول ٥ - ١ : أشكال أدواء الليشمانيات

العامل المرض	اسم المرض
الليشمانية المدارية	– داء الليشمانيات الجلدي .
L. Tropica	– القرحة المدارية .
	– داء الليشمانيات الجلدي الناكس (الشكل الدرني المتأخر) .
	– داء الليشمانيات الجلدي المنتشر .
الليشمانية الدونوفانية	– الكالازار Kala – azar (داء الليشمانيات الحشوي) .
L. Donovan	– داء الليشمانيات الجلدي بعد الكالازار
الليشمانية البرازيلية	– داء الليشمانيات الجلدي الأمريكي .
L. Brazillensis	– داء الليشمانيات الجلدي المخاطي (espundia) .

داء الليشمانيات Leishmaniasis :

التعريف : ينجم داء الليشمانيات عن أولي اكتشفت من قبل ليشمان ودونوفان (Leishman و Donovan عام ١٩٠٣) وتنتمي إلى عائلة المثقبيات . وقد وصفت الآفة منذ العصور القديمة . واعتماداً على الميزات السريرية والشكلية يمكن أن تميز ثلاثة أشكال رئيسية (الجدول ٥ : ١) .

وعلى كل حال ، فإن هذا التصنيف يختلط أثناء الممارسة العملية في طب الجلد وذلك نتيجة تداخل الأعراض . وتملك جميع أنواع الليشمانيات ميلاً لإصابة الجلد سواءً بشكل مؤقت أو دائم .

وفي العالم القديم ، يعتبر أن العامل الذي يسبب داء الليشمانيات الجلدية هو الليشمانية المدارية مع اختلافات وراثية أحياناً . وتقع مناطق استيطان الداء في أوروبا شرقي خط الحرارة السنوي البالغ ١٠° م (الحدود الشمالية لمنطقة نمو أشجار الزيتون) . ومع ذلك فهناك تواجد للمرض في بلاد البلقان وفرنسا . وفي مثل هذه المناطق يحدث المرض بصورة مؤقتة وفي مناطق معينة دون أن يكون مستوطناً . أما آفات الأغشية المخاطية فتتميز بسير سليم وشفاء عفوي دائماً . وتتأثر علامات وأعراض وسير المرض بشكل ملحوظ باستجابة المريض المناعية . أما داء الليشمانيات في أمريكا فيتميز باختلاف أكبر في العامل المرض ، وهذا يتعكس على الموجودات السريرية ، حيث يؤدي إلى آفات جلدية سليمة ذات سير مختل تستمر عقوداً (مثل التقرح الصمغي على الصيوان الذي تسببه الليشمانية المكسيكية) . كما يوجد شكل جلدي مخاطي ينجم عن الليشمانية البرازيلية حيث تؤدي إلى آفات عميقة خبيثة مخربة ومتقدمة على الشفتين والحنك والأنف في المراحل المتأخرة من الداء . ولا تصاب هنا الجملة الشبكية البطانية ، أو الطرق اللمفية الحشوية عند الإنسان حتى في الأشكال المنتشرة منها . أما في أدواء الليشمانيات الحشوية الناجمة عن أنواع مختلفة من الليشمانية الدونوفانية فتحدث تغيرات بدئية في الجلد لا تلاحظ عادة ، مثل الليشمانية بعد الكالازار حيث يكون هناك ظهور متأخر للعامل المرض في الجلد مرة أخرى . تنتشر أدواء

داء الليشمانيات الجلدي

[Wright 1907] : Cutaneous Leishmaniasis

الاسترادافات : إن التوزيع الجغرافي الواسع للآفة أدى إلى تعدد أسمائها ، هذه التسميات تعكس وجوده في المناطق الآسيوية والإفريقية دون أن يكون هناك اسم يشير إلى كثرة حدوثه في غرب البحر الأبيض المتوسط ومن هذه الأسماء : دمل حلب أو بغداد أو Biskra أو دمل الشرق ، حبة الشرق أو بغداد ، قرحة دلهي أو كاندهار أو لاهور ، ناتال ، قرحة الشرق أو بنغلادش وغيرها من الأسماء .

التعريف : داء خمجي عقيدي تقرحي في الجلد تسببه الليشمانية المدارية والمميز نسجياً . وهناك ثلاثة أشكال سريرية لهذا المرض تتداخل أعراضها عادة .

١ – الشكل الأكثر شيوعاً ، وهو الشكل العقيدي الموضع والذي يتقرح بصورة مبكرة ، أو متأخرة ، ويشفى عفوياً تاركاً ندبة .

٢ – الشكل المفرط الفعالية الذي يعاود بالظهور دائماً في مواقع جديدة .

٣ – الشكل المنتشر المعمم المعطل الذي يكون سطحياً في البدء ثم ينتشر ليشمل مناطق أوسع من الجلد .

الحدوث : تحدث الليشمانية الجلدية في البلدان الدافئة فقط وهي

مكثرت انتشاراً عند الحدود الرملية من الصحراء . ويتواجد الداء في منطقة البحر الأبيض المتوسط بما فيها الجزر ، ومن الشرق لأوسط إلى الهند ، وفي جنوب الاتحاد السوفياتي والصين ، وكذلك في أفريقية باستثناء حزام الغابات المطر . وتتوطن اللاشمانيا حيث يوجد الناقل (الحشرة الناقلة) . وتظهر بشكل خاص في المناطق المنخفضة نسبياً (حتى ٤٠٠ م فوق سطح البحر) . أما في أثيوبيا ، وجنوب أفريقيا الاستوائية ، وجنوب أمريكا فيمكن أن نجد الناقل على علو حتى ٣٠٠٠ م فوق سطح البحر . وتدخل الحشرة (ذبابة الرمل الأنثى) إلى داخل المساكن ليلاً ، وهذا ما يفسر الإصابة البدئية في سن الطفولة في مناطق استيطان الداء .

السيات والعامل الممرض : تعد اللاشمانية المدارية من الأوليات وتنتمي إلى عائلة المثقيبات وهي تعيش داخل الخلايا في الحيوانات ، وتبدو دائرية بيضوية الشكل ، عديمة السياط ، في الفقاريات (سواء الإنسان أو الحيوان الفقري) . ويسمى هذا الشكل بجسيم ليشمان - دونوفان (راجع الشكل ٥ : ١) . أما في الحشرة الناقلة أو في وسط الزرع السائل فإن الطفيلي يتكاثر ويأخذ شكلاً مسوطاً Promastigote . هذا ولا يمكن التمييز بوضوح بين أنواع اللاشمانيات المختلفة بواسطة المجهر الضوئي . أما الشكل عديم السوط Amastigote فله شكل مدور أو يضيوي أو كمثري ، يتراوح قطره من ٢ - ٥ ميكرون ، ويتميز بنواة مدورة كبيرة مع نوية صغيرة متحركة عصوية الشكل . ويعتبر وجود النواة مع النوية علامة تشخيصية هامة . وعندما يدخل العامل الممرض إلى الجلد بواسطة لدغة الحشرة يتفاعل الجلد بالتهاب نموذجي موضع في مكان اللدغة . وإن انتشار العامل الممرض بالطريق الدموي أو اللمفي مع تشكل آفات ثانوية أمر نادر ، ويحدث لمسافة قصيرة فقط إذا حدث . وتصيب الآفة المناطق غير المغطاة من الجلد ويكون اللدغ ليلاً . تتكاثر اللاشمانية المدارية في المنسجات الجلدية للإنسان المضيف ، ويعتمد حدوث التقرح وشدته على عدد الطفيليات الملقحة وعلى القدرة الدفاعية للمريض وعلى خمج إضافي . ويحدث الشفاء العفوي مع تشكل ندبة خلال سنة عادة ويمكن أن تشفى الأشكال الخفية من المرض دون ندبة . وتترافق أدواء اللاشمانيات الحشوية مع مناعة مثبطة وخطر حدوث خمج ثانوي . وعندما تحدث الجدوع يعتقد أن هناك دوراً لآليات مناعية ذاتية في إحداثها .

انتقال المرض : هناك احتمال لانتقال الخمج (الطفيليات اللاسوطية) من إنسان مصاب لآخر بالتماس الصميمي ، إلا أن هذا لا يلعب دوراً مهماً . فالعامل الممرض يمر خلال دورته الحياتية عبر الفقاريات أو الحشرات الناقلة ، ولم يعرف له إلى الآن طور تكاثر جنسي كما هي الحال في العامل الممرض

للبرداء . يحدث انتقال العامل الممرض بواسطة ذبابات صغيرة (١ - ٢ ملم) ، ليلية ، ماصة للدماء من جنس الفواصد . تتغذى الأنثى فقط على الدم وتقوم بوظيفة حامل لطفيلي اللاشمانيا . ويتوقع أن عمر الذبابة حوالي ٣ أسابيع مع فعالية محدودة في أماكن تناسلها ، لذا فإن غرف النوم الواقعة على مستوى الأرض تكون أماكن شائعة لحدوث الإصابة . وكقاعدة ، فإن الذبابة لا يمكن أن تصل إلى الطوابق العليا إلا بمساعدة تيارات هوائية شديدة . ويقتصر تكاثر اللاشمانية في الحشرة على جهازها الهضمي ويستغرق من ٦ - ٩ أيام اعتماداً على درجة الحرارة . وإن قابلية الطفيلي للحركة في المرحلة المسوطة (ذات السوط) تسمح له بتوجيه نفسه إلى الجهاز الهضمي العلوي وإلى الهجرة إلى الأجزاء القموية منها . وإن سحق الحشرة في مكان اللدغ يعتبر عاملاً مهماً في حدوث الخمج . وهناك مستودع من الفقاريات لكل نوع من أنواع اللاشمانيات : أي أن داء اللاشمانيات الجلدي هو داء حيواني بشري ويسهل الانتشار المحلي للمرض من قبل الكلاب والثعالب وبنات آوى وحيوانات أخرى صغيرة مثل القوارض التي تعتبر مستودعات طبيعية للعامل الممرض تنقله ذبابة الرمل منها ومن الإنسان المصاب إلى الإنسان السليم .

المضاعفات : إن الخمج بالليشمانية هو نموذج مدرسي للمناعة المتواسطة بالخلايا . وإن التجارب الحيوانية غير ملائمة للتشخيص الروتيني . وفي داء اللاشمانيات الجلدية لا يعطي تحديد الأضداد الجؤالة الناتجة عن التماس مع المستضد بطرق مناعية خاصة نتائج موثوق بها ، وإن شفاء الآفة يترك خلفه مناعة وافية . ويبدو أن هذه المناعة لا تستمر مدى الحياة ما لم يكن هناك تعرض مستمر للمستضد ، وإلا لما كان حدوث أدواء اللاشمانيات الجلدية العرضية عند البالغين في الأماكن الموبوءة مرتفعاً كما هو عليه الحال . وتظهر عادة عودة الخمج عند المريض المنع جزئياً أو بشكل تام دون أعراض ويمكن بسهولة أن يقع الخطأ في تشخيصها . وقد أبدى المرضى المهاجرون إلى أستراليا من منطقة البحر الأبيض المتوسط تظاهرات للإصابة بالليشمانيا حتى بعد سنوات عديدة . لذا يجب على المرء أن يفترض إمكانية بقاء العامل الممرض لفترة طويلة في خلايا المضيف دون مظاهر سريرية أو مناعية .

الموجودات السريرية : يمكن تمييز ثلاثة أشكال مختلفة سريرياً .

- الشكل العقيدي : تبدأ الآفة بعد دور حضانة (٢ - ٣ أسابيع وقد يصل إلى السنة) بمحاطة صغيرة حمراء - بنية ، تكون في البدء عبارة عن بقعة تشبه لدغة البعوضة . تكبر الآفة خلال شهور لتصل في قطرها إلى ٥،٥ سم أو أكثر . وتتضمن المناطق المفضلة للإصابة كل الأجزاء غير المغطاة من الجسم

وخاصة الوجه والرقبة ، والذراع ، والساعد والساقين ؛ أي الأماكن التي يمكن أن تصلها الفواصد . ومن الشائع حدوث آفة وحيدة وقد يصل عددها إلى ٥ - ٢٠ ، وقد تصل أحياناً إلى المئات . ويظهر الخمج عادة عند السياح بعد أن يكونوا قد غادروا المنطقة الموبوءة .

– الشكل التقرحي : يمكن أن يتحول الشكل العقيدي بعد عدة أشهر إلى تقرح طري مغطى بقشور ، دائري أو بيضوي الشكل ولا يترافق بأعراض مجموعية (راجع الشكل ٥ : ٢) . ويحدث الشفاء العفوي عادة بعد سنة .

– الشكل الناكس : لا يحدث الشفاء العفوي في حوالي ١٠٪ من المرضى ، حيث تتطور الإصابة إلى شكل آخر من الآفات . وهي آفات شديدة تحدث إما بسرعة على حواف تقرح سابق أو في مكان بعيد عن الآفة البدئية وعلى جلد سليم . وتكون هذه الآفات بنية مصفرة ، وتبدي بفحص الشفوية *Diascopy* رشاحة ذبانية . ويحدث الشفاء بعد عدة سنوات مخلفاً وراءه ندبات مشوهة أو جدوعاً على الأنف ، والأجفان والأذنين . وليس من النادر إصابة الأغشية المخاطية (الشفاه ، الأنف ، الحنك) . وعلى كل حال ، فإن الشفاء في هذا الشكل يكون أسرع من الشكل الجلدي المخاطي في داء الليشمانيات الأمريكي الجنوبي .

الأعراض : تسبب أدواء الليشمانيات عادة أعراضاً غير هامة ما لم يكن موقع الإصابة معيقاً للوظيفة ، مثل التوضع على الأجفان أو حافة الأذن .

التشريح المرضي النسجي : في المراحل المبكرة من الأشكال العقيدية والتقرحية نشاهد رشاحة بالبالعات واللمفاويات والخلايا المصبورية والحبيبة . ومن الممكن اكتشاف العامل المرضي في هذه الآفات في الأشهر (٥ - ٧ الأولى) من المرض ، لكن زرع الطفيلي يكون ممكناً من الآفات الأقدم . أما في الشكل الناكس فنشاهد حييومات درنية الشكل .

السير : تتطور الآفة عادة دون اختلاطات وقد يرافقها التهاب أوعية لمفية وحمرة . كما يمكن حدوث تقيح ثانوي مع ضخامة عقد لمفية نادرة .

التشخيص : سهل في العادة اعتماداً على القصة السريرية (الإقامة في أماكن موبوءة) ، وعلى التظاهرات السريرية ، وتحري العامل المرضي .

– الزرع : يمكن زرع العامل المرضي الموجود في الآفة ، إما من القطع المأخوذة بالشرط ، أو بشكل أفضل من الخزعة ، أو بثقب حواف الآفة . ووسط الزرع هو الآغار الدموي (Novy Mc Neal - Nicolle NNN) أو على وسط Eagle . تنمو الليشمانيات المدارية ببطء مترافقة مع تشكل حيبي وُرَيْدي

في الطور السائل للوسط . ويمكن كذلك زرع العامل المرضي من مادة العقد اللمفية . ويسبب تلقيح الحيوانات ، مثل فأر الهامستر ، إلتاناً موضعياً أو مجموعياً . أما نقل النسيج من الإنسان إلى وسط الزرع ثم إعادتها إلى الإنسان فيسبب إصابة جلدية نموذجية .

– اللطاخة : بعد تنظيف تام للقرحة ، تجرف مادتها ، أو يمكن الحصول عليها بشكل أفضل بواسطة شق سطحي لحواف التقرح ، تثبيت باميناٲول ثم تلون بغميزا . وتكون الآفة بشكلها العقيدي أو في المراحل الأولى من الشكل التقرحي غنية بالمتعضيات ، ويتميز الطفيلي بشكل أجاصي شاحب اللون مع جزء شديد اللون له شكل القبة ، ويكون موجوداً إما ضمن البلاعم الكبيرة أو بشكل حر .

– الخزعة : توضع الليشمانيات داخل الخلايا وتعد طريقة اللطاخة النسجية أفضل من المقطع النسجي الملون بغميزا . حيث تؤخذ لطاخات من نسيج الخزعة الطازجة وتمد على صفيحة زجاجية ثم تلون بمحلول غيمزا .

– اختبار اللايشمانين : يجري حقن المتعضيات المقتولة بالحرارة (١٠٠,٠٠٠ في ١ مل) داخل الجلد . وفي حال وجود خمج نحصل على تفاعل إيجابي بعد ٤٨ ساعة . ويكون هذا التفاعل على شكل حطاطة مكان التلقيح بقطر ١ - ٢ سم مع حالة حمامية (نسيجاً نجد نمطاً درني الشكل) ، مما يدل على حدوث تفاعل من نمط فرط الحساسية المتأخر (تفاعل مونتيفرو : Montenegro Reaction) . وليس لهذا الاختبار أية قيمة تشخيصية في المناطق الموبوءة ، لأنه يتوقع حدوث نتائج إيجابية عند الشافين من أدواء الليشمانيات منذ وقت بعيد .

التشخيص التفريقي :

– الشكل العقيدي : يفرق عن الدمل ، الحمرة ، السرطانة قاعدية الخلايا ، الشوكوم القرني ، الذأب الحمامي ، الساركوكويد ، واللمفوم الخبيث .

– الشكل التقرحي : يفرق عن الأكثيمة ، القرحة المدارية ، الداء العليقي ، الأورام الخبيثة ، القرحة الإفرنجي ، السل الجلدي .

– الشكل الراجع (الناكس) : ونميزه عن الذأب الشائع ، الإفرنجيات الدرقية الساعية ، الساركوكويد ، الجذام الدرني ، داء الشعريات المبوغة ، الخمج غير النموذجي بالمتفطرات (مثل المتفطرة البحرية والمتفطرة القرحة) .

المعالجة : تشفى أدواء الليشمانيات في أغلب الحالات عفوياً خلال سنة .

– المعالجة بالحقن داخل الآفة : يحقن المياكرين (١ - ٢ مل في ١٠٪ محلول مائي) أو الكلوروكين أو هيدروكلوريد الإيمتين

(٢ - ٥ ٪) أو البنتوستام (غليكونات أنتموان الصوديوم ١ - ٢ مل) . يكرر الحقن أسبوعياً بصورة متواصلة لمدة ٦ أسابيع . وينصح بهذه المعالجة عندما تكون الآفات قليلة العدد رغم كونها غنية بالمتعضيات . ويمكن أن نلاحظ أحياناً عدم تحمل للدواء مكان الحقن . أما في الشكل الدرني فيمكن أن يكون حقن معلق ممدد من الستيرويدات القشرية البلورية مساعداً .

– المعالجة الفيزيائية : إن الليشمانية حساسة تجاه درجات الحرارة المنخفضة ، ولذا فإن المعالجة القرية بالآزوت السائل أو الثلج الفحامي مع الأسيتون يمكن أن تطبق بعد معالجة الخمج المرافق . تطبق مثل هذه المعالجة إما خلال خمسة أيام متواصلة أو ٣ - ٥ مرات خلال أسبوعين . وبهذه الطريقة يمكن الحصول على نتائج جمالية جيدة . ويجب عدم إجراء التخثير الكهربائي . كما يمكن تطبيق المعالجة بالحرارة ٣٩ - ٥٤٢ م لمدة إجمالية من ٢٠ - ٣٠ ساعة خلال ١٠ - ١٤ يوماً . وقد أبدت هذه الطريقة نتائج جيدة في الليشمانيا المدارية . وتظهر المعالجة بأشعة X نتائج إيجابية في الخمج البدئي فقط ولم تحدد جرعة الإشعاع اللازمة ، وفي أي حال يجب ألا يطبق أكثر من ١٥ Gy .

– المعالجة الجهازية : وينصح بها عند وجود بؤر خمجية متعددة أو منتشرة . ويجب أن تكون المعالجة طويلة الأمد .

– مضادات البرداء : وينصح بإعطائها داخلياً في الإصابات المنتشرة وفي أدواء الليشمانيات الحشوية . ومن الأدوية المستخدمة (الميباكرين والكلوروكين) . يعطى الكلوروكين مرتين يومياً عن طريق الفم ، ٢٥٠ ملغ لمدة يومين ثم ٢٥٠ ملغ يومياً لمدة ٢ - ٣ أسابيع ، وتعطي هذه المعالجة نتائج إيجابية أحياناً .

– أملاح الأتيموان : حيث تعطي أفضل النتائج ، ويمكن استعمال مركبات الأتيموان الثلاثية أو الخماسية . ويمكن أن تعاد المعالجة عند الضرورة بعد شهر ، إلا أنه يجب مراقبة تأثيراته الجانبية .

– السيكلوغونيل بامويت *Cycloguonil pamoate* : يعتبر فعالاً في الأنحاج الحديثة الحادة وليس في الأشكال الناكسة . ويكفي عند البالغين حقنة عضلية واحدة (٣٥٠ ملغ) . وتعاد الحقنة بعد ١ - ٣ أشهر إذا لزم الأمر .

– الكيتوكونازول : وقد جرب استعماله أيضاً في معالجة أدواء الليشمانيات الجلدية .

هذه الأدوية السابقة الذكر تفيد في الأشكال العقيدية والمتفرحة من أدواء الليشمانيات ولا تفيد في الأشكال الناكسة (٥) .

الانتقاء : من المهم مكافحة الحشرات الناقلة ورش المبيد الحشري في مناطق المعيشة ومناطق قضاء الإجازات .

داء الليشمانيات الحشوية ، وداء الليشمانيات الجلدية بعد الكالآزار :

الترادفات : كالا - آزار Kala - Azar ، حمى Dumdum ، داء الليشمانيات الجلدية بعد الكالآزار . داء الليشمانيات الجلدية الأسود (Kala) بالهندية تعني الأسود و Azar بالفارسية تعني داء) .

التعريف : داء خمجي يصيب خلايا الجهاز الشبكي البطاني في الطحال والكبد ونقي العظام . تسببه الليشمانية الدونوفانية . ويتميز سير المرض بذروة نهائية مضاعفة للحرارة (تظهر على منحني الحرارة) وضخامة كبدية طحالية وفقر دم وقلة الكريات البيض وجلد داكن مميز .

الحدوث : ينتشر هذا الداء بشكل واسع في المناطق المدارية وتحت المدارية مع نسبة حدوث مرتفعة في الهند وبنغلادش والصين والسودان وغربي وشرقي أفريقيا ، وشرقي روسيا وبعض مناطق أمريكا الجنوبية . وكذلك تحدث أدواء الليشمانيات الحشوية بشكل وبائي في مناطق حول البحر الأبيض المتوسط حيث يصاب الأطفال بشكل خاص .

السيببات والعامل الممرض : وهي شديدة الشبه بأمراض أدواء الليشمانيات الجلدية . فمن الضروري وجود مخازن للطفيلي (إنسان أو حيوان) وكذلك توفر الناقل (من أنواع الفواصد) وظروف جغرافية (حرارة ورطوبة) مناسبة لوجود هذه الفواصد ومضيف حساس للمتعضيات .

الموجودات السريرية : يستغرق دور الحضانة من ٢ - ٤ شهور ، لكن ذكرت فترات من ١٠ أيام إلى سنة أحياناً . وتظهر متلازمة ما بعد الكالا - آزار بعد حوالي ١ - ٣ سنوات من العدوى بداء الليشمانيات الحشوي . سير المرض مزمن ويصل ذروته بعد ٤ - ٦ شهور ويمكن أن يؤدي إلى الموت في أقل من ٦ أشهر (كما في السودان) . يتصف الكالآزار بصور سريرية متنوعة أكثر من الليشمانيات الجلدية . ويتميز المرض بظهور حطاطات حمراء داكنة صغيرة متعددة على الساقين مع تصبغات بشكل بقع سوداء بنية (ومن هنا أتت التسمية بالكالآزار) . تأخذ الآفات الجلدية شكلاً جافاً قاسياً مع خشونة سطح الجلد ووجود ضمور لثام في الأجزاء السفلية من الساقين . كما تحدث تغيرات وعائية مترافقة مع نزوف جلدية أو في الأغشية المخاطية مع بروز في أوردة الجلد . وقد

(٥) ويمكن تطبيق الألوبيورينول داخلياً بمقدار ١٥ - ٢٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً ولمدة ٢ - ٤ أسابيع (المترجم) .

يحدث فقدان أشعار وتغيرات في الأغشية المخاطية يرافقها شحوب في الغشاء المخاطي القموي والتهاب فم ولثة .

أما الجلاد بعد الكالآآازار فيتكون من الثالث العرضي : بقع ناقصة الصباغ وأخرى حمامية وعقيدات .

المسار : يعتبر الكالآآازار وداء الليشمانيات بعد الكالآآازار من الأمراض الخطرة ، حيث يموت ٧٥ - ٩٥ ٪ من المرضى غير المعالجين في غضون سنتين . ويؤدي تعمم الخمج وإصابة القلب والكبد والطحال ونقي العظام إلى مرض مجموعي خطير . أما إذا أعطي المريض المعالجة النوعية في الوقت المناسب فإن الشفاء يحدث في ٩٥ ٪ من الحالات . أما تدمير داء الليشمانيات بعد الكالآآازار فهو أكثر صعوبة ويمكن ألا يحدث شفاء تام .

التشخيص : كما في داء الليشمانيات الجلدي فإن التشخيص يعتمد على القصة السريرية (مناطق موبوءة) والموجودات السريرية وكشف العامل الممرض الذي يتواجد في الدم ونقي العظام والعقد اللمفية . ينمو العامل الممرض خلال ١ - ٤ أسابيع بعد وضعه في وسط الزرع NNN ، كما أن تلقيح القداد Hamster يؤدي إلى إحداث خمج مجموعي مما يفرقه عن داء الليشمانيات الجلدي حيث أن تلقيحه بالليشمانية المدارية يؤدي إلى خمج موضع .

أما في داء الليشمانيات ما بعد الكالآآازار فإن التبدل الممكن تحريه هو كثرة الحمضات في الدم . ويمكن تحري العامل الممرض بواسطة إجراء خدش مكان البقع الالتهابية أو العقيدات الحطاطية وليس من البقع أو الحطاطات أو العقيدات ناقصة الصباغ . ولا يمكن إجراء التحري من نقي العظام أو العقد اللمفية .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تطبق المعالجة بالحقن داخل الأدمة على عقيدة وحيدة ما بعد الكالآآازار وذلك بتشريها بمحلول سلفات البربرين ٢ ٪ أو الدي هيدروكلوريد الميساكرين ١٠ ٪ ، أو الستيرويدات القشرية السكرية ، أو مركبات الأنتمون خماسية التكافؤ (غليكونات أنتمون الصوديوم : ١ مل التي تحوي على ١٠٠ ملغ) .

وتتضمن المعالجة الجهازية للكالآآازار عنصريين مؤكدي التأثير : مركبات الأنتمون والدي أمين . يعطى الأنتمون بشكله الخماسي التكافؤ . ويعطى الدي أمين بشكل Pentamidine . أما في الليشمانيات بعد الكالآآازار فيقتصر فيها على الأنتمون لأن الدي أمين ليس له أية فعالية في هذا الشكل . ولزيد من المعلومات يجب الرجوع إلى الأدب الطبي المداري ،

لأن هذه الآفات تعتبر من الأمراض النادرة جداً في أوروبا وشمال أمريكا .

المعالجة الموضعية : معالجة عرضية فقط .

داء الليشمانيات الأمريكية :

: American Leishmaniasis

المتراذفات : الليشمانيات الأمريكية (الجنوية) الجلدية ، داء ليشمانيات العالم الجديد ، Bauru ، قرحة باهية Bahia ، قرحة chiclero ، Laga Brava ، الشكل الجلدي من Uta ، الشكل الجلدي المخاطي من Espundia ، Pian bois ، الداء العليقي في الغابات ، الداء العليقي الكاذب .

التعريف : داء خمجي مزمن مع تشكل حبيومات نموذجية يتلوه إصابة مراقبة في الجهاز التنفسي العلوي . وينجم عن الليشمانية البرازيلية .

الحدوث : يصيب الأطفال والبالغين على حد سواء ويتحدد توزيعه في القارة الأمريكية الجنوبية ، شمالاً حتى شبه جزيرة ياكاتان (٢٥٠ شمالاً) وجنوباً حتى شمال الأرجنتين (٣٠ جنوباً) مع معدل حدوث مرتفع في البرازيل والبيرو بشكل خاص . تظهر أدواء الليشمانيات الأمريكية في المناطق الحارة الرطبة وذرورة حدوثها خلال الفصول الماطرة حيث تتكاثر الفواصد خلال هذه الفصول .

المسببات : كما في أدواء الليشمانيات الجلدية والكالآآازار فإن وجود العامل الممرض يرتبط بوجود مخزن نوعي للخمج (إنسان أو حيوان) ، وناقل نوعي (من نوع الفواصد) . ومن الضروري توفر ظروف جغرافية مناسبة من حيث الحرارة والرطوبة ووجود مضيف حساس للمتعضيات (الإنسان) . وبالمقارنة مع أدواء الليشمانيات الجلدية التي تترك مناعة دائمة فإن أدواء الليشمانيات الأمريكية يمكن أن ينتقل فيها الطفيلي إلى الجهاز التنفسي العلوي .

الموجودات السريرية : يمكن التفريق بين شكلين : الجلدي ، والجلدي المخاطي .

– الشكل الجلدي : بعد فترة حضانة من ٢ - ٤ أسابيع تظهر حطاطات حمامية قاسية ذات امتداد محيطي وخاصة في منطقة الوجه . ويتشكل في مركز كل آفة جلبة نزفية تمتد بعد ذلك لتشمل كامل سطح القرحة . ويمكن أن يتراوح قطر القرحة من ٣ - ١٢ سم وتكون حواف القرحة النموذجية مرتفعة ، ويمكن أن تظهر عدد من الآفات حول القرحة البدئية الرطبة ، وتكون هذه الآفات عقيدية تشبه الداء العليقي . وتختلف تسمية الآفة تبعاً لشكلها : فهناك الشكل الشبيه بالداء العليقي ، والشبيه بالصمغ الأفرنجية والشبيه بالإكثيمة والشبيه بالساركويد ،

وبالفطر الملون ، وبتقيح الجلد ، وبالحمرة . وأخيراً الشبيه بالجذام . وإن الشكل الجلدي المترافق مع التهاب أوعية لمفية أو إصابة بالعقد اللمفية بشكل أربطة ليفية قاسية وثخينة هو شكل من داء الليشمانيات الأمريكي الشبيه بداء الشعريات المبوغة من حيث توضع الآفات على مسير وعاء لمفي .

– الشكل الجلدي المخاطي : تعد إصابة الأغشية المخاطية من التظاهرات المتأخرة دائماً . ويعتمد تطور الشكل الجلدي أو الجلدي المخاطي على ظروف جغرافية لم تحدد بدقة حتى الآن . ومثلاً : فإن الشكل الجلدي الذي يحدث في المكسيك (قرحة Chiclero) لا يترافق مطلقاً بإصابة في الأغشية المخاطية ، بينما تحدد إصابة الأغشية المخاطية في فنزويلا بنسبة ٣٥٪ من الحالات وفي البرازيل بنسبة ٨٠٪ . ويبدو أن تحول الشكل الجلدي إلى جلدي مخاطي يتبع طريقاً دمويّاً . ويستغرق ظهور آفات المخاطيات عادة من ٣ – ١٠ سنوات ، على الرغم أن الفترة تكون أقل من سنة في البرازيل . وبعد أن تبدأ الآفة بالظهور على الأغشية المخاطية فإنها تنتشر في وقت لاحق إلى كامل الأجزاء الغضروفية للأنف وإلى الشفاه والحنك الرخو . وتظهر أولاً بشكل زكام (التهاب غشاء مخاطي أنفي مزمن) ثم بشكل نزف ثم تفجر الأنف . وإن دمار الحاجز الأنفي السريع يترك التراكيب العظمية غير مصابة . وينتج عن ذلك تشوهات في الأنف مثل أنف الجمل ، أنف الخنزير ، منقار البغاء . وتنقل الإصابة إلى الشفة العليا التي تتوذم وتصاب بقساوة وثخانة (راجع الشكل ٥ : ٣) . وفي وقت لاحق تنتشر أدواء الليشمانيات الجلدية المخاطية إلى الحنك الصلب والرخو وإلى اللوزتين واللثة وأرض الفم . وأخيراً تصاب الحنجرة والرقامي والقصبات . ويصاب المريض بعسرة بلع حتى يصبح البلع مستحيلًا في النهاية . وتورم كل المناطق المصابة من الغشاء المخاطي مع تشكل حبيبي مما يجعلها عرضة للآذية ويمكن بسهولة أن تصاب بجمع إضافي . وهناك دائماً خطر الأخماج والجدوع ، ومن أكثر أسباب الوفاة شيوعاً هي أخماج الجهاز التنفسي العلوي وسوء التغذية .

الاختلالات : إصابة العظام وخاصة الأصابع (التهاب الأصبع الليشمانى) ، وكذلك الليشمانيات المنتشرة العاطلة *Anergic* مع ظهور مفاجئ لحطاطات وعقيدات ولويحات عديدة غنية جداً بالمتعضيات .

المسير : يترافق الشكل الجلدي مع شفاء عفوي سريع دائماً ما عدا الآفات على شحمة الأذن حيث يمكن أن يتطور التهاب ما حول الغضاريف الجادع المزمن . أما الشكل الجلدي المخاطي فهو شكل مزمن وناكس حتى بعد المعالجة المناسبة .

التشخيص : ويمكن التوصل إليه اعتياداً على القصة السريرية

(مناطق موبوءة) ، والموجودات السريرية ، واختبار الليشمانين داخل الجلد (أكثر من ٩٧٪ إيجابي) بالإضافة إلى تحري العامل المرض .

المعالجة : من الضروري في كل الحالات إعطاء معالجة باكراً ومكثفة على فترة زمنية طويلة . وإن الأدوية الأساسية المستعملة هي مستحضرات الأنتمان والأمفوتريسين ب :

– **المعالجة الجهازية :** إن مركبات الأنتمان الخماسية (غلوكونات أنتمان الصوديوم) فعالة ، وتعطى حقناً عضلياً وبمقدار يومي (١٠ ملغ/كغ) وحتى جرعة عظمية قدرها ٦٠٠ ملغ وتستمر المعالجة حتى نحصل على شفاء سريري كامل . أما الأمفوتريسين ب فيعطى فقط لمرضى المشافي أو المرضى الخاضعين لرقابة طبية جيدة وذلك بسبب سميته الشديدة . والاستطباب الرئيسي لاعطائه هو إصابة الأغشية المخاطية لأنها مقاومة للمعالجة بالأنتمان . وتعطى بمقدار ٥٠ ملغ أمفوتريسين ب محلول في ٥٠٠ مل محلول دكستروز ٥٪ زرقاً في الوريد ، ويبطء على مدى ٣ – ٤ ساعات في الظلام ، وتتراوح الجرعة الكلية بين ٢٠٠ – ١٨٠٠ ملغ . أما المترونيدازول فيعتقد أن له فعالية في الأشكال المكسيكية من أدواء الليشمانيات الأميركية ولكن ليس بوجود إصابة جلدية مخاطية . وعلى أية حال فإن التقارير من بلاد عديدة ليست مشجعة حتى في الشكل الجلدي . وقد ذكرت حالات منفردة من الشفاء بإعطاء الكيتوكونازول وذلك بمقدار (٤٠٠ ملغ يومياً) ولمدة ٣ أشهر .

– **المعالجة الموضعية :** معالجة عرضية فقط .

داء المشعرات المهبلية *Trichomoniasis*

[Donne 1836] : Vaginalis

التعريف : إن المشعرات المهبلية من الأولي المسوطة ، وهي الأكثر شيوعاً بين أسباب الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس (STD) والتي تؤدي لحدوث أخماج بولية تناسلية ، مثل : التهاب المهبل ، التهاب الإحليل ونادراً التهاب البوق عند النساء ، والتهاب إحليل ، والتهاب برنج والتهاب حويضة عند الرجال .

العامل المرضي : ثمة ثلاثة أنواع مهمة تصيب الإنسان : المشعرات المهبلية (ستذكر لاحقاً) والمشعرات اللاصقة *T. Tenax* في الفم (توجد في المواقع اللاهوائية من اللثة مسببة التهاب لثة) ، والمشعرات الإنسانية الخماسية *Pentatrichomonas Hominis* في الأمعاء الغليظة . ويبلغ طول المشعرات المهبلية حوالي ٨ – ٤٥ μ m وعرضها ٢ –

١٤ μm ، وتحرك بواسطة أربعة سياط أمامية حرة متغمصة في الغشاء التموج . وتعتبر الحركة الاهتزازية المتموجة والسيات المتحركة مميزة لهذا الطفيلي . وترتبط المشعرة المهبلية بسهولة بالمسطوح ، وبشكل خاص بالأغشية المخاطية . وتتداخل أغشية المتعضي مع خلايا المضيف مما يسهل بلعمة العضويات والجراثيم وغيرها من المواد الدقيقة . تتكاثر العضويات بواسطة الانشطار الثنائي في ظروف لاهوائية . وتتواجد المشعرات المهبلية كخلايا إنباتية فقط ولم يشاهد لها أشكال كيسية حتى الآن ، ويمكن تمييز السلالات المختلفة من المشعرات المهبلية بالتقنيات المناعية .

الحدوث : لا يوجد معطيات دقيقة متوفرة ، إذا لا تعتبر من الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها . ويقدر عدد الإصابات ثلاثة ملايين امرأة أميركية سنوياً ، وحوالي ١٨٠ مليون مريض في جميع أنحاء العالم . ويعزل الطفيلي عند ١٠ - ١٥٪ من النساء المراجعات للعيادات النسائية وعند ٥٠ - ٧٥٪ من العاهرات . ويوجد هذا المتعضي بشكل أكثر شيوعاً عند النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٦ - ٣٥ سنة ، مع حدوث أعلى في الثلاثينات . والحمج أقل حدوثاً عند الرجال ؛ ويعزى ذلك جزئياً إلى سير المرض المحدد لنفسه . ويمكن تمييز الأشكال المسبوطة عند ٤٪ من الرجال المراجعين لعيادات الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس . ويصل الرقم إلى ١٥٪ عند أولئك المصابين بالتهاب إحليل غير بني (NGU) .

يحدث انتقال المرض بواسطة تماس الجنسي ويزداد معدل الحدوث عند الأشخاص الفعالين جنسياً مع تغير الشركاء . ومن المهم أن نذكر أن المشعرات المهبلية تشاهد عند حوالي ٧٠٪ من النساء المصابات بالسيلان البيني ، كما أن السيلان يشاهد عند ٨ - ٥٠٪ من النساء المصابات بالمشعرات المهبلية . وينتج عن التلقيح بالمشعرات المهبلية للمتزوجين أنحاج نموذجية . ومن النادر جداً حدوث إصابة غير تناسلية . وإن المتعضي حساس جداً للجفاف ولكن حدث شفاء بعد استعمال إسفنجة رطبة بعد ٩٠ دقيقة وكذلك حدث شفاء بالماء بدرجة حرارة الجسم بعد ٢٤ ساعة . ونظرياً ، يمكن انتقال الآفة عبر مقاعد المراض أو عن طريق ماء المراض الذي يُرش على المنطقة الشرجية التناسلية .

الإمراض : ليس مفهوماً تماماً . تلتصق المشعرة المهبلية على الظهارة الوصفية وليس على ظهارة العصى والمخاريط Columnar Epithelium . ولذا يصاب المهبل والإحليل وغدد سكين Skene والقسم السفلي من عنق الرحم . وتحدث إصابة الجهاز البولي وليس المهبل عند اليافعات حيث يكون الجهاز البولي هو موطن المتعضي . أما عند الرجال فيصيب الداء

الإحليل وغدة الموثة والبرنج والقلقة ، بالإضافة إلى أنه قد تظهر آفات على منطقة الرفاء المتوسط Median Raphe . ويبدو أنه من النادر حدوث إصابة خارج الجهاز البولي التناسلي . ويمكن أن يؤدي الحمج إلى داء التهاجي حاد أو أن يكون هناك حالة حملة غير عرضيين ، كما أن الأعراض يمكن أن تتفاقم بعد الطمث . ومن الجدير بالذكر أن إصابة شركاء النساء المصابات بداء المشعرات المهبلية الحاد يمكن أن تكون لا عرضية ولذا كان من الواجب معالجة الشريكين . يترافق الداء في حالته الحادة بارتفاع عدد الكريات البيض مفصصة النوى ، ومن الشائع تكرار الحمج إذ لا تحدث مناعة في هذا الداء ، كما لا تفيد الاستجابة للأضداد الجهازية في التشخيص . وكذلك لا يفيد إنتاج الغلوبولين IGA المضاد للمشعرة المهبلية في التشخيص أيضاً .

الموجودات السريرية : تتظاهر إصابة النساء عادة بضائعات مهبلية مزبدة ، كريهة الرائحة ، رمادية أو صفراء أو خضراء . وتتوخم الأشعار وتصبح حمامية ، كما يغطي جدار المهبل عادة بسطح حمامي مع إصابة عنق الرحم بما يشبه الفريز (Strawberry) ، ومن النادر جداً حدوث التهاب بوق والتهاب باطن الرحم .

يكون معظم الرجال لا عرضيين ، بينما يعاني الآخرون من التهاب إحليل بالمشعرات . إذ أن المشعرات المهبلية من أشيع أسباب التهاب الإحليل غير البيني (NGU) . وتكون المفرزات عادة خفيفة ، إنما يمكن في بعض الأحيان أن تكون قيحية . وقد ذكر حدوث انزعاج بولي أو حس حرق بعد الجماع . وكما ذكر سابقاً ، يكون الحمج بالمشعرات المهبلية محدثاً لنفسه عند الرجال عادة ، حيث انخفضت نسبة المرضى في دراسة واحدة من ٧٠٪ - ٣٣٪ بعد أسبوعين من آخر تماس جنسي . ومن الاختلاطات النادرة التهاب حشفة وقلقة والتهاب بروج والتهاب الموثة . وكذلك فإن العقم من الاختلاطات المتأخرة .

التشخيص :

في النساء : يعتمد على التظاهرات السريرية لالتهاب الفرج والمهبل مع حكة وضائعات مزبدة كريهة الرائحة ، صفراء أو خضراء ، مع التهاب مهبل حبيبي وُرَيْدي ، وعنق رحم بشكل الفريز . كما يعتمد على إثبات وجود المتعضي في مفرزات المهبل . يتم الحصول على المفرزات هذه (بمساعدة المنظار أو المساح القطني أو العروة البلاستية) وذلك من الأوجه الأمامية والخلفية للمهبل . نضع المفرزات التي نحصل عليها إما في أنبوب اختبار يحوي مصلاً فيزيولوجياً ويرج جيداً أو أن نضعها مباشرة على الصفيحة الزجاجية المجهرية مع نقطة من المصل

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تختلف الآراء حول المترونيدازول ، ففي إحدى الدراسات تم شفاء ٩٥٪ من النساء بجرعة ٢٥٠ ملغ ٣ مرات/اليوم ولمدة ٧ أيام . وفي دراسة أخرى وصلت نسبة الشفاء إلى ٩٠٪ بجرعة فموية وحيدة قدرها ٢ غ . وينصح غالباً بالجرعة الوحيدة حيث يتقبلها المريض جيداً ونحصل منها على جرعة إجمالية أقل . وينصح دائماً بمعالجة الشريك الجنسي في نفس الوقت ، وإن مثل هذا الإجراء يزيد نسبة الشفاء على ٩٥٪ . وما زالت التحريات قائمة لمعرفة ما إذا كان يكفي إعطاء جرعة فموية وحيدة بمقدار (١,٥ غ أو حتى ١ غ) أم لا . ولا ينصح بمعالجة النساء الحوامل في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل . وتتضمن التأثيرات الجانبية للمترونيدازول ، وخاصة بالجرعة الوحيدة المرتفعة : الغثيان في ١٠٪ ، والإصابة بالمولونيليا المهبليّة . ومن الجدير بالذكر تعارض الدواء مع الغول (الكحول) . ويسبب المترونيدازول (بشكل مشابه للذي سلفو رام) الغثيان والقيء عن طريق تثبيط استقلاب الإيتانول الكبدى . وقد يتناول زمن البروتربين ، ولذلك فمن الواجب مراقبة المرضى الذين يتناولون مضادات التخثر . وقد نوقشت في مقالات عديدة تأثيرات الدواء المولدة للسرطان وللطفرات .

المعالجة الموضعية : تم تجريب العلاج الموضعي بالكلوتريمازول مع بعض النجاح .

انفيزيولوجي ، ثم نغطي المحضر بماترة ونسخه بلطف حتى نزيد حركة الطفيلي ومن ثم نفحصه تحت المجهر بالتكبير الضعيف والعالي . وتزداد فرصة مشاهدة المتعضي إذا توفر المجهر المتباين الطور أو تقنيات الساحة المظلمة ، ويتجاوز عدد العدلات في الوسط الرطب عدد الخلايا الظهارية المهبليّة إلى حدٍ بعيد . وتظهر المشعرات كتركيب بيضوية الشكل أكبر بقليل من الكريات البيض مفصصة النوى . ويمكن عادة تمييز السياط والغشاء المتموج للمتعضية . وتكون الأوساط الرطبة إيجابية في حوالي ٧٥٪ من الإصابات . ويظهر بوضوح أن الزرع يملك حساسية أكبر . أما وسط الزرع التجاري فهو مراق التريكوزول Trichosol Broth حيث تنمو معظم السلالات خلال ٤٨ ساعة .

في الرجال : التشخيص مشابه ، ويتم بإجراء خدش لطيف لغشاء الإحليل المخاطي بواسطة العروة البلاستيكية ، وتكون المسحات الرطبة عادة سلبية عند نصف المرضى الواضح الإصابات . ويمكن أن نعزز فرصة مشاهدة المتعضيات بإجراء فحوص متكررة لثفالة البول في الصباح الباكر ، ولتلك الثفالة بعد إجراء تمسيد الموثة . وتعد الزرع أكثر قيمة في التشخيص عند الرجال مع حصيلة مرتفعة من لطاخات الإحليل أو ثفالة البول ، وخاصة بعد تمسيد الموثة ، هذا ولا يوجد اختبار مصلي موثوق .

الفصل السادس الأمراض الحيوانية المصدر

Zoonoses

د . وليد حناوي

تشير هذه العبارة إلى الأمراض الجلدية الخمجية التي تصيب الحيوانات ، وتنقل إلى الإنسان أحياناً .

الحمرةانية Erysipeloid [Rosenbach 1887] :

التعريف : الحمرةانية عبارة عن خمج حاد يتلو أذية بسيطة في اليد عادة ، وتحدث عند صيادي الأسماك أو الجزارين أو ربات البيوت أو الأشخاص الذين هم يتماس مع السمك الطازج أو الطيور الأهلية أو اللحوم .

العامل المرض : ينجم هذا الداء عن الشعرية الحمرةانية *Erysipelothrix Rhusiopathiae* يرادفها الشعرية الحمرةانية الخاتلة *E. Insidiosa* والتي يسهل زرعها خلال فترة قصيرة ، وهي ساكنة ، وذات نبوت إيجابي الغرام .

الحدوث : تحدث الشعرية الحمرةانية أحياناً جلدية وبمجموعة في الخنازير ، وتتواجد في كل من أسماك المياه المالحة ، والسرطانات ، والمحارات ، والطيور الأهلية وخاصة الديكة الرومية ، أو تتواجد في المنتجات الحيوانية كالعظام والجلد ، ويكون هذا الخمج مقتصرأ بشكل كامل على الأشخاص الذين هم يتماس مع المواد الحيوانية المخموجة ، وخلال أشهر الصيف عادة ، وتحدث الوبيات بين صيادي السرطانات (التهاب الجلد بالسرطانات) ومنتجي الأضرار العظمية ، ولا تحدث هذه الآفة مناعة دائمة .

الإمراض : يعمل المصاب عادة في صناعة الأسماك أو الحيوانات ، وتؤدي الرضوح الصغيرة بعظام السمك أو الحيوانات أو أشواك السرطانات وغيرها إلى التلقيح بهذه الجراثيم .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٧ أيام ، تظهر بقع حمراء لامعة ، متوترة ، ومؤلمة ، وتبدأ في الجلد المتأذي ثم تنتشر بعيداً عنه . وتعطي هذه الآفات مظهر الحمرة ، وخاصة عندما تكون حوافها صريحة الحدود ، ثم تتلاشى الحمامي في مركزها وتشتد في محيطها . وفي معظم الحالات تنحصر هذه الإصابة في منطقة صغيرة من اليدين (راجع الشكل ٦ - ١) ، وقد تنتشر لتحدث آفات كبيرة ملتفة الشكل على الساعدين والجذع . ويمكن للحمرةانية أن تحدث في مناطق متعددة ، وتكون الحمى فيها غائبة في معظم

الحالات ، كما لا توجد علامات مجموعية عادة في هذه الإصابة . وقد يحدث التهاب مفاصل في منطقة الجلد المخموج في حالات نادرة ، وغالباً ما تترافق باعتلال في العقد اللمفية الناحية . وعندما يتم استئشاق هذه المتعضيات المرضية ، يحدث التهاب قضيبي . وقد يحدث التهاب في الشغاف وانتامية .

المسار : يشفى الخمج خلال ٢ - ٣ أسابيع ودون علاج عادة ، ويمكن أن يستمر عدة شهور ويتخللها سوررات وهذات .

الإنذار : الإنذار في الحمرةانية جيد ، إذ لم ترافقها الإختلاطات المجموعية النادرة .

التشخيص : يوضع تشخيص هذا الداء اعتماداً على كل من مهنة المريض ، والصورة السريرية ، وزرع المتعضية . ويفضل إجراء الزرع بكشاشة من حواف الآفة للحصول على السائل النسجي ، وتعتبر الخزعة الجلدية الطريقة الأفضل في تشخيص هذا الداء .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي للحمرةانية كل من الحمرة التي تنصف ببداية سريعة عادة وتترافق بحمى وبأعراض مجموعية ، والحمامي المزمنة الهاجرة التي تميل لإصابة الجذع والأقسام الدانية من الأطراف ويكون انتشارها أكثر بطأً .

المعالجة :

الجهازية : يعطى البنسلين فمويأ في معالجة الحمرةانية ، وبجرعات ٢ - ٣ X ١٠ وحدة/في اليوم ولمدة ٣ - ٦ أيام ، وفي حالات الأرج للبنسلين ، ينصح بإعطاء الإريثروميسين . كما ينصح بالمعالجة المدبدة بالصادات وريديأ وبشكل إلزامي في كل من التهاب المفاصل ، والإنتامية ، والتهاب الشغاف .

الموضعية : ويتم فيها تثبيت المناطق المصابة وتطبق الضمادات الرطبة أيضاً .

الرعام Glanders :

المترادفات : المالبوس Malleus .

التعريف : الرعام مرض خمجي حاد أو مرض يصيب ذوات الحوافر (الحصان ، الحمار ، البغل) بشكل خاص ، وبعض الحيوانات الأهلية أيضاً ، وينتقل في ظروف مناسبة إلى الإنسان (العاملون في الإصطبلات ، والمزارعون والأطباء البيطريون والعاملون في صناعة تحويل الأسمدة Renderers) ، ولا سيما نتيجة التماس مع المفرزات الأنفية أو التفريجات أو القررات لدى الحيوانات المصابة .

السير : يُشاهد غمطان سريريان مميزان في سير هذه الإصابة ، أولهما حاد وثانيهما مزمن .

العامل الممرض : يحدث هذا الداء جرثوم إيجابية الغرام تدعى بالزوائف الرعامية *Pseudomonas Mallei* ، وهي طفيليات ثديية إجبارية تتصف بسكونها ، ويمكن تمييزها بالكيمياء الحيوية عن الزوائف الرعامية الكاذبة التي تسبب الراعوم الذي يعتبر من الأمراض الخمجية التي تصيب كل من الحيوانات والإنسان في جنوب شرق آسيا .

الوئيات : لقد تم التخلص من الرعام بشكل عملي ، ويندر حالياً وجوده في أوروبا ، وشمال أمريكا . وتمثل الأحصنة مصدر الخمج الرئيسي للإنسان .

الموجودات السريرية : تتراوح فترة الحضانة في هذا الداء بين ٢ - ٧ أيام ، وفي الشكل الخاطف الحاد منه ، تكون بداية الداء مفاجئة ، وتتجلى بصدا ، وألم في الأطراف ، وبشعريرة . وبغثيان وإقياء أيضاً . بينما تظهر الأعراض بطيئة في الشكل المزمن منه ، وبعد عدة أسابيع تظهر لدى المصاب عقيدات نموذجية في الجلد وتحت الجلد ، وخراجات ، ونواسير قتيحية أيضاً .

الرعام الجلدي الحاد *Acute Cutaneous Glanders* : تحدث في هذا الشكل من الرعام حمى النهاية خفيفة الشدة ويرافقها تورم في منطقة التلقيح ، ثم تظهر بثرة في مركز هذه الحمى غالباً ، ولا تلبث أن تتطور إلى قرحة قتيحية ذات حواف غير منتظمة . وتترافق هذه البثرة البدئية بالتهاب مؤلم في العقد والأوعية اللمفية الناحية ، ثم تحدث حمى مرتفعة بين اليوم الثالث والسابع من الإصابة ، ترافقها قشعريرة ، وغثيان ، وضخامة في الطحال ، وحدوث مجموعات من الآفات الجلدية . وفي البداية تكون هذه الآفات بقعية ثم تصبح فقاعية أو بثرية ، ولا تلبث أن تتقرح أخيراً (تقرحات الرعام) . ويمكن لهذه الآفات أن تعمم ، ولكنها تميل لإصابة الوجه غالباً ، كما تبدي مخاطيات الأنف والفم والبلعوم إصابات مماثلة أيضاً ، بينما يؤدي حدوث كل من الخراجات في الأعضاء الداخلية والعضل والنسيج تحت الجلد ، والتهاب المفاصل الإلتفاني ، والالتهاب القضي الرئوي ، إلى الموت خلال ٢ - ٣ أسابيع من ظهور المرض .

الرعام الأنفي البدئي *Primary Nasal Glanders* : تعتبر مخاطية الأنف أو الفم طريق الدخول إلى العضوية في هذه الحالة . وغالباً ما يصبح التنفس عبر الأنف مستحيلاً بسبب التورم الالتهابي . ثم تظهر البثور والقرحات في الأنف أخيراً وتترافق بنجيح لزج قيحي دموي ، وقد تزداد الصعوبات التنفسية ، فيحدث الخناق نتيجة إصابة الحنجرة .

الرعام المزمن *Chronic Glanders* : تغيب الآفة البدئية في هذا الشكل من الرعام كاعتلال العقد اللمفية أو العلامات العامة لهذا الداء . بينما تظهر العقيدات الموضعية في الجلد ببطء وتترافق بحمى أو بألم في الأطراف أو في المفاصل . وتصيب هذه الآفات الوجه أو الجذع أو الأطراف ، ولا تلبث أن تتنخر ، ثم تتقرح على قاعدة متحبة . يكون ميل هذه الآفات للشفاء ضئيلاً . وبعد فترة من الهدوء ، تظهر مجموعات جديدة أحياناً أو يتبدل سيرها المزمن إلى سير حاد يؤدي بدوره إلى الموت السريع .

رعام المخاطيات المزمن *Chronic Glanders of Mucous Membrane* : وتظهر فيه ارتشاحات وقرحات عميقة تغطيها خشارات ، وقد ينجم عنها تشوهات وجهية .

الإنذار : الإنذار في الرعام الحاد مميت إذا لم يعالج بالصادات ، بينما يكون الإنذار أفضل في الرعام المزمن .

التشخيص : يستند تشخيص الرعام على التفاصيل الوبائية ، والصورة السريرية ، وكشف المتعضية ، والموجودات المصلية ، ويمكن إظهار الجرثوم الممرضة وإثباتها بتلوين مسحة من القرحات أو القيح أو النسيج بملون غرام أو بزرعها . وتكون اختبارات التراص وتثبيت المتممة إيجابية في هذا الداء اعتباراً من اليوم العشرين للإصابة ، وقد توقف العمل بإجراء الاختبارات الجلدية (فرط الحساسية المتأخر) بخلاصة هذه المتعضيات الرعامية .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي للمرحلة البدئية من هذا الداء كل من التيفوس والتدرن الدخني ، والأخماج الجرثومية والفطرية التي تحدث صورة سريرية تشبه السعفات أو داء الشعريات المبوغة ، وكذلك الراعوم الذي يتظاهر بخراجات جلدية متعددة .

المعالجة : لا زالت الخبرة محدودة في معالجة الرعام بالمعالجات الكيميائية الحديثة والصادات أيضاً .

الجهازية : أثبتت السلفوناميدات (سولفاديازين) فائدتها في معالجة الأخماج المخيرية الرئوية الرعامية . وينصح بمعالجة هذا الداء بمشاركة المستريبتومايسين والتتراسكلين معاً ، كما يجب عزل المصاب .

الموضعية : عرضية ، وتم بالضماادات المرطبة بالمطهرات وبالمرامم المطهرة .

ينبغي التبليغ عن هذا المرض .

الراعوم *Melioidosis* :

المرادفات : قبلة الفيتنامي الموقوتة ، داء وايتمور *Whitmore's Disease* .

التعريف : الراعوم هو خمج إنتاني مجموعي وحيبومي حاد أو مزمن تسببه الزوائف الرعامية الكاذبة .

العامل الممرض : إن الزوائف الرعامية الكاذبة عبارة عن جراثيم ثنائية القطب ، وسلبية الغرام ، وتتواجد في التربة والماء في جنوب شرق آسيا وفي البلدان المدارية .

الوبائيات : تقطن المتعضيات الممرضة في التربة الرطبة ، والنوابت ، والماء في المناطق المدارية . وينجم هذا الخمج عن الأذيات الجلدية ، واستعمال الإبر لدى المدمنين على الأدوية ، وباستنشاق هذه المتعضيات أو ابتلاعها .

الموجودات السريرية : يتظاهر الشكل الحاد من الراعوم على شكل خمج رئوي إنتاني يرافقه دعث وسعال وألم عضلي . وقد يتظاهر على شكل إسهال حاد أحياناً ، كما تتشابه الإصابة الرئوية الحبيبية المزمنة لهذا الداء مع التدرن ، بينما تتظاهر الآفات الجلدية منه على شكل خراجات وجيوب ناضجة عادة ، ويمكن تنشيط الشكل الهاجع منه بعد سنوات عديدة .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف عن وجود خراجات صغيرة متعددة قد تكون محاطة بحبيوم . ويمكن لهذه الخراجات أن تصيب جميع الأعضاء في الشكل الحاد من هذا الداء . وغالباً ما تحتوي الخراجات على جراثيم عديدة يظهرها ملون غرام . بينما تحدث حبيومات كتلية في الشكل المزمن منه ، كما تكشف نسيجات هذا المرض عن خراجات على شكل سواتل في العقد اللمفية .

الإنذار : الإنذار في الراعوم مميت غالباً إذا لم يعالج بالشكل المناسب .

التشخيص : ويعتمد تشخيص هذا الداء على زرع المتعضية من الدم أو القيح أو القشع . ولا ينتج زرع هذه المتعضيات دائماً ، لذا يصبح من الضروري استخدام حيوانات التجربة (خنازير غينيا) ، لإحداث خمج إنتاني معمم ، وتتضمن الاختبارات المصلية تفاعل التراص الدموي النوعي الذي يجب أن يُجرى في الحصى غير المفسرة .

المعالجة : تبدي الزوائف الرعامية الكاذبة مقاومة على العلاج ، لذا يكون من الضروري مشاركة أدوية عدة في معالجة هذا الداء ، ومن المعروف أن المعالجة الدوائية تسهم في المراضة . تستعمل الجرعات العالية من التتراسكلين ، والكلورامفينيكول ، والنوفويوسين ، والسولفاديازين في معالجة الراعوم .

يجب التبليغ عن هذا المرض .

الجمرة الخبيثة Anthrax :

المترادفات : البثرة الخبيثة .

التعريف : الجمرة مرض الحيوانات الأهلية والوحشية ، وينتقل من هذه الحيوانات إلى الإنسان بشكل صدفة . وتعرف الجمرة الجلدية باسم البثرة الخبيثة .

العامل الممرض : ينجم هذا الداء عن عصية الجمرة ، وهي جراثيم إيجابية الغرام ومشكلة للأبواغ أيضاً ، وتتوغل في المحيط الخارجي وفي الزروع ، ولكنها لا تتوغل في النسيج .

الحدوث : وتصاب به الحيوانات الأهلية والوحشية ، وتعتبر أبواغ الجمرة مقاومة جداً ، وتبقى حية لسنوات عديدة في المنتجات الحيوانية (كالأشعار ، والجلد ، وغيرها) ، وفي الحقول والإصطبلات ، يصيب هذا المرض كلاً من الأبقار والأغنام عادة ، بينما يقل شيوعه في الأحصنة ، والخنازير ، والدجاج ، وتدخل المتعضية المعى بالطعام المخموج ، وبالتالي تكون التظاهرات الأولية معوية في هذه الحالة ، وقد يصاب الإنسان بهذا الخمج مباشرة عن طريق الحيوانات أو من خلال منتجاتها ، ويكون كل من الأطباء البيطريين ، والمزارعين ، والعاملين بالسناد التحويلي ، والجزارين ، والعاملين بالجلود ، وصانعي الفراشي ، وعمال السفن ، والعاملين بالصناعات الصوفية وجلود الحيوانات عرضة للإصابة بهذا الخمج ، يمكن لأبواغ العامل الممرض أن تشكل في عصابات المريض . ولقد تقلصت الإصابة بالجمرة إلى حد كبير بسبب تمنيع القطيع ومراقبته الصارمة غير أن خطورة الأبواغ تكمن في وفودها من الشرق الأقصى والأوسط ، وأفريقيا ، وأمريكا الجنوبية ، ولقد سجل الأدب الطبي حادثة واحدة فقط في الولايات المتحدة عام ١٩٨٧ .

الإمراض : يصيب هذا الخمج الأقسام المكشوفة من الجسم بشكل أساسي ، وبخاصة الوجه ، والعنق ، واليدين . وغالباً ما يرافق حدوث هذا الخمج بأذية الجلد ، ولا تحدث مناعة في هذا الداء .

الجمرة الجلدية Cutaneous Anthrax : وتظهر الآفات في هذا الشكل من الجمرة من خلال تلقيح الجلد بالمتعضية ، وتعتبر الجمرة الجلدية أكثر أشكال الجمرة شيوعاً .

الجمرة الرئوية وجمرة الحبيب الخبيبي Pulmonary Anthrax and Frontal Sinus Anthrax : يؤدي استنشاق الأبواغ (الخمج بالغبار ومشاله الجلود غير المدبوغة والتي لا تكون مطهرة) إلى الجمرة التنفسية (ثياب بالية ، صوف ، داء فرازي الأشعار) .

الجمرة المعوية Intestinal Anthrax : يحدث هذا الشكل من الخمج بإبتلاع الأبواغ مع الطعام ولا سيما مع الحليب واللحم المخموجين .

التشخيص النهائي للجمرة بعزل المتعضية وبقيائتها للانحلال بعائيات الجراثيم الخاصة ، ويندر إمكانية إظهار المتعضية في الدم ، ولا يعول على التشخيص المصلي في إثبات هذا الخمج . ولكي يتم تشخيص خمج الجمرة في جلود الحيوانات أو الأسماك أو مسحوق العظام ، تستعمل طريقة الترسيب القديمة لـ « أسكولي » أو الطرق الأكثر حداثة ليلوني وماتيس Belloni and Matheis (طريقة أوشترلوني Ouchterlony) .

التشخيص التفريقي : ويدخل كل من الدمامل والجمرة الحميدة في التشخيص التفريقي ، فبدوان بلون أحمر ساطع ، وتكونان مرتشتين بشدة ، ولا يمكن إظهار النخر النزي للجمرة فيهما ، وكذلك يكون الفلغمون بالعقديات أكثر إبلاماً .

المعالجة : وتتضمن معالجة الجمرة عزل المريض ، والراحة بالسرير ، وتثبيت القسم المخموج من الجسم . وتعتبر هذه العصبية الممرضة ، التي تشكل الأبواغ ، ذات خطورة بسبب أشكائها النابتة والمقاومة أكثر من المعتاد . ولا تتوالد الأبواغ بشكل فعلي في الآفات الجلدية ، ولكنها قد تتواجد في عصائب المريض والتي يجب تحطيمها بالتأكيد .

المعالجة الجهازية : ويعطى البنسلين ج زرقاً في هذا الداء ، وبجرعة ١ X ٦١٠ وحدة كل ٤ - ٦ ساعات ، وتمضي النصائح الأخرى بعيداً حتى جرعة يومية مقدارها ٤٠ X ٦١٠ وحدة ، أما في الأرج تجاه البنسلين ، فيعطى التتراسكلين وريدياً وبجرعة ٢ غ يومياً ، ويجب أن يستمر العلاج به حوالي الأسبوعين أو لمدة أسبوع واحد على الأقل بعد عودة درجة الحرارة إلى سويتها . ويتبع اللقاح غير الخلوي من ذراري مظفرة موهنة ، وهذه اللقاحات متوفرة وتستخدم في المهن ذات الخطورة .

المعالجة الموضعية : تعتبر الضيادات المرطبة مضاد استطباب في معالجة الجمرة ، ولذا يجب أن تغطي آفاتنا الجلدية بالعصائب الجافة وينبغي تجنب شق الجمرة أو إنضارها لأنها يؤديان إلى تجرثم الدم .

الإلتقاء : لا يوجد تمنيع لهذه الجمرة ، ويُقِيم التمنيع الوقائي في المهن الخطرة بشكل خاص في بعض البلدان ، ولكنه لا يجري بشكل اعتيادي .

مرض يبلغ عنه : يجب التبليغ عن الإصابات بالجمرة وحتى في الحالات التي يشك بها ، كما يتطلب عزل إصاباتنا .

الطاعون Plague :

المرادفات : الموت الأسود ، الطاعون (Pest) ، الرباء Pestilencia .

الموجودات السريرية : تتراوح فترة الحضانة في هذا الخمج بين ١ - ٣ أيام وحتى ٨ أيام على الأكثر . وتتجلى تظاهراته الأولية بجمي خفيفة ، وتوعلك عام وبمظهر البثرة الخبيثة . (راجع الشكل ٦ - ٢) تظهر بقعة حمراء لامعة بشكل مفاجيء في منطقة دخول المتعضية ، وسرعان ما تصبح حطاطية ، ثم تظهر نفاطة رخوة في مركزها خلال يومين ، والتي تكون مصلية في البداية ثم تصبح نزفية في النهاية . يتصلب جلد الناحية ويتلون باللون البني المحمر وحتى اللون البنفسجي ، ثم تجف البثرة ويصبح مركزها مسرراً منخفضاً ذو جلبة سوداء (الجمرة = الفحم) ، وتحاط بحلقة من الحويصلات أحياناً . ويكون مظهر الجمرة فيها أكثر شَبهاً بالجمرة الحميدة . ويطلق عليها اسم الجمرة الخبيثة حميدة الشكل Anthrax Carbuncle .

السير : يترافق هذا الخمج غالباً بالتهاب الأوعية اللمفية وبالتهاب مؤلم في العقد اللمفية ، ويكون الالتهاب فيه ممدداً ، وإذا جلبة نخرية وخشخشات ثم تشفى الآفة تاركة تندباً في مكانها .

الأشكال الخاصة :

الجمرة الودمية Anthrax Edema : وتتجلى بتفاعل التهابي واسع غير مؤلم وغير مألوف أيضاً ، ويتصف بارتشاح وذمي جاسيء . ثم يصبح لون التورم أحمر داكناً شيئاً فشيئاً ، ولا يلبث أن يترق إلى نخر واسع . تحدث حويصلات نزفية منتظمة على هذه الارتشاحات الواسعة ، وتكون الحالة العامة سيئة . أما الإنذار فمحفظ به ، وتتقي الجمرة الودمية كلاً من الشفتين أو الأجفان أو العنق لإصاباتها (راجع الشكل ٦ - ٢) .

الجمرة الإنتانمية Anthrax Septicemia : ويشيع حدوث هذا الشكل من الجمرة أكثر من الجمرة الودمية والبثرة الخبيثة . وفي هذا الشكل تغزو الجراثيم الدوران ، فتظهر علامات الإنتانمية سريعاً ، وتتجلى بدرجات من الحرارة مرتفعة ، وتسرع في القلب ، وإنهاك المصاب بالأم بطنية ، وإقياء ، وإسهال دموي ، وبضخامة في الطحال . ويكون السير في هذا الشكل من الجمرة إما خاطفاً أو يمتد لأكثر من أسابيع عديدة .

الإنذار : يكون الإنذار جيداً في الجمرة عموماً ، ويفيد البنسلين في معالجتها ، ولكن الإنذار في الجمرة الودمية والإنتانمية يكون خطيراً ، بينما تكون كل من الجمرة الرئوية ، والمعوية والدماعية ، والإنتانمية ذات إنذار سيء .

التشخيص : ويعتمد التشخيص على كل من مهنة المريض ، والصورة السريرية ، وكشف عصبية الجمرة ، حيث يثبت كشف النبوت (العود) إيجابي الغرام في سائل الحويصل أو في المادة تحت النسيج النخري تشخيص هذا الخمج . ويوضع

التعريف : الطاعون خمج شديد حمي حاد ، تنقله البراغيث من أنثوياته في الطبيعة كالفقاراض الأهلية والبرية ، ويؤدي الخمج باليرسينية الطاعونية إلى أحد الأشكال الثلاثة التالية لهذا الداء : الطاعون الدبلي ، والطاعون الإنتاني والطاعون الرئوي .

العامل الممرض : ينجم الطاعون عن اليرسينية الطاعونية ، وهي جراثيم هوائية سلبية الغرام ، وغير مسبوطة ، وذات شكل مميز يشبه دبوس الأمان والذي يعزى إلى التلوين ثنائي القطب ، وتنقلها البراغيث من القوارض إلى الإنسان .

الوبائيات : لا يزال الطاعون المتوطن يتواجد بين القوارض في عديد من البلدان الأوروبية والولايات المتحدة ، ويسود الطاعون الدبلي (الموت الأسود) في هذا الخمج الذي يصيب الإنسان وتنقله البراغيث ، ويعتبر كل من السنجاب الأرضي ، والأرانب الصغيرة ، وكلاب المروج حملة للطاعون في غرب الولايات المتحدة ، بينما يتوطن هذا الداء بشكل فرادي بين الهنود في الأماكن التي لا يزالون يحتفظون بها والتي يحظر الصيد فيها ، كما يتوطن الطاعون في جنوب شرق آسيا ، وفي بعض البلدان الإفريقية . وفي عام ١٩٧٤ واستناداً لتقارير منظمة الصحة العالمية سجلت ٢٦٥٤ إصابة في العالم وبلغت الوفيات فيها ١٥٥ حادثة ، ولقد أعلن عن ١٤ حالة من الطاعون في الولايات المتحدة في الأشهر التسعة الأولى من عام ١٩٨٨ .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ١ - ٦ أيام ، تظهر لدى المصاب وبشكل مفاجيء آلام في الأطراف والعضل ، وتسرع في القلب ، وترفع حروري .

الطاعون الدبلي Bubonic Plague : وتظهر فيه حطاطة صغيرة أو حطاطة حويصلية بعد عضه البرغوث ، ومع ذلك ، فقد يلاحظ هذا الحدوث في معظم الحالات ، كما تظهر ضخامة مؤلمة في العقد اللمفية الناحية . وقد تصاب عقد لمفية عديدة أخرى بارتشاحات واسعة ، ويكون السير صاعقاً إذا أعقبتها تجرثم في الدم ، ويتجلى بحرق وكدمات ، وباعتلال خثري منتشر داخل الأوعية والذي يسببه ذيفان الطاعون . وقد تظهر حمامي ، ونفاسات مسررة ، وبثور كظواهرات سريرية لهذا الداء ، وتكون إصابة الجذع فيه أكثرها شدة .

الطاعون الإنتاني والطاعون الرئوي Septicemic Plague and Pneumonic Plague : هما خمجان شديداً ومميتان ما لم يوضع تشخيصهما في الوقت المناسب ، ولقد أنقصت الصادات والمعالجات الكيميائية نسبة الموت فيهما إلى أقل من ١٠٪ .

التشخيص : ويعتمد تشخيص الطاعون على التفاصيل الوبائية ، والصورة السريرية ، وكشف اليرسينية الطاعونية في مستحضرات مأخوذة من مسحة من هذه الآفات ، وبعد

تلوينها بملون غرام . أو بتلوين مستحضرات من النسيج المخموج بطريقة الأضداد المناعية الومضانية الخاصة ، وبزرع التعضية من الدم ، أو القشع ، أو من رشافة دبليّة وتزود الطرق المصلية فقط بمعلومات سابقة ، ويعتبر كشف الأضداد بالتراص أو بالتراص الدموي وباختبارات تثبيت المتممة ذا أهمية وبائية بشكل رئيسي .

التشخيص التفريقي : وتدخل الأخماج التي تعزى لليرسينية الدرنية الكاذبة في التشخيص التفريقي للطاعون .

المعالجة : وتشمل المعالجة عزل المريض ولا سيما في الطاعون الرئوي .

المعالجة الجهازية : ويعطى المصاب الستربتومايسين عضلياً ٣ غ/يومياً ولمدة يومين ، ثم يعطى ١,٥ - ٢ غ/يومياً ولفترة ٥ - ١٠ أيام ، كما ويعتبر كل من الكلورامفينيكول والتراتاسكلين أدوية يمكن تناولها في حالة المقاومة على الستربتومايسين . وتبلغ جرعة الكلورامفينيكول في معالجة الطاعون ٤ غ/يومياً ولمدة يومين فقط ، ثم تنقص الجرعة إلى ٣ غ/يومياً ولفترة ٥ - ١٠ أيام . بينما يعطى التتراتاسكلين بجرعة ٢ غ وردياً/يومياً ولمدة أسبوع ، ثم يخفض إلى جرعة ١,٥ غ/يومياً ولمدة أسبوع آخر .

المعالجة موضعية : يجب أن لا يجري شق الدبل متى ابتدأت المعالجة بكميات كافية من الصادات .

الطاعون : مرض يجب التبليغ عنه .

تولارمية Tularemia [McCoy and Chapin 1912] :

المترادفات : طاعون الأرنب الوحشي ، كارثة القوارض ، خمج الفرانسيزيلا التولارمية ، حمى اللاموس (نوع من القوارض) ، داء أوهارا ، حمى ذبابة الأيل .

التعريف : التولارمية مرض يشبه الطاعون ويصيب القوارض (فئران الحقل ، الأرانب البرية والوحشية ، السنجاب) ، ويحدث أوبئة بين الحيوانات . وقد ينتقل من الحيوانات المخموجة إلى الإنسان بالتماس ، أو بتناول اللحم المخموج ، أو بواسطة الحشرات . ويقسم هذا المرض إلى أربعة أنواع :

- النمط الغدي القرصي (أكلرها شيوخاً) .
- النمط الغدي العيني .
- النمط الشبيه بالتيفوس .
- النمط الرئوي .

ويشتق اسم تولارمية من المكان الأول الذي اكتشف به ، وحيث تقع منطقة التولار في كاليفورنيا .

العامل الممرض : تنجم التولارمية عن الفرانسيزيلا التولارمية

(Francis 1913) والفرانسيوزلا نبوت سلمي الغرام ، متعدد لأشكال ، وغير متحرك ، وصغير القد (طوله ٠.٥ - ٠.٧ نانومتر . وعرضه ٠.٢ نانومتر) . ويمكن زرع هذه الفرانسيوزلا ، وهي تعمل كطفيلي داخل الخلايا في الجهاز الشبكي البطاني لدى حيوانات التجربة .

الوبثيات : تنتشر التولارمية كالوباء ، وقد توجد في أوروبا أيضاً ، ويعتبر الصيادون موضع خطورة للإصابة بهذا الداء ويحمجون به بواسطة الأرانب ، والثعالب ، والسنجاب ، والظربان الأميركي ، وجرذان الماء . وقد سجل الأدب الطبي حوالي ٢٠٠ إصابة في الولايات المتحدة عام ١٩٨٨ .

الإمراض : تدخل الفرانسيوزلا التولارمية الجسد من خلال آفات الجلدية الصغرى ، كما ينقل الذباب والقراد هذه الإصابة إلى الإنسان والحيوان . ويعتبر كل من الجلد وطيأت الفم والأنف والملتحمه باباً لدخول المتعضية إلى الإنسان ، بينما ينذر دخولها بالسبيل التنفسي والمضمي . ويعتمد دخول العامل الممرض على طراز الخمج .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ١٠ أيام ، وقد تتجلى أحد المظاهر المختلفة التالية ، مترافقة بالأعراض العامة لهذا الخمج كالصداع ، وآلام الأطراف والعضل ، والحمى :

التولارمية الغدية الجلدية Cutaneous Glandular Tularemia : تظهر الآفة البدئية في المنطقة المتأذية ، والتي تعتبر باب الدخول لهذه المتعضية ، على شكل ارتشاح عقيدي صغير ذو لون أحمر مزرق يتشكل فيه بثرات وتقرحات ، وتعتبر اليدين مكان التوضع الأكثر شيوعاً لهذه الإصابة . وسرعان ما يحدث التهاب مؤلم في العقد اللمفية الناحية ، يتلاشى خلال ٢ - ٣ أسابيع غالباً ، ثم لا يلبث ان يتشكل فيه ناسوراً . ويحتمل أيضاً أن تحدث آفات بدئية عديدة واعتلال عقد لمفية تقرحية في هذا النمط من التولارمية ، أو قد تغيب الآفة البدئية وعندئذ يحدث التهاب عقد لمفية فقط (الشكل الغدي الصرف) .

التولارمية الغدية المخاطية : وتشبه آفاتها البدئية في المخاطيات كلاً من القرحة القلاعية ، وأنماط أخرى من القرحات ، وذباح فسنان Vincent وغيرها . وقد يظهر اعتلال عقد لمفية ناحية في هذا النمط من التولارمية .

التولارمية الغدية العينية : ويبدأ هذا النمط من التولارمية بالتهاب الملتحمه ووذمة الأجفان ، ويعقبهما ضخامة العقد اللمفية أمام الصيوان وتحت الفك السفلي ، ويشفى هذا النمط من التولارمية خلال بضعة شهور عادة .

المسیر : يؤدي الانتشار الدموي المنشأ في هذا الداء وبشكل

استثنائي إلى الخمج المعمم ، الذي يتجلى بحمى معقدة ، وإصابة الرئتين والمعى ، وبتظاهرات الجهاز العصبي المركزي والمحيطي ، وبضخامة الطحال ؛ وقد يؤدي هذا السير إلى الموت .

ويمكن أن تظهر طفوح متعددة الأشكال (طفحة تولارمية Tularemids) كظاهرة للحساسية الجلدية خلال الخمج بالتولارمية ، وتتجلى هذه الطفوح بأفات قرمزية الشكل ، أو حطاطية بثرية ، أو تقرحية ، أو على شكل حمامى عقدة . ويترك هذا الخمج مناعة تجاه التولارمية المجموعية ، ومع ذلك فقد تحدث رجعة الخمج تقرحات جلدية جديدة .

الإنذار : جيد إذا شخص الداء وعولج في مرحلة باكراً ، ولا يتحدد إنذاره في مراحله الأخرى .

التشخيص : ويتم بالتقارير الوبائية ، والضرورة السريرية ، وكشف الفرانسيوزلا التولارمية في القرحات الجلدية ، أو في الدم ، أو في نقي العظام ، سواء بالإجراءات المباشرة أو بالزرع الحيواني **Aerobic** ، وإيجابية اختبار التراص المصلي بعد حوالي ١٠ أيام من الخمج . ويتفاعل هذا الاختبار بشكل متصاب مع أنواع البروسيلة والريسينية المعوية القولونية . كما يصبح اختبار الجلد بمستضد الفرانسيوزلا التولارمية إيجابياً حتى في الأسبوع الأول من المرض . ويبقى الاختبار داخل الأدمة إيجابياً بالمتعضيات الميتة أو بعديدات سكاريدها (التولارين ، التولاريمين) ولمدة تقريبية تتراوح بين ١ - ١٧ سنة من حدوث الخمج تقريباً .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي مع آفات التولارمية البدئية كل من الدمل ، والداخس ، والإكزيمة ، والحمرة الخبيثة ، والسعفات . كما يدخل في التشخيص التفريقي لالتهاب العقد اللمفية الواضح لهذا الداء كل من حمى خمشة القطعة ، والطاعون ، والرعام ، والرايوم ، والحييوم اللمفي الزهري . بينما تدخل حمى الجبال الصخرية المبقعة في التشخيص التفريقي مع التولارمية الحمية . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي للتولارمية كل من الذأب الشائع ، وداء البروسيلات ، وداء هودجكين .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : وتكون المعالجة شافية في المراحل الباكراً لهذا الداء بإعطاء الستربتومايسين ١ - ٢ غ بالزرع العضلي/يومية ولمدة ١٠ - ١٢ يوماً . ويعتبر كل من التتراسكلين ، والكلورامفينيكول ، والجتاميسين أدوية بديلة للستربتومايسين .

المعالجة موضعية : عرضية وينبغي تجنب شق العقد اللمفية في هذا الداء .

التولارمية مرض يجب التبليغ عنه .

داء البروسيلات Brucellosis [Bruce 1887] :

المترادفات : الحمى المالطية ، الحمى المتعوجة ، حمى البحر الأبيض المتوسط .

التعريف : داء البروسيلات مرض خمجي حاد أو مزمن ، ينتقل من الحيوانات المصابة أو من منتجاتها الملوثة . ويتصف الشكل الحاد منه بسير سمي وتجرثم في الدم ، بينما تكون أشكاله المزمنة غير نوعية إلى حد كبير .

العامل الممرض : ينجم هذا الخمج عن البروسيلة وهي نبوت سلبي الغرام ، عصوي مكور ، متعدد الأشكال ، وغير متحرك ، ولا يشكل أبواغاً . وتحدث الجراثيم من جنس البروسيلة (البروسيلة المجهضة (Boug) ، والبروسيلة المالطية ، والبروسيلة (Suis) بين المزارعين والبيطريين خاصة ، وينجم عنها الأمراض الإنسانية الحيوانية التقليدية .

الوبائيات والأمراض : تعتبر الحيوانات الأهلية مستودعاً للبروسيلة ، ويصاب الإنسان بالخمج من الحيوانات المريضة أو من منتجاتها الملوثة ولا سيما الحليب الطازج . ويحدث داء البروسيلات عادة بين البيطريين ، ومرلي الحيوانات ، والعاملين في تصنيع اللحوم . ويتراوح عدد الإصابات بداء البروسيلات في الجمهورية الألمانية الفيدرالية بين ٨٠ - ١٠٠ إصابة في كل عام ، بينما سجلت ١٢٢ حالة في الأدب الطبي في الولايات المتحدة عام ١٩٨٥ .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ١ - ٣ أسابيع ، تظهر لدى المصاب حمى يرافقها صداع ، ويعقبها دعث عام ، وتشير هذه الحمى المتعوجة إلى هذا الخمج بسبب سيرها المتعوج .

الموجودات الجلدية : تكون التظاهرات الجلدية لهذا الداء غير نوعية . وهي تتظاهر بطفوح بقعية ، أو صدافية الشكل ، أو حطاطية ، أو حطاطية حويصلية أو نزفية ، أو بطفوح متعددة الأشكال ومتغيرة . وتبدي هذه التظاهرات ، وفي أقل من ١٠ ٪ من الحالات ، لويحات متجلية مرتشحة وتآكلات شبيهة بالإكثيمة . ويمكن لمستضدات البروسيلة أن تحدث تفاعلات

حمية حادة ، ولا سيما بعد تعرض سواعد الأطباء البيطريين إلى السائل الأميني أو الإفرازات المهبلية خلال مساهمتهم في ولادة الأبقار المصابة . تظهر لدى هؤلاء الأطباء حطاطات مرتفعة ملتية حمراء اللون يؤول الأمر بها إلى التفرح أخيراً . وقد يبدى الأطباء البيطريون الذين يصبسون ملقحين بشكل عارض بذراري موهنة من البروسيلة المتوفرة لتتبع الحيوانات الأهلية ، أعراضاً معممة شديدة . وتمثل هذه التبدلات تفاعلاً

تقاسياً أريجياً .

السير : يعد كل من التهاب العقد اللمفية ، والضمخامة الكبدية الطحالية ، والتهاب المفاصل الإنتاني ، والتهاب الخصية من المضاعفات الممكنة في هذا الداء .

الإنذار : جيد إذا عولج باكراً ، إلا أنه غير محدد في الحالات الأخرى .

التشخيص : يعتمد التشخيص على المعلومات الوبائية (التقاس مع الحيوانات المريضة) ، وإظهار الجراثيم (زرع الدم ، زرع نقي العظم ، البور الالتهابية الحبيبية في الأعضاء المختلفة) ، وعلى ارتفاع العيارات المصلية للأضداد المتراسة (يكون العيار ١ : ٤٠ وحدة/مل مشكوك به ، بينما يكون العيار ١ : ٨٠ وحدة/مل مشخص لهذا الداء ؛ تفاعل فيدال) . وتعتمد اختبارات التراص إلى حد كبير على انتقاء المستضد وتعيره . وقد تكون هذه الاختبارات سلبية في أدواء البروسيلات المجموعية المزمنة وفي الأخماج الكامنة ، ولذلك ينبغي إجراء اختبار تثبيت المتممة أو اختبار ارتباط الأضداد التآلق أو كليهما معاً . ويطلق على اختبار التراص أيضاً اسم ظاهرة طليعة المنطقة Prozone Phenomenon . كما يجب أن يؤخذ ظهور الأضداد المحصورة بعين الاعتبار . وإن المعيار السابق في اختبارات الجلدة بمستضد البروسيلة لا معنى له في أيامنا هذه ، غير أنه يمكن إجراء تصالب هذه التفاعلات مع الفرانسيولا التولارمية .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء الأخماج الجرثومية الأخرى كأخماج اللسترية ، والتدرن ، وداء السالمونيلا ، والتهاب الشفاف ، وداء هودجكين .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعطى التراسكلين فموياً بمقدار ٢ غ/يومياً ويقسم على أربع جرعات لمدة ٣ - ٤ أسابيع ، ويشترك الستربتوميسين في العلاج (١ غ/يومياً بالحقن العضلي ولمدة ٧ - ١٤ يوماً) .

المعالجة الموضعية : عرضية .

يجب الإبلاغ عن هذا الداء .

حمى عضلة الجرذ Rat - Bite Fever

المترادفات : حمى هافرهيل ، الحمى المفصلية الوبائية ، سودو كوكو Sodoku .

التعريف : حمى عضلة الجرذ مرض خمجي حاد ، ينتقل من القوارض إلى الإنسان ، ويتظاهر بحمى ، وبآلم المفاصل ، وبطفح جلدي .

العامل الممرض : ينجم هذا الداء عن العصابات العقدية السبحية الشكل وهي عصيات متعددة الأشكال ، سلبية الغرام ، كما تسببه الخليزنة الصغيرة ، ويعتبر كلاهما من النبيت الطبيعي في البلعوم الأنفي للجرذان ، وتنمو هذه العصابات بشكل سلاسل في المزارع غالباً ، وعلى شكل خيوط مغزلية تشبه المبيضات في شكلها .

الوبائيات : تتواجد العصابات العقدية السبحية الشكل في نصف مجموع الجرذان البرية والمخبرية تقريباً . ولقد أصبحت حمى عضلة الجرذ أكثر شيوعاً في السنوات الأخيرة بسبب الأحماج المخبرية . ويحدث انتقال الحمى من خلال عضات الجرذان أو تناول الطعام الملوث ، كما حدثت أحماج عديدة خلال تناول الحليب الملوث ومثاله ما حدث في مدينة هافرهيل الأمريكية ، وماساتشوسيتس عام ١٩٦٢ ، بينما يكثر حدوث هذا المرض في آسيا ، ولكنه يندر حدوثه في أوروبا .

الموجودات السريرية : بعد فترة حضانة تتراوح بين ١ - ٥ أيام ، وبعد أن تشفى عضلة الجرذ غالباً ، يبدى المصاب أعراضاً من الحمى والقشعريرة والصداع والألم العضلي .

الموجودات الجلدية : يظهر لدى المصاب بهذا الحمى طفح حصبي الشكل أو بقعي حمامي بعد بداية أعراض الحمى ، ويفضل الداء إصابة أطراف المريض وخاصة الراحيتين والأخصين ، وقد يبدى المصاب حبراً أيضاً .

التشخيص : يتم تشخيص هذا الحمى بكل من التفاصيل الوبائية ، والحمى ، وكشف المتعضية ، كما تكشف العصابات العقدية السبحية الشكل في الدم بشكل أفضل .

التشخيص التفريقي : يدخل التشخيص التفريقي لهذه الحمى كل من الإنتانجية بالمكورات السحائية ، والإنتان بالمكورات البنية ، وطفوح الحمات الراشحة المختلفة ، وحمى الجبال الصخرية المبقعة أيضاً .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : ويعطى البنسلين في علاج هذه الحمى وبجرعة ٢ - ٣ X ٦١٠ وحدة/يومياً ، مقسمة على أربع دفعات ، ولمدة ١٢ - ١٤ يوماً . ويعتبر كل من التتراسكلين والستربتومايسين أدوية بديلة للبنسلين في علاج هذا الداء .

الفصل السابع

الفطارات الجلدية

Dermatomycoses

د . عبد الرحمن قادري

التعريف : الفطارات هي أمراض تنجم عن الفطور ويمكن تصنيفها سريراً إلى :

– الفطارات الجلدية : وتضم فطارات البشرة والأظفار وفطارات الجريبات .

– الفطارات العميقة : وتضم الفطارات الجلدية العميقة .

– الفطارات المجموعية .

الفطور Fungi :

لا يزال الجدل قائماً حول تصنيف الفطور في النظام الحيوي ، ذلك أن الفطور تنضوي عادة تحت لواء العالم النباتي ، لكن هناك رأياً آخر يضمها إلى كل من المملكةين النباتية والحيوانية . فالفطور لا تشبه النبات بسبب عدم احتوائها على اليخضور ، كما أنها لا تشبه الجراثيم لاحتوائها على نواة خلوية حقيقية وجدار خلوي يحتوي على السيللوز أو الكيتين Chitin . وعلى أي حال فإن لهذا التعريف استثناءات .

وبالرغم من أن هنالك بعض الفطور التي يمكن أن تكون ممرضة للإنسان والحيوانات الأليفة أو النباتات المغروسة ، غير أن أحداً لا ينسب أهمية بعض الفطور البيئية في الدورة الحياتية ، كما لا يمكن إغفال استخداماتها المفيدة للإنسان ، ونذكر على سبيل المثال : الاختار الغولي (الكحولي) في صناعة الصادات الحيوية ، وخمائر الخبز .

التصنيف : يعتمد تصنيف الفطور إلى أجناس وأنواع وصفوف على الخواص الشكلية . ذلك لأن هناك اختلافاً واضحاً في البنية التكاثرية الجنسية واللاجنسية وفي العناصر اللايتكاثرية الإنباتية . ويقدر عدد الأنواع الفطرية بحوالي ١٢٠,٠٠٠ نوعاً ، من بينها فقط خمسين نوعاً ممرضاً للإنسان ، و ٢٠ نوعاً تحدث فطارات جلدية ، و ٢٠ نوعاً آخر تحدث فطارات عميقة و ١٢ نوعاً آخر يمكنها إحداث فطارات مجموعية Systemic Mycoses . وعلى كل فإن أمراض الفطور ذو معيّر مبهم ، وبخاصة منذ أن تم تمييز الأنثوياء ذوي المناعة المثبطة . في حين أن بعض الفطور تحدث أمراضاً عند أصحاب الأجسام (طفيليات إجبارية) ، فإن معظمها لا يمكنه أن يحيا أو يحدث

آفات عند الإنسان إلا من خلال أذية موضعية ، أو أذية معممة سابقة ، أو ضعف في الدفاع (طفيليات ممرضة) . ولا يمكن للفطارات العميقة والمجموعية أن تحدث إلا بعد تلقيح منفعل كما في الطفيليات ، علماً بأنه ولو كبت الحياة لتلك الفطور لأصبحت رذبة حيوية Biological cul – de – sac لا تتمكن من الانتشار .

ويمكن للفطر نفسه أن يكون بشكليات مختلفة إذا تم نموه في ظروف حياتية مختلفة . ولهذا السبب طرح العديد من المترادفات البينة الاختلاف في الأنواع وذلك في مضمار التطور التاريخي . إلا أن تلك المترادفات قد تم التعرف عليها فيما بعد واعتبرت كمثيلات . وعلى سبيل المثال : يوجد أكثر من مائة مترادف لحميرة المبيضات البيض المنتشرة . هذا ولا تزال المعايير الدولية لتسمية الفطور غير تامة حتى الآن ، وهناك حقائق جديدة تظهر لنا باستمرار .

الخواص الشكلية والتكاثر : تتركب الفطور الخيطية من خيطان (خوط Hyphae) متنوعة ، وغالباً ما تكون موحدة Septate تشكل ما يعرف بالأفطورة Mycelium . أما المستعمرات الفطرية التي تبدو تحت المجهر ، والتي تنشأ في الأصل من بوغ وحيد عادة فتعرف بالمشرة Thallus (راجع الشكل ٧ : ١) . وتتكاثر الأبواغ عادة بكل من التكاثر الجنسي واللاجنسي ، لكن منظرها وطريقة تطورها يكون نموذجياً في مختلف الأنواع . ويمكن لكل بوغ أن ينمو إلى أفطورة جديدة . أما الأبواغ المفصلية فتتجم في الأصل عن تفسخ الخيط الفطري في الظروف الحياتية الصعبة . أما الأبواغ المتدثرة Chlamydospores فتنشأ عند انفصال الأشكال المستديرة الدائمة ذات الجدر الثخينة عن الخيط الفطري ، علماً بأن هذا الانفصال قد يتم داخل الخيط الفطري أو من نهايته أو من جانبه . ويمكن أن تنشأ الأبواغ على أفطورة مخصصة ، كما في الغبيرات (غبيرات صغيرة ، غبيرات كبيرة ، أبواغ دقيقة Aleuriospores) ، إما حرة من الخيطان الفطرية أو على حامل الغبيرات Conidiophores . وإضافة إلى هذا التكاثر الإنباتي ، ثمة أشكال جنسية مختلفة للتكاثر ، لها بعض التصنيف المحددة . أما الشنوذ الجنسي Parasexuality فيشير إلى عملية تبادل النوى والمصورة بين خيطان الأفطورة ، أو بين عائلات فطرية مختلفة تدخل تحت ما يدعى بالفطور الناقصة بغرض تحضير تراكيب جديدة . هذا وتبدي الخمائر أشكالاً إضافية من التكاثر من تبرعم وتبرؤهم Gemmation وانشطار حيث تنشأ خلايا نبات متشابهة من الخلية الأم . وعلى الأغلب ، لا تنفصل تلك الخلايا كلية عن بعضها ، وتتمدد بنفسها إلى خيطان فطرية كاذبة ، ويمكنها أيضاً أن تشكل أفطورة كاذبة Pseudomycelium .

الفطرية . أما الفحص السريري بواسطة مصباح وود Wood أو الإشعاعات فوق البنفسجية طويلة الموجة ، فيمكن الاستعانة به في تشخيص بعض الحالات المحددة .

المحضرات غير الملونة :

تتكون المواد التي تؤخذ للفحص المخبري ، إما من وسوف جلدية تؤخذ من حافة الآفة الجلدية ، أو من أعلى قمة منقلبة للنفطة (أقصى حدود الظهارة) ، أو من الأشعار والأظفار المصابة أيضاً . ويمكن أخذ المواد المشار إليها بواسطة مشروط ، أو مقص أو ملقط وتوضع على صفيحة زجاجية ثم تغطى بساترة . بعدها يقطر محلول ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ بواسطة قطارة تحت حافة الساترة . ثم بعد ذلك تعطن محضرات الأشعار والوسوف الجلدية ، وذلك بوضعها حوالي مدة ساعة في جو رطب (غلب بترى المحتوية على ورق ماص للرطوبة) . وبهذه الطريقة ينحل القرنين أو يصبح شفافاً ، في حين تبقى العناصر الفطرية ، والمحتوية على سيللوز أو كيتين مصانة . ثم يضغط بشكل خفيف على سطح الساترة لجعل الخلايا المتقرنة تتحرر ، لكي تصبح رؤية الفطور بشكل أسهل . وبعد تسخين الفطور ويحذر (بحيث ألا يصل إلى درجة الغليان) على مصباح بنزن Bunsen ، يفحص المحضر مباشرة . أما قطع الأظفار فيمكن أن تسخن بحذر في أنبوب اختبار يحتوي على بضع ملليمترات من ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ . كما ويشار في التحضير السريع إلى استخدام محلول يتكون من ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ في محلول DMSO المائي بنسبة ٤٠٪ . ويمكن فحص المحضر غير الملون بواسطة التكبير العالي (تكبير $\times 400$) تحت المجهر بعد تخفيض الضوء ، أو أن يفحص بمجهر متباين الأطوار . هذا ويشير منظر الخيطان الفطرية الحقيقية والأبواغ إلى وجود الفطور في الفطارات الجلدية . ويشير وجود مزيج من الخيوط الفطرية غير المنتظمة ، والتي غالباً ما تأخذ شكلاً سبجياً كاذباً ، وخلايا خمائرية بيضية أو دائرية ، إلى حالات من الأخماج السطحية غير النموذجية الناجمة عن فطور تتكاثر بالتبرعم . كما ويمكن رؤية العناصر الفطرية وكيفية ارتباطها بسقية الأشعار Hair Shaft ، حيث توضع الخيطان الفطرية والأبواغ إما خارج الجلدية Cuticle (الوضع خارج الشعرة) أو تثقب السقية وتنفذ إلى داخل الشعرة (الوضع داخل الشعرة) .

الالتباسات التي تحدث في المحضرات : يمكن أن تلتبس الأبواغ في المحضرات غير الملونة بالفقاعات المتبخرة التي تتواجد في المحضرات المسخنة بشدة ، وقد يظن بأن حدود الخلايا القرنية هي خيطان فطرية . كما قد ينشأ الخطأ عن دهون سطح الجلد المتصبة والتي تلتبس مع الفطور الزيقة Mosaic Fungi . هذا

وسنأتي باختصار فيما يلي على ذكر تكاثر الفطور وأشكالها المتعددة وذلك تحت ظروف حياتية مختلفة . وإن لكل من المنظر المجهرى ، وبخاصة فيما يتعلق بحامل الغبيرات ، والغبيرات Conidia ، بما في ذلك المنظر المجهرى للمزارع الفطرية ، إضافة لمعدل نمو الفطور على أوساط خاصة ، أهمية كبرى يعتمد عليها في تفريق الأنواع الفطرية ، كما تدعو الحاجة إلى الخبرة في تعيين هوية الفطر بشكل صحيح .

أهمية الفطور الطيبة : يمكن من الناحية الطيبة تمييز ثلاث زمر من الفطور : الفطور الجلدية Dermatophytes ، والخمائر Yeasts والعفن Molds .

هذا ومن بين الفطور الجلدية الأكثر أهمية في إحداث الفطارات الجلدية أجناس من الشعروية Trichophyton (كالشعروية الحمراء ، والشعروية الدقنية ، والشونولانية والثولولوية) ، والبويغاء Microsporium (كالويغاء الأدوية ، والكلبية والجيسية) ، والفطور البشرية Epidermophyton (كالفطور البشرية الندية) [راجع الشكل ٧ : ٢] .

وتعتبر المبيضة البيضاء Candida Albicans أكثر الخمائر أهمية . أما الأنواع الأخرى من المبيضات ، والبويغاء Pityrosporum والفطور البرعمية Torulopsis فتعذب دوراً ثانوياً . وتسبب بعض أنواع العفن فقط فطارات سطحية مثل إكسوفاللا ويرنيكي Exophiala Werneckii التي تسبب السعفة السوداء وبصرة هورتا Piedraia Horta والتي تسبب البصرة السوداء [راجع الشكل ٧ : ٣] .

ولكن الأنواع الفطرية الأكثر أهمية هي تلك التي تؤدي لإحداث فطارات عميقة ، كالفطارات الصبغية Chromomycosis ، وداء الشعريات المبوغة Sporotrichosis ، والفطروم Mycetoma ، والفطارات الجموعية Systemic مثل داء المستخفيات Cryptococcosis والفطار البرعمي Blastomycosis ، والفطور المخاطية ، وداء التوسجات Histoplasmosis . وسنستمي العوامل المرضية المختلفة عند ذكر الأدوية كل في بابيه .

تشخيص الفطارات :

يمكن وضع التشخيص وبصورة أكيدة لحد ما استناداً إلى الصورة السريرية النموذجية ، وخاصة في الفطارات الجلدية ، وإلى قصة المريض . وعلى كل ، يجب تأكيد الصورة السريرية لكل فطار بالتعرف على الفطر ، ويتم هذا التعرف بإجراء محضرات للفحص المجهرى ، وفحص نسجي للخزعة ، وذلك في بعض الحالات الخاصة . كما نلجأ إلى الزرع لتفريق الأنواع

ويمكن تفادي هذه الأخطاء باللجوء إلى تلوين العناصر الفطرية .

المحضرات الملونة :

حبر باركر : ويجرى بإضافة هيدروكسيد البوتاسيوم (١٥٪) إلى حبر باركر التجاري الأزرق القاتم (٥٪ - ١٠٪) حيث تأخذ الخيطان والأبواغ الفطرية بعد إضافة هذا اللون ، اللون الأزرق ، وعلى كل حال ، فإن النفايات مثل الألياف السيللوزية ، تتلون أيضاً .

تفاعل شيف الفوق يودي (PAS) : حيث يُظهر هذا اللون الكيميائي النسيجي مكونات عديدة السكرية الفطرية بلون أحمر ساطع ، ويوجد أيضاً ملونات نسيجية أخرى يمكن أن يوصى بها أحياناً .

زرع الفطور :

لا يمكن من خلال محضر هيدروكسيد البوتاسيوم تعيين نوع الفطر . حتى أن الخيطان الفطرية غير المرضية قد تظهر عرضياً . كالغفن مثلاً ، وهو غير مهم من الناحية السريرية . ولذا فإن الزرع ، والتعرف على الفطر من خلال أوساط صناعية يعتبر أساسياً لا يمكن الاستغناء عنه من أجل الوصول إلى تشخيص فطري صحيح يكون أساساً للمعالجة الجهازية . هذا ويعطي الزرع نتيجة أكثر نوعية وحساسية . ولا ينفي سلبية المحضر غير الملون وجود الفطور ، وخاصة عندما يكون وحيداً . وكوسط غذائي فطري ، فإننا نستعمل مزيجاً مكوناً من الآغار Agar والبيتون Peptone الذي يعتبر مصدراً للآزوت والسكر ، إضافة لمصدره ككاثبات الفحم . يوضع المزيج السابق في علب بتري أو في أنابيب اختبار ويمنع إضافة الصادات (الستربتومايسين ، الجنتاميسين) . هذا ويوصى عند زرع الفطور الجلدية والخمائر إضافة السيكلوهكزاميد Cyclohexamide إلى الوسط لمنع النمو السريع ، وعادة تثبیط نمو العفن الذي ليس له أهمية من الناحية السريرية . وقد تحوي المزارع التجارية أيضاً على مشعرات صباغية تتراوح مدة الزرع للفطور الجلدية ما بين ٢ - ٤ أسابيع ضمن حرارة الغرفة . أما الخمائر فيبلغ مدة زرعها أسبوعاً واحداً بدرجة حرارة ٣٧° . ويتطلب التعرف على نوع الفطر خبرة خاصة . هذا ويحدد الفطر استناداً إلى نسبة النمو والمظهر المجهرى للمستعمرات وإلى سلوك الفطر في بيئات مختلفة ، والمظهر المجهرى للخيطان الفطرية ، والغيريات والأبواغ .

النسجيات :

قد يفيد الفحص النسيجي للخزعة في بعض حالات الفطريات الجلدية ، كما ويمكن أن تتواجد العناصر الفطرية في

الخزعات المأخوذة أصلاً لتأكيد تشخيص آخر . وغالباً ما يكون الفحص النسيجي ضرورياً في الفطور المجموعية العميقة . ومن الصعب تمييز الفطور في المحضرات الملونة بالمهايتوكسيلين إيوزين ، إلا أنه يمكن الحصول على نتائج أكثر تأكيداً بعد التلوين بملون الباس PAS ، أو غمزاً Giemsa أو Crokoot وهو المعدل للون ميتينامين الفضة .

الفحص بمصباح وود Wood's Lamp :

يستخدم الفحص بمصباح وود لتأكيد التشخيص السريري في بعض الفطريات وخاصة البويفية (للتفصيل راجع البحث المخصص في هذا الفصل) . حيث تبدي الآفات البويفية Microsporiasis المشعة في الظلام بهذا المصباح ، تألقاً أخضر ساطعاً مميزاً . ويكون التألق إيجابياً فقط في أنواع معينة (البويفاء الأودينية والكلبية والحديدية) . أما بالنسبة للأنواع الأخرى (البويفاء الجبسية ، الفطور الشعروية) فيكون سلبياً .

الفطريات البشرية والجريرية

: Epidermal and Follicular Mycoses

تصنف الفطريات البشرية والجريرية اعتماداً على نوع العامل المرض : فطور جلدية ، وخمائر ، وعفن .

الفطور الجلدية الناجمة عن الفطور الجلدية ، الفطريات الجلدية

: Dermatophytes

التسمية : لقد نالت تسمية « السعفة (Ringworm) Tinea » ، والتي أطلقت على جميع أنواع الفطور البشرية الجلدية ، قبولاً في السنوات الأخيرة . كما ويدخل موضع الإصابة في التسمية مما أدى بنا للحصول على التسميات التالية :

- سعفة الرأس .
- سعفة اللحية .
- سعفة الوجه .
- سعفة الجسد .
- سعفة الأرفاغ T. Cruris or Inguinalis .
- سعفة اليد .
- سعفة القدم .
- سعفة الأظفار .

إن الفطور الجلدية أليفة القرنين ، كما وأنها تعيش وتتكاثر في قرنية البشرة والأشعار والأظفار . وهناك تصنيف آخر للفطريات الجلدية كان متبعاً في الماضي :

(ويعني باليونانية : قرص العسل) . وتكون ضخامة العقد اللحمية خلف العنق نموذجية . كما ويحدث أعراضاً عامة مثل الحمى ، والصداع ، والإقياء . ومن المحتمل حدوث خمج جراثيمي إضافي . هذا وإن الشفاء العفوي يكون محتملاً خلال شهور . وحتى مع إعطاء المعالجة المناسبة فإن تراجع الآفة يمكن أن يستغرق عدة أسابيع . وغالباً ما تؤدي التشكلات الخراجية الالتهابية المكتنزة لتخريب جذور الأشعار ينجم عنها بؤر من الحاصات الندية الدائمة التي تشبه الحاصة الكاذبة . Pseudopelade

الجدول ٧ - ٩ : المضويات المرافقة للأشكال السريرية لسففة الرأس

الالتهابية	غير التهابية	النقط السوداء	القرعة
البويغاء الكلبية	البويغاء الأودينية	الشعرية المجازة	الشعرية الشونلاينية
البويغاء الجبسية	الشعرية المجازة	الشعرية البنفسجية	الشعرية البنفسجية البويغاء الجبسية
الشعرية النقية	البويغاء الكلبية		
الشعرية المجازة	البويغاء الحديدية		
الشعرية الثولولية			
الشعرية الشونلاينية			
البويغاء الأودينية			
البويغاء القرعة			

التشخيص : يعتبر وجود الفطور في الوسوف أو في الأشعار مشخصاً سواءً أكان ذلك بالفحص المجهرى للمحضرات أو بالمزراع .

داء البويغاء Microsporiasis : [Gruby 1841]

التعريف : لا يزال عالم هذا المرض غامضاً . فهذه التسمية تعني أي خمج ينجم عن جنس البويغاء ، حتى ولو أن المنظر السريري يوحي بداء الشعرويات السطحي . لكنه بالمعنى القريب ينحصر بكيان سريري مُعَلِّ سَنَاتِي على وصفه . وإن هذا المرض هو شكل من أشكال سففة الرأس .

العامل الممرض : هو البويغاء الأودينية M. audouinii .

الموجودات السريرية : إن أكثر الأماكن لتوضع الآفة هو الرأس ، حيث يظهر في البدء بؤر تخالية الشكل ، وسفية ، صغيرة ومتعددة تأخذ بالكبر لتصبح بحجم القطع النقدية المعدنية (راجع الشكل ٧ : ٥) . وقد تندمج مع بعضها مشكلة بقعاً وسفية متعددة الدوائر . هذا ويغيب في تلك البقع الالتهاب الاحمراري كلبية . وتبدو الآفات وكأنها مغفرة بالطحين ، وتتكرر الأشعار على مستوى جلد الفروة تقريباً . أما البويغاء الكلبية والبويغاء الجبسية فينجم عنها في العادة أعراضاً التهابية .

– **فطارات البشرورية :** (داء المناطق المجردة من الأشعار مثل لراحتين والأخصين) .

– **فطور الشعرية (داء الجلد المغطى بالأشعار) .**

– **فطارات الأظفار أو أدواء الأظفار .**

لا تترادف الفطارات البشرورية مع الخمج الناجم عن جنس فطور البشرورية ، ولا يترادف داء الشعرويات مع الخمج الناجم عن جنس الشعرويات ، وأبعد من ذلك فإن مفهوم فطارات الأظفار لا يقتصر على خمجها بالفطور الجلدية ، نكها تتضمن أدواءً تنجم عن أنماط أخرى من الفطور (مثال : الميضات البيض) . وتستخدم التسميتان سوية لما لكل واحد منهما من فائدة في شرح حالات سريرية معينة .

سففة الرأس Tinea Capitis

المترادفات : سففة النقط السوداء (Black dot Ringworm) .

التعريف : تعني سففة الرأس خمج الأشعار المغطية للرأس والحاجبين والأهداب بواسطة أنواع من جنس الفطور الشعرية والبويغائية . وقد قسمت سففة الرأس ، لغايات سريرية وعملية إلى ثلاثة أشكال .

– داء الشعرويات Trichophytosis السطحية والعميقة .

– داء البويغائيات Microsporiasis .

– القرعة Favus والتي تعرف أيضاً بالسففة القرعية .

العامل الممرض : إن أكثر الفطور الممرضة في أوروبا وأمريكا الشمالية هي الشعرية الذقنية ، ويليها الشعرية الثولولية T. Verrucosum والشعرورية الجازة T. Tonsurans ، والشعرية البنفسجية . كما ويحدث نفس المنظر السريري بكل من البويغاء الكلبية Microsporum Canis والبويغاء الأودينية ، والبويغاء الحديدية M. Ferrugineum .

الموجودات السريرية : غالباً ما يصاب بهذا الشكل من السففات ، الرضع والصغار في سن الحبو ، وأطفال المدارس ، ويندر حدوثها عند الكهول . وتتجلى الإصابة ببقع دائرية حمراء ملتصبة ذات حدود واضحة ، ومغطاة بوسوف مميزة . هذا وتختلف درجة الالتهاب في تلك البقع . وتعرف الإصابة ذات الالتهاب الصريح (احمرار ، ارتشاح التهابي ، وسوف ، بثور) بالشكل الالتهابي وهو ذو دلالة على داء الشعرويات العميق (راجع الشكل ٧ : ٤) . أما الحالة ذات الشكل النخالي المتناثر ، والواسع دون احمرار فإنها تميز الشكل غير الالتهابي وتتوافق مع داء الشعرويات السطحية .

ينفذ الفطر عميقاً في الجريب الشعري مؤدياً إلى بثور جريية وأحياناً إلى تشكلات عقيدية مصحوبة بمفرزات قيحية كثيفة وقد كان هذا المرض يسمى قديماً « شهدة سلز Kerion Celsi »

والحمج الجرثومي الإضافي إلى رائحة غير مستحبة - كرائحة الجبن أو بول الفئران .

وهناك حالات نادرة من قرعة الجسد تتجلى بترساتها وضمورها . كما يمكن للشعرية الشونلاينية أن تسبب سعة الأظفار (فطار ظفري قرعي) التي تتأثل في صورتها السريرية مع الفطارات الظفرية الناجمة عن عوامل فطرية أخرى . لذا فإن لفحص الأظفار أهمية كبيرة .

التشخيص : يعتبر المنظر السريري ، والتوضع النموذجي ، والترسبات والضمور التي تترافق جميعها مع الرائحة النموذجية من أسس التشخيص . لكن البرهان الأكيد يقوم على كشف العامل الممرض في المحضرات المجهرية وبالزرع من الترسبات عادة .

- إن السعفة القرعية من الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها .

سعفة اللحية Tinea Barbae :

التعريف : خمج فطري جلدي يصيب أجزاء من الوجه والعنق المكسيان بالأشعار . يحدث عند الكهول من الرجال فقط ، وهو داء شعروي عميق بشكل أساسي .

وقد شوهدت الفطور الجلدية تحت المجهر في مراحل مبكرة من التسارخ الطبي . وكان المرض يدعى بالتيئة الطفيلية (Sycosis Parasitaria) . وعلى النقيض منها ، فإن التينة غير الطفيلية والتي هي التهاب جريبات جرثومي عميق مزمن ، لم يتم التعرف مجهرياً على عاملها الممرض (العنقوديات) حتى ظهور طريقة تلوين المحضرات .

العامل الممرض : إن السبب الشائع هو الشعرية الذقنية T. Mentagrophytes ، ونادراً ما ينجم عن أنواع أخرى للشعرية والبوغاء . إن الحمج بالفطور الجلدية في منطقة اللحية نادر نسبياً في الوقت الحاضر غير أنه كان أكثر شيوعاً في الماضي . وغالباً ما ينتقل بالتماس مع الحيوانات المخموجة . وإن الفطور الحيوانية أكثر فوعة . ويمكن أن يقتصر توزيعها على السطح الخارجي لسقيية الشعر (خارج الشعرة Ectothrix) .

الموجودات السريرية : تبدأ الآفة كالتهاب جريبي معزول مترافقاً بنجيج قيحي ، ثم ينتشر عامله الممرض بواسطة الحلاقة . هذا وينفذ الالتهاب المترافق باحمرار والتهاب ووسوف وبثور ، والذي يكون في البدء سطحياً ، إلى الجريبات الشعرية بسرعة مؤدياً إلى ظهور بثور وعقيدات طرية حطاطية ، دمالية الشكل . وقد تندمج الخراجات ببعضها البعض مغطية مناطق واسعة من اللحية . وهذا هو أشد شكل من سعفة اللحية أو الذقن . أما الأشعار ، والتي تبلو مغبرة ، فإنها تلتصق خارج

الحدوث : أكثر ما يصيب فطر البوغاء Microsporum الأطفال وخاصة الصبيان ، ويشفى عفواً عند البلوغ وهو ممرض معد وسار ، ويتشرب بشكل جائحي في مدارس الأطفال والمدارس الداخلية .

التشخيص : يكون كشف العامل الممرض تحت المجهر مشخصاً ، وذلك في الوسوف المكشوفة أو بالزرع . ويساعد على التشخيص تعريض البور البوغائية لأشعة وود التي تبدي تألقاً أخضر مبيضاً . كما وتفيد هذه الأشعة في كشف البور التي لا تظهر سريرياً كالتي تصيب الوجه والألتين . ويفيد مصباح وود أيضاً للمسح البسيط والسريع لصفوف المدارس ، أو للحيوانات الأهلية وبخاصة القطط التي يشبه بإصابتها الفطرية .

السعفة القرعية Tinea Favosa : [Remak 1837]

المترادفات : القرعة Favus أو السعفة Ringworm .

التعريف : شكل النهائي مزمن من سعفة الرأس تتصف بجلبات درعية الشكل تدعى الترسبات Scutulas ، ويخلف شفاؤها حاصة ندبية (حاصة كاذبة) .

العوامل الممرضة : الشعرية الشونلاينية T. Schoenleinii والشعرية البنفسجية T. Violaceum .

الحدوث : إن هذا المرض نادر جداً في أوروبا وأمريكا الشمالية ، لكنه يستوطن مناطق واسعة من جنوب أوروبا والشرق الأوسط وإيران وكشمير وجرينلاند .

الموجودات السريرية : أكثر ما يصاب بهذه الآفة الرضع والأطفال ، وهنا لا نجد أي ميل للشفاء العفوي عند البلوغ كغيره من سعفات الرأس الأخرى ، حيث يمكن للحالات غير المعالجة من هذا المرض أن تستمر مدى الحياة . ومن حيث شدة الآفة يمكن أن نميز منها ثلاث درجات . فالشكل الأخف يتظاهر باحمرار بسيط في الفروة ، ويفقد الشعر لمعانه لكنه لا يتساقط .

أما في الشكل الثاني فيكون الالتهاب والاحمرار أشد ويتصف بتشكيل الترسبات التي تأخذ جلباتها الصفراء - الكريمية شكل الطبقة ، وبقطر بضعة ميليمترات ، وبالتمو داخل جريبات الأشعار وحولها ، بحيث تحوي كل بقعة في مركزها سقيية شعرية أو أكثر . وتتساقط الأشعار في هذا الشكل من المرض (راجع الشكل ٧ : ٦) .

أما الدرجة الثالثة وهي الأشد من الآفة فتتظاهر بتساقط أكثر من ثلث الأشعار في الفروة . ونجد شفاء ذو ضمور مركزي ، وينتشر الالتهاب في المحيط ، ويتصف بتشكيل ترسبات جديدة . ويؤدي تشكيل الجلبات Crusts والتحات

وأخيراً تظهر الآفات الواسعة الملقفة Convoluted للسعفة الجلدية ، بشفاء في المركز وانتشار نحو المحيط (راجع الشكل ٧ : ١٠) . وإذا ما حدث خطأ في التشخيص وعولجت هذه السعفة خارجياً بتطبيق مركبات تحتوي على الستيرويدات السكرية ، فإن ذلك يؤدي لكبت المظاهر الجلدية والحكة في حين يستمر الخمج الفطري بالاتساع .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن الصدف الشائع ، ونظير الصدف اللويحي لبروك ، والإكزيمة شعروية الشكل ، والإكزيما تيد والفطار فطري . وإن التعرف على الفطر ضروري دوماً في التشخيص .

السعفة الأربية Tinea Inguinalis :

الترادف : السعفة الأربية (T. Cruris) .

إن أكثر الأماكن الشائعة للخمج بالفطور الجلدية هي المناطق الأربية والتاسلية والشرجية عند الكهول من الرجال . يبدأ المرض بحكة ، وآفات حمراء ، أو حمراء بنية ملتصقة ، مستديرة ، واضحة الحدود والتي تنتشر نحو المحيط ، كما قد تتداخل مؤدية للويحات متعددة الدوائر . ويشاهد على المحيط حويصلات وبثور ووسوف في بعض الأحيان (راجع الشكل ٧ : ١١) . وإن الهامش والمنظر السريري لخمج إكزيمة متعددة الشكليات يفسران الاسم القديم للآفة وهو « الإكزيمة الهامشية (هبرا - Hebra) » .

تواجد هذه الآفة في أغلب الأحيان في أنسي الفخذ وعلى مستوى قاعدة الصفن ، وعلى الصفن نفسه . ومن ثم تنتشر من تلك الأماكن إلى سطح الجلد السليم . وقد تمتد إلى منطقة ما فوق العجان وإلى الأبتين في بعض الأحيان .

أما الأماكن المذحية الأخرى التي يمكن أن تصاب فهي منطقة تحت الثديين عند النساء البدنيات وتحت الإبطين والمناطق الانعطافية لكل من المرفقين والركبتين .

وينتقل المرض إما بالتماس أو بالتلقيح الذاتي من فطارات القدم وهو الأغلب دائماً ، تلك البؤرة التي يجب عدم إغفالها عند المصابين بسعفة أربية . ومن الممكن أيضاً أن تنتقل العدوى عن طريق المناشف والملابس الداخلية وإن كان ذلك نادراً .

ويساعد أيضاً على انتشار الخمج كل من الملابس الداخلية الضيقة والحلاقة (حلاقة أمكنة الملابس الداخلية) ، والمهن القعدة ، ومقاعد السيارات اللدنية ، والمناخ المداري أو المذح المتعطن الزمن . أما الأشخاص البدنيين فهم المفضلين للإصابة بالخمج . كما وإن الداء السكري من العوامل المهمة للإصابة .

الأعراض : حكة ، وخاصة بعد الجلوس لمدة طويلة ، وفي

فوهات الجريبات مثل الفتائل Wicks (راجع الشكل ٧ : ٧) . ويمكن نزع الأشعار دون ألم بغرض التشخيص أو المعالجة . تلتب وتضخم العقد الناحيوية وتصبح مُمَصَّة بالضغط . وهناك أعراض عامة في الحالات الشديدة (حتى - تعب) . ويبلغ المرض ذروته بعد ٤ - ٦ أسابيع . ويؤدي التماس ما بين الفطر والنسج خلال الارتشاح إلى زيادة الأرج والتفاعلات المناعية . وتراجع الأعراض حالما يتم الشفاء النهائي . ونادراً ما يحدث التندب أو أنه لا يظهر ، والأشعار تنمو ثانية عادة .

التشخيص : يكون تشخيص سعفة اللحية سهلاً في العادة بسبب العلامات السريرية النموذجية . ويؤكد التشخيص بكشف الفطر على الأشعار ، حيث يشاهد الفطر تحت المجهر خارج الشعرة . أما التعرف على العامل الممرض وكشف هويته فيم بالزرع .

التشخيص التفريقي : تفرق عن التهاب الجريبات العنقودي المزمن ، وعن التهاب الجريبات سلمي الغرام ، والدمل ، والجمرة الحميدة Carbuncle ، و التهاب جريبات اللحية الإكريمي ، و التهاب الجريبات بالمبيضات ، وتدرن الجلد (الحزرة Scrofuloclerma) وداء الشعريات Actinomycosis .

سعفة الوجه وسعفة الجسد

Tinea Faciei and Tinea Corporis :

العوامل الممرضة : أكثر العوامل الممرضة هي الشعروية الحمراء T. Rubrum ، والشعروية الذقية . بينما لا يوجد الفطر البشري الندي Epidermophyton Floccosum إلا نادراً .

الموجودات السريرية : يصاب الأطفال بهذه السعفة بشكل خاص حيث تنتقل إليهم العدوى عن طريق الحيوانات الأليفة (القداد Hamsters والقبعة Guinea Pigs) ، وتبدو آفات دائرية ذات حدود صريحة (سعفة ، ذات انتشار نابذ من المركز إلى أجزاء الوجه الخالية من الشعر) . ويعتبر وجود احمرار ، ووسوف ونفطات صغيرة أو بثور في المحيط نموذجياً (راجع الشكل ٧ : ٨) . أما شفاء الآفة من المركز وانتشارها في المحيط فيؤدي إلى أشكال دائرية وصفية (راجع الشكل ٧ : ٩) ، وهناك حكة . وعند وجود علامات قليلة نسبياً من الالتهاب فإن التشخيص قد يصبح صعباً .

هذه العلامات السريرية التي شرحناها عن آفات الوجه عند الأطفال والكهول ، يمكن ملاحظتها على العنق والجذع والأطراف أيضاً . وإن الصورة السريرية لا تلاحظ في البدء ، ويمكن أن تشخص خطأ على أنها إكزيمة غنية (درهمية) .

الظروف الدافئة والرطوبة (سيارة ، طائرة ، كرسي ذو عجلات) .

التشخيص : يتم التشخيص بكشف الفطر مجهرياً وبالزرع .

التشخيص التفريقي : يجب في هذا المجال استبعاد الأمراض التالية : الودح Erythrasma (عدم وجود حدود واضحة ، التآلق بلون أحمر أجري تحت مصباح وود) . الإكزيمة (حدودها مطموسة ، ومعظم تغيراتها تكون في المركز) ، المذح Intertrigo والصداف مذحي الشكل .

سعة اليد Tinea Manus :

التعريف : هي خمج بالفطور الجلدية يصيب اليدين . وتتم المناظر السريرية المختلفة عن مكان توضع الخمج وعن تفاعل المضيف .

العوامل الممرضة : إن أكثر الفطور إحداثاً لهذا الخمج هي الشعروية الحمراء والشعروية الذقنية ، ونادراً ما تنجم عن الفطر البشروي النذقي . وترافق هذه الآفة عادة مع السعفة القديمة وفطارات الأظفار بأن واحد حيث أن هذه الفطارات تعتبر مستودعاً للخمج .

الموجودات السريرية : من الظواهر الجلدية الملاحظة كون الإصابة وحيدة الجانب أو غير متناظرة . وتشبه الصورة السريرية لتوضع الإصابة على ظهر اليدين والأصابع الصورة السريرية للسعفة الجسدية . فهي تتجلى ببؤرة متعددة الدوائر ، حمامية وسفية وذات حدود صريحة ، ثم تنتشر تلك البؤرة في المحيط مع بثور صغيرة جداً على الأغلب (الشكل ٧ : ١٢) . وقد يحدث شكل مذحي تأكلي متعطن ما بين الأصابع ، إلا أن هذه الصورة الأخيرة تنجم عادة عن المبيضات البيضاء وليس عن الفطور الجلدية . أما سعة اليد من شكل خلل التعرق فتتصف بالحكة مع حويصلات من شكل خلل التعرق ، وبثور على الراحتين ، وعلى السطوح الراحية والجانبية للأصابع ، وأما الأشكال الشائعة لسعفة اليد مفرطة التقرن أو المتصفة بتقرانات وسفية ، فتوضع على الراحتين وعلى الجزء الراجي للأصابع وعلى نهاياتها حيث تتجلى بوسوف ناعمة مغطية للجلد ، مع احمرار خفيف ، وشقوق تكون مؤلمة على الغالب . وكثيراً ما ترافق مع سعة الأظفار في نفس الوقت . يبنى التشخيص على كشف الفطر . هذا ويمكن أن تكون سعة الأظفار ، سعة القدم ، و/أو السعفة الأربية هي مستودعات الخمج .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن ، وعن إكزيمة خلل التعرق في اليدين (ثنائية التوضع) ، والصداف الراجي (توضعات أخرى للصداف) ، والتفاعلات الطفحية الفطرية (Mycoid) على

اليدين ، داء المبيضات المذحي .

سعة القدم Tinea Pedis :

المرادفات : فطار القدمين ، أقدام الرياضيين Athlete's foot ، سعة القدم Ringworm of the foot .

التعريف : سعة القدم هي خمج القدمين بالفطور الجلدية وخاصة خمج الأباخس والأخصين وهي آفة كثيرة الشيع .

العامل الممرض : أكثر مسببات لهذه السعة هي الشعروية الحمراء T. Rubrum ويأتي بعدها الشعروية الذقنية T. Epidermophyton mentagrophytes والبشروية النذقية Epidermophyton floccosum .

الانتشار : سعة القدم من الأمراض الجلدية الأكثر شيوعاً . وتقدر نسبة انتشارها في أوروبا وأمريكا الشمالية حوالي ١٥ - ٣٠٪ . وإن الإصابة بها ترتفع عند بعض الفئات من الناس كعمال المناجم (تصل حتى ٧٠٪) والرياضيين . وهي في بعض الشعوب أعلى منها في غيرها .

الإمراض : تلعب حالة الرطوبة والحرارة ضمن الحذاء دوراً هاماً ، أما العوامل المؤهبة للإصابة فهي فرط التعرق ووزراق النهايات . ويعاني حوالي ٦٠ - ٨٠٪ من مجموع المرضى المصابين باضطرابات وعائية وريدية أو شريانية مزمنة من فطار الأظفار أو سعة القدم أو كليهما . يوجد العامل الممرض لهذه السعة في كل مكان ، وتبقى أبواغ ممرضة عدة أشهر في البيئة الإنسانية (مثال : في الأحذية ، ألواح البط الحشبية في أحواض السباحة ، وملعب الجلباز وحصيرة الحمام ، سجاد الفنادق) . أما وسائل الوقاية الهامة من الإصابة بسعة القدم فهي حفظ صحة الأقدام التي توجب تجفيف الجلد ما بين الأباخس بعناية بعد الحمام أو أخذ الدوش كما ويجب تهوية الأحذية .

الموجودات السريرية : إن المظاهر السريرية لسعة القدم توافق الصورة السريرية التي وصفت في سعة اليد ، ومن أشكالها الشائعة : فرط التقرن الوسفي ، والمذحي ، وأكثر ندرة فيها هو خلل التعرق ، والأشكال المتنوعة من الحمامي الوسفية على ظهر القدم .

النمط المذحي : يتوضع هذا الشكل ، الأكثر شيوعاً ، بين الأحياز الضيقة للفتات الثالث والرابع وما بين الرابع والخامس للأباخس Toes ، إلا أنه يمكن أن تصاب أيضاً الأحياز ما بين الأصابع الأخرى . هذا وإذا ما باعدنا بين الأباخس فإنه يمكن مشاهدة الجلد المتفخ الأبيض الضارب للرمادي . أما عند إزالة الطبقة المتعطنة فتبقى تآكلات نازة وشقوق (راجع الشكل ٧ : ١٣) . ويتشر المرض إلى الوجه السفلي للأباخس . وعند

ازدياد التعرق (ارتداء جزمة مطاطية ، أو ركوب عربة شديدة التدفئة) فيمكن أن يحدث التهاب حاد للآفة يترافق مع حكة شديدة .

الخط المفرط التقرن الوسفي : هذا النمط شائع أيضاً . ويتصف بفرط تقرن وسفي ، ويؤدي إلى تشكيل بؤر غير متناظرة ، ومحددة بشكل صريح ، وقد تظهر شقوق أيضاً . وتتوضع هذه الآفة بشكل رئيسي على جوانب القدمين ، والعقبين ونهايات الأباخس (راجع الشكل ٧ : ١٤) . ويمكن أن ينجم التقرن الوسفي المنتشر على كافة أخمص القدم ، وخاصة على أحد الجوانب ، عن سعفة القدم . وإن إصابة الأظفار شائعة في جميع أشكال سعفة القدم .

النمط من شكل خلل التعرق *Dyshidrosiform* : تتطابق الصورة السريرية لهذا النمط مع ما تم وصفه سابقاً في سعفة اليد . ويظهر عادة في الصيف وبخاصة في الأيام الحارة ، وأكثر ما يتوضع على منطقة قوس القدم (راجع الشكل ٧ : ١٥) حيث تظهر مجموعة نفاطات ، على شكل خلل التعرق ، غيمية قليلاً مترافقة مع مكونات خيطية ، وعلى أرضية حمراء النهاية بشكل خفيف . ويوجد عادة حكة شديدة ، ويعقب الشفاء تشكلات جلدية *Crusts* وسفية . ومع تقدم المرض واستمراره لبعض الوقت يمكننا مشاهدة آفات قديمة إلى جانب اندفاعات جديدة جنباً إلى جنب . ويمكن كشف الفطور بسهولة من الوسوف .

السير : تأخذ فطارات القدم سيراً مزمناً في العادة ، ومتقطعاً لعدة سنوات أو لعشرات من السنين . أما الظروف التي تؤدي إلى تفاقم الآفة فهي : الطقس الصيفي ، المناطق المدارية ، التدفئة المركزية ، العربات شديدة التدفئة ، والمناخ الرطب الحار ضمن الأحذية . أما الاختلاط الهام لهذه الفطارات فهو التهاب الهلل *Cellulitis* أو الحمرة *Erysipelas* في الساقين حيث تؤمن التآكلات والشقوق ما بين الأباخس نقطة الدخول للعامل المرضي المسبب لالتهاب الهلل . ويجب عدم نسيان التماس الأرجي المتجلي بزيادة شدة وسورة الاندفاعات والناجم عن استمرار المعالجة بالمضادات الفطرية . ويمكن أن تؤدي التفاعلات الطفحية *Id Reactions* إلى اندفاعات على شكل خلل التعرق على اليدين .

التشخيص التفريقي : يفرق النمط المذحي لهذا الفطار عن المذح البسيط ، والحمج الجرثومي لما بين الأباخس (خمج الأقدام سلبى الغرام) ، وداء المبيضات الصعب التمييز . أما النمط الوسفي المفرط التقرن فلا يفرق إلا بصعوبة عن الإكزيمة المفرطة التقرن ، أو الإكزيمة المتقرنة والمتشققة للقدم ، كما يميز عن الحزاز المسطح ، والصداف ، والتقرنات الوراثية . وتكون رؤية

الفطر مباشرة بالمجهر أو بالزرع مشخصة . أما النمط من خلل التعرق فيجب تفريقه عن خلل التعرق (ثنائي الجانب عادة) وعن البشائر الراحي الأخصي ، والصداف البشري الراحي الأخصي .

سعفة الساق *Tinea of the Lower Leg* :

التسمية : يطلق اسم سعفة الساق *T. Cruris* مرادفاً للسعفة الأربية كما يستعمل أيضاً مصطلح داء الشعرويات الجريبي للساق .

الموجودات السريرية : يحدث هذا الشكل من السعفات خاصة عند النساء المصابات بسعفة القدم أو سعفة الأظفار أو كليهما والتي انقضى عليها مدة من الزمن . وأكثر ما تشاهد على الثلثين السفليين من الجانب الخارجي للساق . وغالباً ما تظهر بعد حلاقة الشعر ، بشكل حطاطات حمراء - بنفسجية أو حمراء بنية ، أو على شكل عقيدات تنفذ عبرها الأشعار ، تتوضع أحياناً على شكل زمر أو تتداخل مع بعضها مشكلة لويحات . أما البثور الجريبية فنادرة ، ويمكن مشاهدة وسوف طوقية على محيط العقيدات . وتصيب هذه السعفة عادة النساء اللواتي يعانين من ازرقاق النهايات ، أو التقرن الجريبي أو الشرث الجريبي . أما الأعراض الشخصية فقد تكون حكة شديدة . ويأخذ المرض عادة سيراً مزمناً مديداً يستغرق سنوات أو عشرات السنين .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق هذه السعفة عن التهاب الجريبات الجرثومي ، وداء المبيضات الجريبي ، والصداف الجريبي ، ويقوم التشخيص على الفحص المجهرى للوسوف والأشعار وعلى الزرع .

سعفة الأظفار *Tinea Unguium* :

المرادفات : فطارات الأظفار . وتتضمن سعفة الأظفار أدواء فطرية تصيب الأظفار ناجمة عن الخمائر كما سيأتي ذكره .

التعريف : تنجم السعفة الظفرية عن غزو سرير الظفر بالفطور الجلدية مع إصابة الصفيحة الظفرية من حافتها الحرة أو حتى من الطية الظفرية .

العوامل المرضية : إن أكثر الفطور المسببة شيوعاً هي الشعروية الحمراء ، غير أنه يمكن لمعظم الفطور الجلدية الأخرى أن تسبب فطارات الأظفار أحياناً .

الموجودات السريرية : كثيراً ما تصاب أظفار الأباخس ، أما إصابة أظفار أصابع اليدين فأكثر ندرة . تبدأ التغيرات الناجمة عن الإصابة من النهاية القاصية للظفر ومن ثم تمتد بالاتجاه الداني . يبدأ الحمج بإصابة ظفر مفرد . أما بقية الأظفار

الطفحة الفطرية Mycids :

يمكن أن يسبب امتصاص المستضد الفطري أثناء سير الفطار الجلدي تفاعلاً مفرط الأرجية ، متظاهراً بأفات جلدية خالية من الفطور تتوضع في أمكنة بعيدة عن البؤرة الحمجية .

تدعى الظاهرة السابقة بالطفحة الفطرية ، لكنها تعرف بشكل عام بالتفاعل الطفحي Id Reaction (طفحة شعروية ، طفحة بشروية ، طفحة بويغائية إلخ ...) . وتظاهر تلك الطفحات سريريا بانفجاعات على شكل خلل التعرق ، وتكون متناظرة على اليدين والقدمين ، أو أنها تتظاهر بحمى عقدة أو متعددة الأشكال على الأطراف ، وليس الحزاز الشعروي Lichen Trichophyticus نادراً (راجع الشكل ٧ : ١٨) ، ولكن يمكن التغاضي عنه ، فهو يبدو بمحطات جريسية مخروطية ، حمراء شاحبة ، متناظرة حول الآفة المركزية ، وتتوضع على الجذع . ومن الأهمية بمكان الحدوث المترافق لهذه الطفحات مع الفطريات الجلدية المنتشرة .

ويمكن للطفحات الفطرية أن تظهر أثناء المعالجة الفعالة للتظاهرات الفطرية ، وذلك بسبب زيادة امتصاص المستضدات المحتمل من جراء تحطم العوامل المرضية ، وتراجع الطفحة الفطرية عفويًا بعد شفاء الفطار .

الحبيوم الشعروي Granuloma Trichophyticum : [١٨٨٣ Majocchi 1883]

التعريف : هو شكل مختلف من داء الشعريات الارتشاحي المزمن والمترافق بالتهاب حبيومي .

الحدوث : نادرٌ جداً ، يحدث في أي عمر وبخاصة عند صغار الكهول .

الإمراض : يؤدي نفوذ عناصر فطرية في الجلد إلى إصابة فطرية ، تكون في العادة داء شعريات سطحي ، لتشكيل التهاب حبيومي . والذي يدعو للتفكير فيما إذا كان الحدوث البدني للحبيوم يتطلب حالات مناعية خاصة . ومن الممكن أن يكون العامل المرضي أي جنس من الشعريات وغالباً ما تتم العدوى عن طريق الحيوانات المصابة .

الموجودات السريرية : إن الأماكن المفضلة لتوضع الحبيوم الشعروي هي الفروة ، واللحية والأطراف ، والمغبن ، والصفن والمناطق الأليوية . وإن هذه الآفات غير مؤلمة عادة ، وتظهر بعقيدات حمراء بنية ، تتجمع غالباً مع بعضها ، ومن النادر أن تشكل لطخات مرتشحة ملتية . هذا ومن الممكن أن يبدى السطح الجلدي وسوفاً نخالية الشكل ، أما الخراجات فنادرة .

التشخيص : ويقوم على كشف الفطور في المحضرات المجهرية وبزرعها من الأشعار والوسوف الجلدية . وتظهر الأفطورة

فتصاب فيما بعد تدريجياً . ويعتبر وصفيًا تلك المراحل المختلفة التي يصاب بها ظفر تلو الآخر إضافة لعدم تناظر الإصابة . ويشاهد في بدء الإصابة تغيرٌ في اللون يطرأ على الظفر بالقرب من طيته الجانبية ، إذ يصبح مبيضاً مائلاً للصفرة (خلل التلون Dyschromasia) . وهذا ما يسمى بويش الأظفار الفطري (Leukonychia Mycotica) (راجع الشكل ٧ : ١٦) وقد يحدث في بعض الأحيان انفصال ما بين الظفر وسريره وذلك من نهاية الظفر القاصية من جراء فرط التقرن وتراكم الكسرات المفتتة تحت الظفر (الشكل ٧ : ١٧) : انحلال الظفر الفطري المهلالي ، ثم تتحطم الصفيحة الظفرية تدريجياً إلى أجزاء صفراء أو تتكسر إلى شظايا : حثل الأظفار . ولا يصاب عادة هلال الظفر . ويمكن أن ينجم عن سعة أظفار الأصابع بعض العجز اليدوي ، لكن المرضى في الأصل يستشيرون الطبيب لاعتبارات تزيينية . هذا وإن سعة الأظفار معندة بشدة وتستغرق سنين عديدة وحتى عقوداً من السنين .

وقد تكون الاضطرابات الدورانية العضوية أو الوظيفية مواتية لنمو فطور الأظفار . وكذلك فإن كلاً من ازرقاق النهايات ، والقصور الوريدي المزمن ، والانسدادات الشريانية (٦٠ - ٨٠٪ من جميع المرضى) ، والعمل في ظروف رطبة ، والتماس المستمر مع صوابين قلوية ، تسبب جميعها تعطن الطبقة المتقرنة المتواجدة تحت الظفر وتسهل الغزو الفطري . وهذا ما يحدث أيضاً عند ربات البيوت والسقاة والمنظفين أو أطباء الأسنان .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بكل من صدادف الأظفار بشكل خاص ، والحزاز المسطح للأظفار ، وتغيرات الأظفار وما حولها الإكترمية . ويعتبر كشف الفطر مجهرياً أو بالزرع مشخصاً .

الظواهر المناعية في الفطور الجلدية

: Immune Phenomena in Dermatophytes

يؤدي وجود الفطور الجلدية في جلد المريض إلى تشكيل أضداد خلطية وخلوية ، والتي يمكن إظهارها بإجراء الاختبارات داخل الجلد . فبعد حقن المستضد الفطري (التريكوفايتين) ضمن الجلد يمكن أن يحدث تفاعل إما من النمط العاجل (النمط I) أو من النمط الآجل من نمط السلين (النمط IV) . ويتكون التريكوفايتين النقي من بروتينات سكرية تكون السكريات فيه مسؤولة عن التفاعل العاجل ، بينما تكون الببتيدات مسؤولة عن التفاعل الآجل . إن للتفاعلات السابقة القيمة الأصغر في التشخيص ، وذلك لأنها تبقى إيجابية لعدة سنوات بعد شفاء الفطريات . لا يوجد تأكيد فيما إذا كان وجود الأضداد هي لمقاومة الأمراض أو لتأمين المناعة .

الفطرية بملون PAS حيث تتواجد ليس فقط في الطبقة القرنية للبشرة والجريبات الشعرية فحسب ، وإنما في الارتشاح الحبيبي في الأدمة .

المعالجة : يوصى دوماً بالمعالجة الداخلية بالغريزوفولفين أو الكيتوكونازول بالإضافة للمعالجة الموضعية بالمضادات الفطرية .

معالجة الفطريات الجلدية :

الخطوط الرئيسية العامة :

تتطلب المعالجة المناسبة تشخيصاً صحيحاً . يجب أن يؤكد تشخيص الخمج الفطري الجلدي بكشف الفطر بالفحص المجهرى وبالزرع إن كان ذلك ممكناً . أما المعالجة بعد ذلك فتعتمد على كل من مكان الإصابة (مثال : الجلد الحر ، المناطق المذحية ، الرأس ، الأظفار) ، وحدة الإصابة (Acuteness) (التهابات حادة أو مزمنة) ، وعمق الخمج (مثال : إصابة سطحية أو عميقة بالشعريات) ، وأخيراً لأنها تعتمد على السراية ، على سبيل المثال : إن الخمج بالبيوغاثية شديد العدوى ويتطلب معالجة مكثفة .

المعالجة الجهازية :

الغريزوفولفين *Griseofulvin* : تستجيب جميع الفطور الجلدية عدا الخمائر والعفن للمعالجة بالغريزوفولفين ، ونادراً ما تلاحظ مقاومة حقيقية تجاه هذا الدواء . إن الغريزوفولفين هو صاّدٌ من المكنسية الغريزوفولفينية *Penicillium Griseofulvum* ، يعطى على شكل حبوب . ينجبل *Incorporated* في قيرتين البشرة والأشعار والأظفار ويتم امتصاصه من قبل الخيطان الفطرية النامية مؤدياً إلى تخربها . إن الغريزوفولفين موقف نحو الفطور *Fungistatic* لكنه غير ميّد لها *Fungicidal* . ولا يصاب قيرتين البشرة والأشعار والأظفار ، الذي ينمو بعد الشروع بالعلاج ، إلا أن القيرتين السابق يمكن أن يصاب ثانية عند توقف المعالجة . ولهذا السبب فإن المعالجة بالغريزوفولفين يجب أن تبقى مستمرة حتى استئصال كافة الفطور . ويجب أن تدعم المعالجة الجهازية بإزالة القيرتين المخموج ، وبالمعالجة الموضعية الحذرة المضادة للفطور وبالقضاء على المستودعات الفطرية المتواجدة في البيئة .

الاستطبابات : إن التعرف على الفطور الجلدية بالزرع ضروري ويشكل أساساً للمعالجة . يوصف الغريزوفولفين في العديد من الأنحاج الفطرية الجلدية ما عدا الآفات المحددة أو السطحية ، أما استطبابات المعالجة الداخلية بالغريزوفولفين فهي : الأشكال العميقة من أدواء الشعريات ، وسعفة الرأس ، وسعفة اللحية ، وسعفة الوجه وخاصة عند الأطفال ، وعلى

الخصوص إذا ما شملت إصابتها الأجفان والأذنين . أما الاستطبابات الأخرى لهذا الدواء فهي أدواء البوفياء ، والقرعة ، والأشكال شديدة الالتهاب والمنتشرة من السعفة الجلدية والسعفة الأريية وسعفة اليد ، وسعفة القدم ، وسعفة الساق ، والحبيوم الشعروي ، وسعفات الأظفار الشديدة . ومن الضرورة بمكان إضافة المعالجة الموضعية إلى المعالجة الداخلية .

الجرعة : المقدار اليومي من الغريزوفولفين للكهل هو عادة (٥٠٠ ملغ) من الشكل الدقيق *Micronized* أو (٣٣٠ ملغ) من الشكل المستدق *Ultramicronized* . أما جرعات الأطفال فتكون أقل . ويجب تناول الجرعة دوماً إما مع الطعام أو بعده وذلك لأنه ينحل في الدسم . ويجب الاستمرار بالمعالجة حتى شفاء المرض نهائياً ، وهذا يعني وجوب الاستمرار بها أشهراً في حالة فطرات الأظفار أو سعفتي اليد والقدم المفرطتين ، ويجب مضاعفة الجرعة في الحالة الأخيرة .

التأثيرات الجانبية ومضادات الاستطباب : إن التأثيرات الجانبية الشديدة نادرة جداً . قد يحدث صداع واضطرابات معدية معوية في بدء المعالجة ، لكنها عادة تختفي عفوياً مع استمرار المعالجة بالغريزوفولفين ، ومن النادر جداً حدوث اضطرابات عصبية وخاصة التهاب أعصاب (مثل صعوبة في التنب ، أو آلام في الأطراف) ، أو التهاب الفم ، أو شرى وبيلة آحينية . وتراجع هذه الاضطرابات بعد إيقاف المعالجة . كما ذكر حدوث حالات من البرفورية الجلدية الآجلة . ولذا يجب معايرة خميرة ترانس أميناز قبل المعالجة وكل ٦ - ٨ أسابيع خلال المعالجة . ومن مضادات الاستطباب النسبية للغريزوفولفين الأذية الكبدية ، أما مضادات الاستطباب المطلقة لهذا الدواء فهي البرفورية الحادة المتقطعة والبرفورية الكبدية ، كما يجب تجنب إعطائه أثناء الحمل . ويجب أن لا يغرب عن الذهن تأثيره بالأدوية الأخرى ، مثال : الباريتوريات ومضادات التخثر .

الإميدازولات *Imidazoles* : لقد عرفت مشتقات الإيميدازول مثل الكيتوكونازول *Ketoconazole* في معالجة الفطريات الجلدية عن طريق الفم . أما الجرعة اليومية المؤثرة لهذا الدواء كمضاد فطري مشابه بتأثيره للغريزوفولفين فهي ٢٠٠ ملغ يومياً . وقد قيّد استعمال هذا العقار بسبب تأثيراته الجانبية أحياناً مثل إحداثه لخلل وظيفي كبدي . أما الحمل فهو مضاد استطباب أيضاً .

إن المجانس الجديد للأزولات *Azoles* هو الإتراكونازول *Itraconazole* الذي يشبه الكيتوكونازول بفعاليته لكنه أقل منه سمية (لا يحدث تغيرات في الإنزيمات المصلية الفعالة حتى ولو أعطي لفترة طويلة) . أما الجرعة اليومية للإتراكونازول

فهى حوالي ٥٠ - ١٠٠ ملغ للكحول .

المعالجة الموضعية :

هنالك عدد كبير من المواد المضادة للفطور الفعالة ، كما وأن ضم تلك المواد لبعضها يزيد من فعاليتها . أما المقاييس التي يتم فيها اختيار تلك العلاجات فهى : الفعالية والنفاذ والتحمل . وقد تحدث المواد المضادة للفطور تخريشاً سميماً ، لكن الأهم من ذلك إحداثها لتفاعلات أرجية بالتماس . ويوصى بإضافة الستيروئيدات القشرية السكرية إلى المضادات الفطرية في حالات استثنائية فقط ، مثل المعالجة الأولية لسعفة ملتية .

الضادات الرطبة ومغاطس اليدين والقدمين : تعتبر المعالجة بالمغاطس والضمادات الرطبة وذلك بمحلول بمرغفات البوتاسيوم ذو اللون الوردي الخفيف ، أو بمحلول كبريتات الكينولينول - ٨ (١ : ١٠٠٠) Quinolinol Sulfate - 8 مناسبة في معالجة الآفات الجلدية النازة الحادة . وقد أظهرت الضادات الرطبة الحارة بمحلول كبريتات الكينولينول - ٨ أو بماء الصنبور فوائدهما في حالة داء الشعرويات العميق . ويشار بإجراء مغاطس مقبضة تحتوي على حمض العفص أو تحت خلاص الألمنيوم $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ في معالجة تفاعلات خلل التعرق . أما الخمج الثانوي لداء الشعرويات فيمكن معالجته بمحلول الخل ١٪ أو نترات الفضة ٠,١٪ وذلك بشكل كادات أو مغاطس .

المساحيق وإرذاذات المساحيق (Powder and Powder Sprays) : تستعمل المساحيق وإرذاذات المساحيق للآفات الجلدية المذحية غير التآكلية فقط .

الصبغات Paints : إن صبغة كاستيلاني Castellani فعالة في معالجة الفطور ، لكنها ذات لون فاقع وقد تسبب أرجاً بالتماس أحياناً لاحتوائها على الريزورسينول . تفيد هذه الصبغة في معالجة الفطار المتعطن ما بين الأباخس ، كما أنها فعالة في معالجة آفات المبيضات أو خمج الأقدام الجرثومي . ومن الصبغات الفعالة : صبغة زهرة العطاس Arning's Tincture ، أو صبغة اليود (٣٪) . ومن المستحضرات الجديدة البيفونزول Bifonazole والكلوتريمازول والسيكلوبيروكسولامين والإيكونازول Econazole والهاالوبروجين وإيزوكونازول .

المعلقات Shake Lotions : لقد ثبت نجاعة الكلوكينول Clotrimazole (محلول الفيو فورم ٠,٥٪ مع زيت فيو فورم الزنك ٠,٥٪ Vioform Zinc Oil) في معالجة الحالات الخفيفة من السعفة الأربية .

المعاجين Pastes : يشار في معالجة الآفات المذحية (آفات الثنيات) بشكل خاص بمعجونة الزنك الكبريتية [كبريت

مصعد ٢ - ٥ وحتى ١٠ ، ومعجونة الزنك حتى ١٠٠] . كما يفيد تطبيق معجونة الزنك الكبريتية (١٠٪) المزوجة مع محلول اليود ٣٪ في معالجة داء الشعرويات العميق .

الرهيمات والمستحلبات Creames, Emulsions : وأكثر ما توصف في العيادات لمعالجة معظم مراحل الفطرات الجلدية . وأهمها المركبات الجديدة لمشتقات الإيميدازول مثل . بيغونازول ، كلوتريمازول ، كيتوكونازول ، ميكونازول ، إيزوكونازول وأوكسي كينازول . كما ويتوفر الهالوبروجين Haloprogin و Cyclopiroxolamine الفعالين أيضاً في معالجة الآفات الخمائية والجرثومية . أما التولنفات Tolnaftate المعروف منذ فترة طويلة فهو فعال تجاه الفطور الجلدية ، لكنه غير فعال تجاه الخمائر ، كما أن استعماله محدود بسبب تخريشه أحياناً للمناطق المذحية وفشله في معالجة الفطرات الجلدية مفرطة التقرن أو الفطرات الجلدية العميقة والأكثر ارتشاحاً .

العوامل الحاملة للقراتين Keratolytic Agents : يفيد إضافة حمض الصفصاف إلى المعالجات الموضعية المطبقة في معالجة السعفات مفرطة التقرن أو القرعة ، حيث يملك حمض الصفصاف كلاً من الفعالية الحاملة للقراتين والفعالية المضادة للفطور ، كما وأنه لا يسبب أرجاً . أما مرهم هيرا الصفصافي (Unguentum Diacylon + حمض الصفصاف ٥ - ٢٠٪) فهو علاج موثوق به في معالجة الآفات الفطرية مفرطة التقرن .

معالجة سعفة الأظفار (فطرات الأظفار) :

العناية بالأظفار : تعتبر الإزالة الكاملة والمتظمة والحذرة للتقرن ما تحت الظفر المحتوي على فطور وإزالة الأجزاء الخثلية للأظفار المضطربة اللون أمراً هاماً ، ذلك لأن تلك التقرنات والأجزاء تعتبران منبعاً لا ينضب لعودة الخمج الفطري . ويجب تطهير وسائل تقليم الأظفار بانتظام .

الإزالة الجراحية للأظفار : يمكن استئصال الأظفار الخثلية ، لكن يجب أن يؤخذ بالحسبان الخطر الذي يتضمنه التخدير العام عند إزالة عدد كبير من أظفار الأصابع والأباخس . هذا ويجب تجنب إزالة الأظفار عند المرضى شديدي الخطورة ، والطاعنين في السن (فوق الستين) وأولئك الذين لا يعول عليهم متابعة العلاج الموضعي والجهازي . ويمكن إزالة ظفر مفرد بالتخدير الموضعي . ويجب عدم استئصال الأظفار إلا بعد التأكد من وجود خمج فطري بواسطة زرع الفطور .

إزالة الأظفار بتطبيق حالات القراتين : هناك إجراءات محافظة يمكن بواسطتها إزالة الأظفار وتم إما بتطبيق مرهم يوديد البوتاسيوم أو مرهم البولة Urea تحت ضماد كيم :

– يتركب مرهم يوديد البوتاسيوم المطري للأظفار من Clioquinol (٠,٥) و Potassium Iodide (٠,٥) بالإضافة إلى اللانولين حتى ١٠٠ ، وتمزج بالحرارة .

– أما مرهم الكارباميد المطري للأظفار فيتركب من البولة Urea (٤٠) والودلين Petrolatum (٢٥) واللانولين (٢٥) والشمع الأصفر (١٠) .

تغطي الأجزاء المحيطة بالظفر بمعجونة القصدير الصلبة أو بشريط لاصق ، ثم يطبق المرهم على الظفر بسمك ظهر السكين ، وبعدها يغطي الظفر بشريط . هذا ويمكن إزالة معظم الأجزاء الظفرية الرخوة آلياً خلال ٢ – ٣ أيام ، علماً بأن الأجزاء السليمة من الظفر لا تتأثر . ويعقب ذلك العناية المستمرة بالأظفار ومعالجتها بمضادات الفطور الموضعية والجهازية .

المعالجة الموضعية : وتقوم على تطبيق رهمات أو محاليل مضادة للفطور على سرير الظفر أو تحت الصفيحة الظفرية .

المعالجة الجهازية بالفريزوفولفين : ويجب الاستمرار بها ، كما في المعالجة الموضعية حتى تنمو الأظفار السليمة كلية ، وغالباً ما يتطلب ذلك أكثر من ٦ – ٨ أشهر .

التطهير Disinfection : ويقوم على وضع وسادة Pad قطنية صوفية مرطبة بالفورمالين (١٠٪) في كل حذاء . تعرض الأحذية إلى أشعة الفورمالدهيد ضمن حقيبة لدنية Plastic مغلقة ليوم واحد على الأقل . بعد ذلك تهوى الأحذية بشكل جيد . وتجري إجراءات مماثلة للألبسة التي لا يمكن غسلها ، علماً بأن الفطور لا تموت بالغسيل العادي . وبعبارة أخرى فإن الغلي والمنظفات الكيماوية يفترض بأنها تقضي على الفطور . وتعتمد المطهرات الجاهزة للاستعمال عادة على الفورمالدهيد المناسب لتطهير السطوح ، لكنه قد يحدث أحياناً أريج بالتماس (مع الفورمالدهيد) . ويوصى بالمحاليل المطهرة للقفازات اللدنية (البلاستيكية) أيضاً .

الفطارات الجلدية الناجمة عن الخمائر

: Dermatomycoses Caused by Yeasts

يمكن أن تنجم الفطارات الجلدية عن كل من الخمائر من جنس المبيضات (وتنجم معظم أدواء المبيضات Candidosis عن المبيضات البيض حصراً) ، والويغفاء النخالية Pityrosporum (Malassezia) Furfur المسببة للنخالية المبرقشة ، والشعريات المبوغة ليجالي Trichosporum (Beigelii) . المسببة للبصرة البيضاء White Piedra . ويمكن أن تسبب بعض الخمائر فطارات مجموعة عميقة أيضاً . وتستجيب الخمائر لعناصر صادة مثل النستاتين ،

والأمفوتريسين – ب ، والناتاميسين أو الكيتوكونازول ، والإيتراكونازول ، لكنها لا تستجيب مطلقاً للفريزوفولفين . أما الأهمية العملية لكل من جنس Torolopsis والمستخفية الحمراء Rhodotorula فهي ضئيلة . وقد شوهد الخمج بالمستخفية المنتشرة Cryptococcus Neoformans عند المرضى متوسطي المناعة .

أدواء المبيضات Candidosis :

المرادفات : داء المبيضات ، الفطارات بالمبيضات ، السلاق ، داء المونيليا .

العامل المرضي والحدوث : إن المبيضات البيضاء هي الخمائر التي تتواجد عالمياً كرمم مرض اختياري في القناة الهضمية . تساهم العوامل المرضية في تحطيم المواد العضوية ، وتتواجد في البشات الرطبة لطيات الجلد والغشاء المخاطي لتجويف الفم والأمعاء والمهبل ، وتصبح ممرضة معتمدة على فوعتها وحالة الجهاز المناعي للثوي . وهي تتكاثر بشدة ويمكن أن تتحول من خمائر رمامة إلى طفيلية « طور الأفطورة Mycelium Phase » . وبعدها تحدث آفات جلدية ومخاطية وأخرى في الأعضاء الداخلية .

العوامل المؤهبة : غالباً ما يشير داء المبيضات إلى نقص في حالة دفاع المضيف . نذكر مثلاً على ذلك في الطفولة والأعمار الكبيرة ، والأدواء العامة الوخيمة كايضاخ الدم ، واللمفومات الخبيثة ، والإيدز والأورام الخبيثة ، ونقص الدفاع المحدث دوائياً والناجم عن تناول موقفات نمو الخلايا والستيروئيدات القشرية السكرية . وهناك عوامل غذية صهاوية مهية للخمج بالمبيضات ، ولهذا السبب فهي أكثر ما تحدث في الداء السكري ، والحمل ، أو لدى تناول موانع الحمل الهرمونية . كما أن اضطراب النبيت Flora الطبيعي للأغشية المخاطية من جراء تناول الصادات ، والنقص الموضعي في مقاومة الجلد والمخاطيات للجراثيم بسبب المذح التآكلي والتعطن ، وطفح الحفاض ، والأذيات المؤثرة على الغطاء الحامضي للجلد ، وخاصة عند الأشخاص البدينين ، والتخريشات الآلية لغشاء باطن الفم حين وجود أسنان تعويضية غير مناسبة مثلاً ، كل هذا يسهل الخمج بالمبيضات .

داء المبيضات في الغشاء المخاطي للفم :

المرادفات : سلاق الفم (Oral thrush) ، التهاب الفم بالمبيضات الفطرية .

الحدوث : سلاق الفم شائع ويتواجد عند حديثي الولادة وحتى الأسبوع الثاني من الولادة . وربما يعود ذلك لعدم استتباب التعايش النموذجي للنبيت Flora الجرثومي الفموي

بإعطاء الكيتوكونازول . وينصح أيضاً بمعالجة التجويف الفموي بنفس الوقت بإعطاء حبوب للمصّر مناسبة . أما الرضيع فيعطى جرعات فموية من معلق النستاتين .

التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات Candida Vulvovaginitis :

المرادفات : داء المبيضات المهبل ، التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات ، السلاق المهبل ، التهاب المهبل بالمبيضات .

الحدوث : إنّ خمج الغشاء المخاطي المهبل بالمبيضات البيض شائع جداً ، وأكثر العوامل المؤهبة لهذا الخمج هي مناعات الحمل الهرمونية والداء السكري . كما أنّ التخريشات الكيميائية والآلية للغشاء المخاطي (النضوح المهبل Vaginal Douches) تؤدي إلى تخريب التبيت Flora المهبل الطبيعي مسهلة بذلك حدوث الخمج بالمبيضات ، والذي يتقل في الأغلب عن طريق الأمعاء .

الموجودات السريرية : إنّ داء المبيضات هو السبب الأكثر شيوعاً للضائعات البيض عند المرأة . أما النجيج Discharge الناجم عنه فهو وصفي ، إذ يكون مبيضاً ، ذا قوام رهيبي أو جبني . كما يكون مفتتاً . ييدي الفحص بالنظار المهبل رواسب بيضاء شديدة يمكن مسحها ، كما ييدي احمراراً في الغشاء المخاطي المهبل (التهاب مهبل) . علاوة على وجود تورم التهاني واحمرار في الفرج غالباً يرافقها ترسبات بيضاء في منطقة الشفرين الصغيرين وباطن الشفرين الكبيرين . وقد يحدث مذح أو التهاب جريبات بالمبيضات ، وذلك بشكل ثانوي في المنطقة الأرية . وتشكو المريضة من حكة وحس حرق .

التشخيص : إنّ الصورة السريرية وصفية . ويؤكد التشخيص بالفحص المجهرى ويزرع المواد المكشوفة من الغشاء المهبل بواسطة عروة من البلاتين . وقد يتواجد داء المبيضات المعوي عديم الأعراض والذي يكون منبعاً إحتياطياً للخمج . ويجب زرع المبيضات من البراز أيضاً . ومن المهم الأخذ بعين الاعتبار الأبحاث المتعددة (المكورات البنية ، المشعرات ، المفطورات ، المتدثرات) وإجراء الفحوصات لها تبعاً لذلك .

التشخيص التفريقي : يجب عدم إغفال السيلان البني الذي أكثر ما يكون نجيجه أخضر مصفر ذا قوام كريمي قحي ، وهو داء حاد في بدنه . ويُنفى السيلان البني بأخذ لطاخة من عنق المهبل ومن الإحليل وليس من الغشاء المخاطي المهبل ، وفحصها بالمجهر أو زرعها . أما نجيج داء المشعرات Trichomoniasis فيكون رقيقاً حليياً ، يتضمن غالباً فقاعات هوائية . أما العوامل المرضية فيمكن كشفها بسهولة من لطاخة مأخوذة من مفرزات مهبلية طازجة ، كما وأن الزرع ممكن أيضاً .

من ذلك التاريخ . أما عند الرضع الأكبر سنّاً فإن السلاق نادر الحدوث . يكتسب هذا الخمج أثناء الوضع حين مرور الوليد من القناة التناسلية ، ولهذا السبب يجب فحص الحوامل للتحري عن داء المبيضات المهبل ومعالجتهن موضعياً فيما إذا كان ذلك ضرورياً . يزداد السلاق في الأعمار المتقدمة عندما تكون الأسنان مفقودة أو إذا كانت الأسنان التعويضية غير مناسبة . ومن الأمور المهيئة للإصابة بالسلاق جميع الحالات المزمنة التآكلية في الغشاء المخاطي الفموي وخاصة الفقاغ الشائع .

الموجودات السريرية : تظهر آفات بيضاء ، على اللسان ومخاطية الفم وقبة الحنك ، حيث تبدو كخشاعة الحليب ، وتندمج بشدة مع بعضها . أما في الحالات الشديدة فإنه ينتشر مشكلاً غطاءً بكثافة الرهم وبلون قشدة الحليب ، يغطي البلعوم والمرء والرغامى والقصبات ، وقد يؤدي لانسداد الطرق التنفسية مسبباً ضباحاً Hoarseness . ويطلق الصماغ Perleche أو التهاب الشفة الزاوي على الشقوق التي تتوضع في زوايا الفم (راجع الشكلين ١٩ : ٧ و ٢٠ : ٧) . وتكون ثمرة العينة المأخوذة من تلك الشقوق بعد زرعها هي المبيضات البيض فقط . وتكثر هذه الآفة عند المسنين ذوي الأسنان الرديئة ، المهملين فمهم وعند المصابين بداء المبيضات المعوي .

التشخيص : وهو سهل بفحص المحضرات المهيئة بإضافة ماءات البوتاسيوم فوق الكشاشة العينة وضغطها على المحضر بلطف ، كما يمكن إيجادها بكمية كبيرة بالزرع .

التشخيص التفريقي : يمكن إزالة بقايا الحليب أو طعام الطفل بسهولة . وتحدث الطلاوة عند الكهول فقط ، وتبدو عادة في بؤر منعزلة لا يمكن كشطها . وينطبق نفس الشيء على البؤر البيضاء المتفصنة الشبكية في الحزاز المسطح المتوضع في غشاء الفم المخاطي . كما أنّ فحص المريض ونتائج الفحوص المصلية تحول دون الالتباس بالبلوغات المخاطية في الإفرنجي الثانوي . أما الطلاوة المشعرة عند الأشخاص المصوبين بحمة HIV (حمة عوز المناعة الإنسانية) فتتوضع عادة على الحواف الجانبية للسان ، ويجب فحص البراز أيضاً ، وذلك لأن المبيضات غالباً ما تصيب الأمعاء في نفس الوقت .

المعالجة : يجب إدراك العوامل المؤهبة والعمل على إزالتها أو معالجتها بالسرعة الممكنة . وإن المعالجة الموضعية بالصادات النوعية كالنستاتين والأمفوتريسين ب أو الناتاميسين فعالة . وتظهر جليلة فائدة الطلاء بمائية بنفسجية الجانسيان (٠,٥٪) .

تعطى الصادات المضادة للخمائر داخلاً في داء المبيضات الهضمي حيث أنها تؤثر على الأمعاء فقط ولا يمتصها الجدار المعوي . وأهم هذه الصادات النستاتين ، أمفوتريسين ب ، ناتاميسين ولمدة ٧ - ١٠ أيام . أما في الحالات الشديدة فيوصى

المعالجة : صعبة ، وغالباً ما يكون نجاح المعالجة عابراً بسبب صعوبة التأثير على العوامل المؤهبة . أما طرائق الأصبغة المرسخة فتقوم على الطلي بالمحلول المائي (١,٠٪) لبنفسجية الجانسيان أو صبغة كاستلاني . ويطبق موضعياً النستاتين ، الأمفوتريسين ب والناتاميسين . كما أن مشتقات الإيميدازول المضادة للفطور قد استعملت في المعالجات الموضعية إضافة للحبوب المهبيلة والرهيمات .

ويمكن أن يوصى أيضاً بالمحضرات الحاوية في تركيبها على الأستروجين لتابعة المعالجة الموضعية . يعالج داء المبيضات المعوي بالنستاتين أو الأمفوتريسين ب لمدة ٧ - ١٠ أيام عن طريق الفم .

كما أن فحص ومعالجة الشريك الجنسي الآخر في التهاب الفرج والمهبل الناكسين يعد أمراً معقولاً . وإضافة لذلك فإنه يجب استبعاد ومعالجة العوامل التشريحية والغدية الصبوية المؤهبة للخمج . وقد يتم التعاون مع الأطباء النسائيين إذا كان ذلك ضرورياً (تبديل مانعات الحمل ، المعالجة الأستروجينية) . كما ويوصى بالمعالجة بالكيتوكونازول عن طريق الفم في حالات خاصة .

التهاب الحشفة بالمبيضات Candida Balanitis :

المترادفات : التهاب الحشفة بالمبيضات ، السلاق الحشفي .

الحدوث : ينجم التهاب الحشفة ، أو التهاب الحشفة والقلفة (الطبقة الداخلية للقلفة) عن الخمج بالمبيضات البيض . ويحدث هذا الشكل من الالتهاب خاصة عند البدنيين من الكهول ، وعند المصابين بتضييق القلفة ، والسكريين . ومن العوامل المؤهبة لهذا الخمج : الطقس الحار الرطب داخل القلفة ، النظافة غير الكافية ، وخاصة عدم التنشيف بعد الاستحمام ، أو التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات عند الشريك الجنسي الآخر .

الموجودات السريرية : تبدو بقع حمراء موضوعة عادة في منطقة القلفة ومترافقة مع رواسب بيضاء رمادية أو تآكلات نازة . وقد يأخذ المرض شكلاً حاداً أو تحت الحاد . وقد يرافقه تورم التهابي في الطبقة الداخلية من القلفة أثناء سيره (راجع الشكل ٧ : ٢١) . وينجم عن الخمج الجرثومي الثانوي تضييق في القلفة وإفرازات قيحية كثيفة ، ويشكو المصاب من حكة أو حس حرق .

التشخيص : يؤكد التشخيص بكشف الفطور بالفحص المجهرى المباشر وبالزرع .

التشخيص التفريقي : يجب استبعاد كل من التهاب الحشفة اللانوعي ، والتهاب الحشفة مصوري الخلايا ، والتهاب الحشفة

التآكلي التحلتي ، والصداف ، والتنسج الأحمر لكثيرات Queyrat . كما يجب إجراء خزعة عند الضرورة ، ذلك أن داء المبيضات قد يتواجد سوية مع آفات أخرى أو مع سرطانة .

المعالجة : يقوم مبدأ المعالجة على تنظيف وتجفيف الحيز القلبي لإزالة الشروط التي تحتاجها المبيضات للنمو . يُغطس القضيب بمحلول برمنغنات البوتاسيوم الأحمر الفاتح (المخفف جداً) أو بمحلول كبريتات الكينولونول - ٨ بنسبة (١,٠٪) ، ثم تنشف القلفة بشكل جيد . وإن طلي الناحية المصابة بمحلول بنفسجية الجانسيان المائي بنسبة (١,٠٪) مفيد وبسيط ، ولكن يجب عدم الإكثار من استعماله ، أو تطبيقه بتركيز عالية لأنه قد يحدث نخرأ (تنخر بنفسجية الجانسيان) . وبعد أن يجف المحلول يوضع دوماً شريط من الشاش أو الموصلين (نسيج قطني رقيق) داخل الحيز القلبي ، ويجب تجديده يومياً ، وإن الرهيمات (المراهم مضادة للاستطباب) المتضمنة على نستاتين أو أمفوتريسين ب فعالة أيضاً في المعالجة ، ذلك أن تلك الأدوية عديدة اللون ويمكن تطبيقها بمقادير قليلة . وعندما يبدأ الجلد بالتظهرن Epithelized فعند ذلك يمكن ذر مسحوق موقف نمو المبيضات ، ويلجأ لذر المسحوق أيضاً لغاية وقائية . لا يستطب عادة تطبيق مستحضرات تتضمن الستيروئيدات القشرية السكرية . ويمكن استعمال الحاميل المنظفة لتنظيف الآفة . ويجب فحص البراز للتحري عن المبيضات أيضاً وذلك كإجراء إضافي . كما ويجب استبعاد الداء السكري أو معالجته إن وجد . ويوصى بالختان في الحالات المتصفة بالنكس المستمر ، وفي حالات تضيق القلفة أيضاً .

داء المبيضات ما بين الأصابع Interdigital Candidosis :

المترادف : التآكل بين الأصابع بالفطور البرعية .

التعريف : شكل خاص ووصفي سريري للمذح ما بين الأصابع والأبأخس بالمبيضات .

الإمراض : يعتبر كل من البدانة والداء السكري ، والإكثار من استعمال الماء والمنظفات ، وعدم تجفيف الأصابع بعد غسلها عوامل مؤهبة .

المظاهر السريرية : يتوضع هذا الداء في طيات الجلد ما بين الأصابع والأبأخس ، وخاصة الأحياز الضيقة التي تبقى مغلقة عادة . وعلى الخصوص فإنه يتوضع في الفوت الثالث والرابع ما بين الأصابع وفي الثالث والرابع ما بين الأبأخس (راجع الشكل ٧ : ٢٢) . وإن كثرة التفرق واحتباس الماء والخلفات المتبقية من الصابون بعد التفتيل كل ذلك يؤدي إلى المذح المترافق بتآكلات متفضنة ، محاطة بظهارة متعطنة وبيضاء

منتفخة تتوضع عليها المبيضات البيض . وهناك حكة وحس حرقه وشقوق مؤلمة .

التشخيص : يقوم بكشف الفطر من الوسوف المأخوذة من محيط الآفة أو من الكشاشة الظهارية .

التشخيص التفريقي : المنظر السريري يكون وصفيًا على اليدين . ويجب استبعاد كل من المذح ، والحمج الجرثومي للقدم ، والأشكال المذحية من السعفة القدمية .

المعالجة : إن أساس المعالجة يقوم على إبقاء الأفوات جافة . ويفيد دهنها بصبغة كاستلاني أو المحلول المائي لبفسجية الجانسيان (٠,٥٪) ، أو الطلاء الجاف بمحلول الزنك . ويفيد إضافة الكينوليتول بنسبة (٠,٥٪) عند الضرورة . ويجب فصل الجلد الملامس لبعضه بوضع لفائف الشاش . ويمكن الحصول على نتائج جيدة بالمحاليل أو الرهيمات المحتوية على أمفوتريسين - ب . كما ويمكن تطبيق الصادات الفطرية الحديثة واسعة الطيف المعتمدة على الإيميدازول (محلول أو رهم أو مسحوق مناسب عندما يكون الجلد غير مصاب) . ومن المهم إزالة العوامل المؤهبة وشرح ذلك للمريض .

المذح بالمبيضات Candida Intertrigo :

الترادف : مذح المبيضات الفطرية .

الحدوث : إن المذح بالمبيضات مرض شائع . وقد شرحت عوامله الهامة المؤهبة في الآفة السابقة وخاصة البدانة والداء السكري وضعف الدفاع المناعي . ويمكن أن يؤدي الحمج بحمة عوز المناعة الإنسانية (HIV) إلى انتشار هذه الآفة .

الإمراض : تؤمن كل من التآكلات ، وتبدلات الجلد المتعطن ، والمناطق الدافئة الرطبة المذحية شروطاً مثالية لنمو المبيضات البيض . وعلى هذا فإن داء المبيضات هو أكثر الاختلاطات شيوعاً ، هذا ومن الصعب التمييز بين المسبب والسبب ، فالعوامل المرضية تزيد من التهاب ، كما أن الالتهاب يساعد على نشاط العوامل المرضية . أما العوامل المؤهبة الأخرى فهي التعرق الغزير ، والألبسة الضيقة الكثيفة للهواء ، وعدم كفاية النظافة والمترافقة مع باهاء PH جلدي غير فيزيولوجي (وهو ما يدعى بالغطاء الحامضي) .

الموجودات السريرية : إن المناطق الرئيسية لتوضع هذا المذح هي المناطق التشريحية الوظيفية المذحية للجلد (الطيات) كالمناطق التناسلية والأربية وتحت الإبطين وتحت الأثداء وفي طيات البطن عند البدنين وغالباً السكرين ، والمنطقة الملامسة للأطراف الصناعية إلخ ... أما الشكل السريري الوصفي لهذا المذح فيتجلى بأفة تتصف بحدود فاصلة نسبياً ما بين الأحمر والمهتبه والمركز الناز ، كما وتحاط بمناطق وسفية (طوق)

وأحياناً اندفاعات بدئية مكونة من بثور صغيرة ذات توضع دائري ومحتوى أبيض مصفر (راجع الشكل ٧ : ٢٣) .

التشخيص : يجب تأكيد التشخيص بالتعرف على الفطور بعينات من البقع أو الوسوف مجهرياً أو بالزرع ، ويكشف فحص البراز عادة في داء المبيضات المتوضع في المناطق التناسلية عن داء المبيضات المعوي الذي يعتبر كمستودع للحمج .

التشخيص التفريقي : يُفرق عن المذح غير المترافق بالتهاب ثانوي ، وعن التهاب الجلد التماسي الأرجي والصداف الشائع المذحي .

المعالجة : من المهم العمل على إبقاء الطيات المذحية جافة وذلك بوضع لفائف من الشاش أو الموصلين أو بارتداء صدرية للتدخين . وقد ثبتت فائدة الطلاء بصبغة كاستلاني أو بمحلول بنفسجية الجانسيان المائي (٠,٥٪) أو الكينوليتول (٠,٥٪) في محلول أو زيت الزنك ، والدهونات الخاصة المضادة للفطور . وإن الرهيمات والمستحلبات الفطرية ملائمة أيضاً للمعالجة ، لكن المراهم غير مناسبة لأنها تمنع التبخر . ويجب أن تطبق الرهيمات بشكل رقيق ، كما أن المساحيق تفيد في متابعة المعالجة والوقاية من الإصابة وخاصة مسحوق النستاتين أو الأمفوتريسين ب أو مشتقات الإيميدازول ، وإن العوامل المؤهبة التي ذكرت يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار وخاصة منها الداء السكري الذي يجب تأكيده أو نفيه . ويعطى النستاتين أو الأمفوتريسين ب عن طريق الفم عند وجود داء المبيضات المعوي .

داء المبيضات في منطقة الحفاض

Candidosis in the Diaper Area

المرادفات : التهاب الجلد الحفاضي ، طفح الحفاض .

الحدوث : إن هذا الداء شائع جداً بين الرضع من جراء استعمال الحفاضات .

الإمراض : تشكل الحفاضات المغلقة المغطاة بلدائن (بلاستيك) أو مطاط في منطقة الحفاض حيزاً مذحياً وظيفياً ، حيث يحدث التعطن والتآكل المذحي بسهولة جداً . وتعتبر التآكلات النازة في منطقة الحفاض الدافئة الرطبة ركيزة جيدة التغذية للمبيضات . وغالباً ما يكون مستودع هذه الإصابة داء المبيضات المعوي عديم الأعراض .

الموجودات السريرية : غالباً ما يتواجد طوق وسفي إلى جانب تعطن الجلد ، وبقع وتآكلات . كما تشاهد بثور صغيرة بيضاء مصفرة في أطراف الآفة (راجع الشكل ٧ : ٢٤) . وتبدأ الإصابة عادة من منطقة ما حول الشرج ثم تنتشر أولاً على منطقة الحفاض ثم تنتشر إلى مناطق واسعة من الجلد . وقد تأخذ

آفة منظرًا صدافياً في بعض الأحيان .

التشخيص : تبدي اللطاخة أعداداً كبيرة من المبيضات البيض . وكذا بالزرع ، وقد تتواجد العوامل الممرضة في لطاخة مأخوذة من مخاطية الفم أو من البراز .

التشخيص التفريقي : يجب نفي كل من التهاب الجلد الحفاضي البسيط (التهاب الجلد الأمونيائي) ، والصداف الشائع ، والتهاب الجلد المني .

المعالجة : إن العناية الصحية الجيدة هي الأكثر أهمية في المعالجة وذلك بالعمل على بقاء الطفل جافاً قدر المستطاع . ويجب تغيير الحفاض في فواصل زمنية مناسبة ، وتجنب السراويل الضيقة .

تتبنى معالجة موضعية على الإجراءات الهادفة لمعالجة المذخ الخمثري ، ومن المفيد تطبيق المحلول المائي لبينفسجية الجانسيان (٠,١٪) . وينبغي الانتباه إلى أن الكثافة العالية لهذه المادة قد تؤدي إلى ما يسمى « نخر بنفسجية الجانسيان » وذلك لرقعة جلد الطفل في المنطقة المذخية . ويجب أن يجفف الجلد جيداً بعد ذلك ، ويفيد في ذلك مجفف الأشعار ، وقد ثبتت فائدة الدهن بظيفة رقيقة من رهم النستاتين التي تغطي بزيت الزنك كسيونيني (٠,٥٪) ، أو المعجونة المضادة للخمثاري في حالات تشديدة . ويوصى عند العناية بالجلد استعمال معجونة لزنك المؤلفة من أكسيد الزنك ١٠٪ مع سواغ مائي قابل لنقل وحامات أو مغاطس بمنظفات مخففة جداً .

وعند ترافق داء المبيضات في مخاطية الفم والأمعاء فيعالج بإعطاء النستاتين أو الأمفوتريسين ب عن طريق الفم (١ مل ، ٤ مرات يومياً ولمدة أسبوع) ويجب فحص البراز بعد ٣ أسابيع .

الداخس أو فطار الأظفار بالمبيضات :

الترادف : الداخس بالمبيضات الفطرية Paronychia Candidomycetica .

التعريف : هو عبارة عن التهاب تقيحي في طية الظفر أو سريره تحدثه المبيضات البيضاء .

الحدوث : غالباً ما يحدث المرض عند النساء في سن الضهي (الإياس) واللاتي يعانين من اختناق النهايات (Acroasphyxia) أو التعرق . ويعد هذا الداخس مرضاً مهيناً لدى كل من صانعي الحلويات وربات البيوت . ويهيء لهذه الإصابة الراتب الغذائي الفقير بالبروتين والذي ينقصه الحديد .

الموجودات السريرية : تكون طية الظفر حمراء ملتصقة في الداخس بالمبيضات ، ويكون سطحه مؤلماً وممضاً إما بشكل

عفوي أو بالضغط . هذا وتنطرح المفزرات المصلية والقيحية بسهولة من الحيز الموجود أسفل الجلدة المفقودة .

سريريا : لا يمكن تمييز فطار الأظفار بالمبيضات عن أشكال السعفات الظفرية الناجمة عن الفطور الجلدية . وإن إصابة منطقة الطية الظفرية والسرير الظفري تكون وصفية نسبياً في الأصل للإصابة بهذا المرض لكن اجتياح الصفيحة الظفرية يكون ثانوياً (راجع الشكل ٧ : ٢٥) . هذا وقد يشير تلون الظفر بلون أسود مخضراً ، وخاصة الأقسام الجانبية منه ، إلى إصابة سرير الظفر بداء المبيضات ، ينجم ذلك عن ترافقه عادة مع خمج جرثومي ، يغلب أن يكون ناجماً عن الزائفة الزنجارية (Pseudomonas Aeruginosa) . ويؤدي الخمج المستمر في مظهر الظفر عادة إلى تغيرات استحالية في الصفيحة الظفرية (راجع الشكل ٧ : ٢٦) (غضون وأخايد غير منتظمة) . وهذه التغيرات لا تتم بالضرورة عن وجود عوامل ممرضة فيها .

التشخيص : ويتطلب كشف العامل الممرض مجهرياً وبالزرع وذلك من الوسوف أو المفزرات القيحية أو من نماذج من الظفر .

التشخيص التفريقي : يمكن أن ينجم الداخس وحثل الأظفار الفطري الموصوف عن الفطور الجلدية ، والجراثيم (العقديات ، العقديات ، الزائفة الزنجارية ، المتقلبة الرائحة إلخ ...) ونادراً عن العفن ، كما قد ينجم عن المبيضات البيض .

المعالجة : نظراً لوجود التقيحات ، ولشدة التهاب الآفة ، فإنه يُشار إلى استئصال المعالجة بتطبيق كمادات رطبة ومغاطس للأصابع بمحاليل مطهرة (محلول برونغينات البوتاسيوم المخفف بدرجة كبيرة ، كبريتات الكينولونول ١٪ أو ماء ساخن أو مصلى ملح) . ويمكن الطلي بعد ذلك بصيغة كاستلاني أو بمطهر خاص ، ومضادات فطرية حيث يقطر المحلول قطرة قطرة في طية الظفر . وإذا ما كان هنالك مفزرات قيحية مزمنة ، فإنه يجب استئصال الطية الظفرية الجانبية بعناية . ويجب أخذ العوامل المؤهبة لهذا الداخس في الحسبان . لا يوجد سبب يمنع من تغسيل الأصابع على أن يتم تجفيفهما بعد ذلك بشكل جيد . ويفضل استعمال المنظفات عن استعمال الصوابين القلوية . ومن مضادات الاستطباب تطبيق مراهم دهنية لأنها تمنع عملية الجفاف المرغوب فيها ، أما الرهيمات المضادة للفطور فهي لا تفيد إلا في المراحل الأخيرة من المعالجة .

التهاب الجريبات بالمبيضات Candida Folliculitis :

الترادف : التهاب الجريبات (اللحية) بالمبيضات الفطرية .

الحدوث : نادر .

ويجب الأخذ بعين الاعتبار وبشكل خاص الاضطرابات الخلقية للدفاع المناعي الخلوي (عدم تنسج التوتة) ، أو الدفاع المناعي الخلطي (انعدام الغاماغلوبولين) ، وعوز المناعة المكتسب (اللمفومات الخبيثة ، داء هودجكن ، الأورام الخبيثة ، الخمج بحمة (HIV) ، والمعالجات المؤدية إلى إفساد الآلية الدفاعية (كابتات المناعة ، مثبطات التكاثر الخلوي ، الستيرويدات السكرية) . ومن المشكوك فيه الدور الذي يلعبه اعتلال الغدد الصماء (قصور الدرقية ، قصور الكظرية الستيروئيدية) ، وعوز الحديد ، والحدوث العائلي الذي يفترض بأن العوامل الخلقية قد تلعب دوراً هاماً في ذلك .

الموجودات السريرية : وجود مظاهر من داء المبيضات الجلدي وداء المبيضات في الأغشية المخاطية متواقة ، كتواجد التهاب غشاء باطن الفم المزمن (السلاق) بترسباته البيضاء والذي ينتشر إلى المريء والبلعوم مع تشقق في زوايا الفم (التهاب الشفة الزاوي) ، والتهاب ملتحمة ، والتهاب حواف الأجفان (راجع الشكل ٧ : ٢٧) مع اضطرابات معوية ومذح تأكلي تعطي ، والتهاب إحليل ومثانة ، والتهاب مهبل ، وداحس مزمن تقيحي ، وحنث أظفار فطري ، وحببيوم جلدي ، كما أن هناك استعداداً للإصابة بأنماط فطرية أخرى ، وأخماج جرثومية وحُموية . هذا وغالباً ما يحدث تفاعل التهابي حبيبي شديد .

واعتماداً على كل من هيجز Higgs وويلز Wells [١٩٧٣] يمكن تمييز الأشكال التالية :

– داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن العائلي : مرض وراثي يتقل بصبغي جسدي صاغر ، ذو مظاهر معتدلة في العادة ، لكنه يتصف باستمرار آفاته التي تتوضع خاصة في الفم والأظفار ، لا يرافق الآفة اعتلال في الغدد الصم .

– داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن المنتشر : مرض وراثي يتقل بصبغي جسدي صاغر ، يتصف بوجود بؤرة شديدة على الجلد وحبيومات بالمبيضات في الفم ، ويتصف بميله للأخماج التنفسية الناكسة .

– متلازمة داء المبيضات باعتلال الغدد الصم : متلازمة وراثية تتقل بصبغي جسدي صاغر ترافق بقصور في الدرقية ، داء أديسون ، قصور الدرقية مع عوز قندي Gonadal Deficiency .

– داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن المترافق بتظاهرات متأخرة : إن هذا الداء ما هو إلا عبارة عن زمرة غير متجانسة من الأمراض التي ليس لها أي ارتباط وراثي . ويبدأ المرض عادة بعد سن ال ٣٥ من العمر .

الإمراض : إضافة للجراثيم والفطور الجلدية فإن المبيضات البيض قد تسبب التهاب الجريبات ، وخاصة في حية الذكور من الكهول ، وقد تتواجد العوامل المؤهبة كالداء السكري ، وضعف المقاومة المناعية الموضعي أو العام من خلال الإصابة باللمفومات الخبيثة ، وايضاض الدم ، والخمج بحمة نقص المناعة الإنسانية (HIV) ، والمعالجة بالستيرويدات القشرية السكرية وموقفات التكاثر الخلوي ، إضافة لمعالجة الآفات الجلدية سابقاً ولمدة طويلة بكميات من الستيرويدات والصادات . وقد يكون وجود كل من السلاق الفموي وداء المبيضات المعوي منبعاً للخمج . وغالباً ما يوجد سيلان مبي .

الموجودات السريرية : نشاهد في منطقة اللحية ، وخاصة حول الفم ، جلبات صفراء عسلية (تشبه القوباء المعدية) ، وبثور جريبية صغيرة (تشبه التهاب الجريبات البسيط) ، أو حطاطات وعقيدات صغيرة مغطاة بجلبات (تشبه سعفة اللحية) ، أما سير المرض فمزمن .

التشخيص : إن الصورة السريرية غير مشخصة ، ويثير الشك بالآفة كل من السير المزمن ، وعدم الاستجابة للصادات ، ويعتبر كشف المبيضات في الجلبات وأشعار اللحية المقتلعة مشخصاً . وفي نفس الوقت ، تكون نتيجة الزرع الجرثومي سلبية عادة .

التشخيص التفريقي : يجب أن يميز عن القوباء المعدية ، وسعفة اللحية والتهاب الجريبات الشعرية الإكزيمية للحية ، والتهاب الجريبات الشعرية الجرثومي أو الدماثل .

المعالجة : يجب إزالة الجلبات بمحض الصفصاف مع الودلين (٣ - ٥٪) أو إزالتها بتطبيق كمادات رطبة ولمدة قصيرة بمحاليل مطهرة (برمنغنات البوتاسيوم ، كبريتات الكينولونول بنسبة ١/١٠٠٠) ثم تطبق محاليل أو رهمات مضادة للفطور . ومن

الضروري الكشف عن العوامل المؤهبة ومعالجتها . وإذا ما وجدت المبيضات البيض في مسحة مأخوذة من الفم أو البراز فإن المعالجة الفموية تقوم على إعطاء النستاتين أو الأمفوتريسين ب أو الكيتوكونازول .

داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن

Chronic Mucocutaneous Candidosis

التعريف : يعتبر داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن خمجاً عنيداً ومقوماً على المعالجة . ويحدث في الجلد والأغشية المخاطية في مناطق مختلفة من الجسم . وغالباً ما يبدأ هذا الداء في سن الطفولة ، ويحدث نتيجة عيوب مناعية متنوعة .

الإمراض : قد تلعب عوامل مختلفة دوراً في إحداث هذا الداء .

التشخيص : كشف المبيضات البيض ، ومن النادر المبيضات المدارية *Candida Tropicalis* في عينات من الجلد ومفرزات الآفات ومن البراز .

المعالجة : تتلو المعالجة الموضعية إعطاء إرشادات حسب الأشكال السريرية المختلفة لداء المبيضات . وتتضمن المستحضرات الفعالة على النستاتين أو الأمفوتريسين ب ومضادات الفطور الواسعة الطيف . أما المعالجة الجهازية فتقوم على إعطاء جرعة فموية يومية من النستاتين أو الأمفوتريسين ب ، وذلك عند وجود إصابة معوية بالمبيضات . ويجب عند إعطاء الأدوية المذكورة الأخذ بالحسبان أنها غير قابلة للامتصاص ولذلك فإن فاعليتها محصورة في السبيل الهضمي . كما ويمكن إعطاء الأمفوتريسين ب بالتسريب عن طريق الوريد . وبما أن هذا العقار سام نسبياً فإن إعطائه ينحصر في معالجة الآفات المعممة والشديدة . أما الميكونازول فيعطى عن طريق الوريد ، لكن الكيتوكونازول يعطى عن طريق الفم . وإن ٥ - فلوستوزين الذي يؤخذ بشكل حبوب فموية فعال أيضاً في معالجة داء المبيضات ؛ علماً بأن الكيتوكونازول أثبتت فعاليته بشكل خاص . ومن الضروري التقيد بكل من الاستطباب والجرعة الدوائية المضبوطة ، وإجراء فحوص متكررة للعدد الدموي ووظائف الأعضاء عند إعطاء الأدوية السابقة . هذا وقد تصبح العوامل المرضية مقاومة لهذه الأدوية ، أما عند وجود عيوب في المناعة الخلوية فإن تحسناً مؤقتاً يمكن بلوغه بمحقن العوامل الناقلة . وفي حال عوز الحديد فإن الاستعاضة به يبرز نجاحاً .

النخالية المرقشة Pityriasis Versicolor : [Eichstedt ١٨٤٦]

المرادفات : إن اسم السعفة المرقشة غير صحيح رغم أنه يستعمل كمرادف ، ذلك إن مصطلح السعفة *Tinea* يجب أن يقتصر على الفطريات الجلدية .

التعريف : إصابة جلدية سطحية غير التهابية في العادة ، تحدثها الخمائر الويفائية الدقيقة أو الملاسيزية بشكلها المختلفين : الويفائية البيضوية *Pityrosporum Ovale* والدويرية *P. Orbicularis* .

الحدوث : تحدث في سن الشباب وعادة بعد سن البلوغ ، ويمكن أن تحدث عند الكهول أيضاً . وهذا الداء شائع في الأقالي المدارية وتحت المدارية وذلك عند حجب التبخر من جراء الملابس ، وعند عدم تطبيق وسائل حفظ الصحة ، وعند الذين يعانون من فرط التعرق أو المثلث .

الإمراض : تحتاج الملاسيزية إلى بيئة حارة رطبة غنية بالدهن ، أو حالة من التعرق الدهني ومثلها : تعرق غزير مترافق مع

مث ، نقص التبخر الناجم عن ارتداء الألبسة الداخلية التركيبية . ومن العوامل المؤهبة أيضاً الإفراط في تطبيق الرهيمات على الجذع والأكتين . كما ويشار إلى زيادة التبخر الناجم عن اضطراب الجهاز العصبي المستقل ، وفرط الدرقية أو التعرق الليلي عند المصابين بالتدردن أو عند المرضى ذوي المناعة المثبطة كالمجموعين بحمة (HIV) .

الموجودات السريرية : تتوضع الإصابة بشكل خاص على الظهر والصدر وذلك لغناها بالغدد الزهمية والناعمة ، ثم تنتشر فيما بعد إلى الأقسام الجانبية من الأكتين . ومن النادر أن تصاب المنطقة السرية وداخل الفخذين والعضدين . وتظهر النخالية المرقشة ببقع محددة تماماً بلون القهوة المائلة للصفرة المتسخة أو البني (راجع الشكل ٧ : ٢٨) . ويتراوح سطح البقع في البدء ما بين ٢ - ٣ ملم وحتى ١ سم ، ثم تتسع وتتداخل فيما بينها لتشكل خطوطاً غير منتظمة تشبه الخارطة . وهي تشبه عيوب التصبغ البدئية . ويبدو اللون داخل الآفات فاتحاً في الصيف من جراء حصول الديغ في بقية الجلد . أما في الشتاء فيبدو أغمق من الجلد غير المصاب ، لكن التصبغ لا يستمر فترة طويلة ، ومن هنا جاءت تسمية هذه الآفة بالمرقشة (Versicolor) .

تُبدى الآفة عادةً وسوفاً نخالية الشكل . وهذه الوسوف الدقيقة الشبيهة بالنخالة تصبح أكثر وضوحاً إذا ما حُكَّ الجلد بلطف ، وهذه العلامة المفيدة المشخصة لا تظهر في اضطرابات التصبغ الأخرى غير الوسفية ، وخاصة الهاق . وقد تبدي الآفة التهاباً خفيفاً أحياناً . ويحدث تراجع عند التعرض للشمس . وقد تبدو بقع الآفة الأصلية أفتح من الجلد المحيط بها « النخالية المرقشة القاصرة » ، وليس من المؤكد فيما إذا كان الوضع الكاذب هذا يرجع إلى وقاية الجلد بالوسوف الناعمة والتراكبات الفطرية من تأثير الأشعة فوق البنفسجية الدابغة ، كما أن الفطر نفسه يكون مواداً لها إمكانية تخريب الصباغ كحمض الأزلايك *Azelaic Acid* مما يؤدي إلى وضع حقيقي . لا ترافق النخالية المرقشة بأعراض شخصية ، لكن هناك انزعاجات تنجم عن اعتبارات تزويقية . كما أنها آفة خفيفة السراية .

الحدوث : النخالية المرقشة مرض مزمن ، ومن المحتمل ازدياد شدته أو تراجعه اعتماداً على ظروف البيئة والمعالجات المطبقة .

التشخيص : إن الصورة السريرية ، وسير الآفة ، وعلامة التوسف ، كلها وصفية تماماً . كما أن كشف الفطر يكون سهلاً ومشخصاً بالاستعانة بالمحضر المجهرية البسيطة للوسوف المسخوذة من الآفة والملونة بزرقة الميتيلين ، أو محضرات هيدروكسي البوتاسيوم ، حيث يمكن تمييز خيوط فطرية عريضة ، قصيرة ومتقطعة يتواجد بينها عنقيد من أبواغ تشبه

عناقيد العنب ، مؤلفة من ١٠ - ٣٠ بوغاً مفرداً (سباكتي وكرات لحمية) . تضغط قطعة من شريط لاصق شفاف على الأماكن المشتبهة من الجلد حوالي خمس مرات متعاقبة ، وفي كل مرة بسطح لاصق جديد ثم تنزع بعد ذلك . تلتصق طبقة من الخلايا المتقرنة إلى كل سطح من سطوح الشرائط المضغوطة ، يثبت الشريط على صفيحة زجاجية ويفحص بتكبير حوالي ٤٠٠ مرة . ولا تزرع الويغاء الدقيقة بشكل روتيني . أما الفحص بمصباح وود فييدي تألقاً أحمر أو أصفر مخضر ، وأهميته التشخيصية قليلة .

التشخيص التفريقي : يمكن تمييز كل من البهاق و الوضح الكاذب بفقدان الوسوف بالحك . أما في الحالات المشكوك فيها فيجب أن توجه الأسئلة نحو استعمال المزوقات . وذلك لأن الآفات نخالية الشكل يمكن أن تختفي بالرهيات . كما يتضمن التشخيص التفريقي كل من الودح Erythrasma والإكزيمة اللثة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعطى الكيتوكونازول في الأشكال الناكسة فقط ولمدة قصيرة (من أسبوع إلى أسبوعين) على أن يتم توازن المخاطر .

المعالجة الموضعية : إن للحمامات المتكررة أو الدوش مع استعمال المنظفات لها أهمية كبيرة في المعالجة . وقد ثبت أيضاً فائدة الشامبو والدوش مشتركاً مع ثاني سولفيد السيلينيوم . ويجب أخذ الدوش يومياً ولمدة ١٤ يوماً . كما يجب غسل الأشعار إضافة لكامل الجسم ، من الرأس وحتى أخمص القدم لإزالة مستودعات الفطور كلية من جريات الأشعار . وقد ثبت الفعالية النوعية لشامبو الايكونازول . تدهن المواضع الانتقائية بدهونات مضادة للمث ، حالة للقرنين ، مضادة الفطور (فينول مائع ١٠ ، حمض الصفصاف ٢ ، إيتانول ٦٠٪ وحتى ١٠٠ - محلول فابري) . ويمكن أن تطبق محضرات الرهيات أو العلامات أيضاً ، مع عدم استعمال المراهم . ويجب تجنب الملابس الداخلية التي تمنع التبخر (نايلون ، بيرلون ، أورلون) . أما عند وجود شك بأن التعرق ينجم عن أسباب مجموعية ، فيجب عندها إجراء التحريات المناسبة (وظيفة الدرق ، الداء السكري ، التدنر ، خمج بحمة HIV ، اضطرابات نفسية إنباتية) .

التهاب الجريات الويغائية

[Jonhson, Burgoon, : Pityrosporum Folliculitis

١٩٧٣ Potter]

المترادف : التهاب الجريات بالملاسيزية .

التعريف : وصف التهاب الجريات المزمن هذا حديثاً . ويقال إنه ينجم عن الويغاء البيضية ، كما أوحى نتائج الاختبارات التي أجريت على التهاب الجريات الويغائي أنه ليس إلا عبارة عن جلاد نوعي .

الإمراض : تحدث هذه الآفة عند المرضى المعالجين لفترة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية السكرية ، والصادات ، أو كابتات المناعة . كما قد يشاهد عقب التعرض الشديد للشمس أو الضغوط الآلية أحياناً .

الموجودات السريرية : إن هذا المرض هو مرض الكهول حيث توجد حالة مثية شديدة ، أو أنها حالة تتبع العد الشائع أحياناً ، وقد تحدث أيضاً عند المجهوجين بحمة (HIV) . والمنطقة الانتقائية لتوضع الآفة هي الظهر . ويتصف مظهره السريري بأنه وحيد الشكل Monomorphic ، حيث يتظاهر بمطاطات جريسية ملتبة . ونادراً ما تشاهد بثور حطاطية في المراحل المختلفة من التطور . ويتم تراجع الآفة بمحصول جلبات يمكن نزعها بسهولة . وإن هذا المظهر السريري لشديد الشبه بالطفح عُدّي الشكل .

الأعراض : هذه الآفة تكون عادة لا عرضية بالرغم من وجود حكة أحياناً .

التشخيص : يعتبر الكشف عن المتعضيات مجهرياً مشخصاً ، حيث لا توجد جراثيم مقيحة ولا وتديات ، لكننا نشاهد كميات كبيرة من الويغاء البيضية في المحضرات المباشرة وفي الزرع أو بالمقاطع النسجية (تفاعل PAS) .

المسح : مزمن .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق عن الطفوح عُدّي الشكل ذات السبببات الأخرى وعن الإفريجات عُدّي الشكل أيضاً .

المعالجة : لوحظ تحسن أو شفاء بالمعالجات الموضعية المضادة للفطور وخاصة رهيم الإيكونازول . ومن المهم معالجة المث بالمطهرات والمحاليل القوية المجففة للدهن كحمض الصفصاف الكحولي .

الفطار الشعري العقيدي Trichomycosis Nodosa

[Beigel] ١٨٦٥ Horta ١٩١١

المترادف : البصرة البيضاء (White Piedra) .

التعريف : خمج فطري يصيب سقيات الأشعار مع تشكيلات ترسبية عقدية قاسية . ينجم هذا الخمج عن الخمائر Yeasts ، أما البصرة السوداء فتتجم عن العفن Mold .

الحدوث : تحدث البصرة البيضاء في المناطق تحت المدارية والمعتدلة ، لكنها نادرة في أوروبا .

العامل الممرض : هو الخميرة الشعرية المبوغة الجلدية *Trichosporum Cutaneum* والتي عرفت سابقاً بالشعرية المبوغة لبيجيلي .

الموجودات السريرية : إن هذا الفطار ما هو إلا خمج لسقيات الأشعار مع تشكلات عقيدية حجرية قاسية (البصرة = الحجر) للأفطورة ، والمحددة على طول السقية مثل حبات الخرز . وقد يصل قُدُ العقيدات إلى بضع ميللمترات ، ويصبح الشعر المصاب بهذه العقيدات هشاً . وقد تصاب كل من أشعار الرأس ، واللحية ، ومنطقة ما تحت الإبطين . ولا توجد أعراض شخصية .

المعالجة : قصّ الأشعار المصابة ، وتطبيق مضادات الفطور الموضعية ، ويوصى عادة بالآزولات Azoles .

الفطارات الجلدية الناجمة عن العفن

: Dermatomycoses Caused by Molds

ملاحظات عامة :

إن معظم العفنيات ممرضة للنبات ، أو أنها تعيش كرمّامات *Saprophytes* على المواد العضوية الميتة . وقد يعيش على الجلد القليل من آلاف أنواع العفن كطفيليات ، أو تعيش سوية مع الفطور الجلدية أو الخمائر . هذا ولا يشير التعرف الفطري للعفن على الجلد بأية طريقة بأنها أحياء ممرضة بشكل أكيد ، لأن معظم أنواع العفن ، ما هي إلا أبواغ محمولة بالهواء . وإن العفن ليس إلا أحياء انتهائية تشبه المبيضات البيض ، يمكنها الاستفادة من العوامل المتعددة الضارة بالدفاع العام أو الموضعي ، ومن ثمّ تهاجم الجلد والأشعار والأظفار ، وتعرف هذه العملية بالتطفل المرضي *Nosoparasitism* . ونحن نعتبر « العفن » كطفيليات اختيارية فقط ، ذلك أنها تنمو في حرارة (٣٠ - ٣٧°م) ، ولا يستجيب العفن لأي من الصادات أو الفريزوفولفين لكنه يستجيب إلى مشتقات البوليين *Polyene* أو الإييدازول . هذا ويمكن لبعض الآفات الجلدية أن تنجم عن « العفن » .

فطار الأظفار *Onychomycosis* :

إن فطار الأظفار ، وبخاصة أظفار الأباخس ، قد ينجم عن العفن كما في *Scopulariopsis Brevicaulis* . وقد تحدث أخماج متشاركة مع الفطور الجلدية ، وهذه الطريقة يفسر ضعف الاستجابة للفريزوفولفين . هذا ويجب الشروع بالمعالجة المضادة للفطور عند ظهور العفن بالزرع المتكرر وإيجابية محضرات ماءات البوتاسيوم KOH وذلك في الفطار البدئي أو الثانوي . وقد يسبب العفن مذحاً بين الأباخس .

فطار الأذن *Otomycosis* :

غالباً ما يصيب العفن (جنس الرشاشية) مجرى الأذن

الخارجية . أما عبارة فطور الأذن فتستعمل بشكل خاص في طب الأنف والأذن والحنجرة ، بالرغم من أنها عادة مزيج من المثل ، والتهاب جلد تأتبي أو التهاب جلد تحريشي مزمن للأذن . ويمكن لفطار الأذن أن يكون اختلاطاً لحالات من التهاب الأذن الوسطى المزمنة المترافقة مع التقيح .

البصرة السوداء *Black Piedra* :

ينجم الفطار الشعري العقيدي الأسود مع التشكلات العقيدية السوداء الحجرية القاسية على سقيات الأشعار عن عفن بصرة هورتاي *Hortae* . إن البصرة السوداء شائعة بشكل خاص في المناطق المدارية في جنوب أمريكا والشرق الأقصى .

السعفة السوداء *Tinea Nigra* :

وهي خمج عفني طفيلي غير مؤذ للطبقة القرآتنية السطحية من نوع *Phaeoannellomyces (Exophiala) Werneckii* وهي شائعة في المناطق المدارية وما تحت المدارية وهي نادرة في أوروبا الوسطى . أما الأماكن المفضلة للإصابة بهذه السعفة فهي : الراتين والأخصين ، حيث تظهر بقع صغيرة بنية أو سوداء ذات حدود منحنية وواضحة (راجع الشكل ٧ : ٢٩) . وقد تكون تلك البقع وسفية أو عديدة التوسف ، كما أنها قد تكون لا عرضية أو حاككة قليلاً . هذا وتعود أهمية هذه السعفة لالتباسها أحياناً بالوحمة البقية *Nevus Spilus* ، أو بشامة النهايات أو الملائنوما الخبيثة . يبنى التشخيص على كشف العامل الممرض في محضرات هيدروكسيد البوتاسيوم أو بالزرع ، وقد تظهر أيضاً بالفحص النسيجي بعد التلوين بالباس PAS أو ميتينامين الفضة .

معالجة الفطارات الجلدية الناجمة عن العفن :

إن معظم مضادات الفطور الموضعية مؤثرة على العفن وخاصة واسعة الطيف منها (مشتقات الإييدازول ، وناتاميسين ، والنستاتين والأمفوتريسين ب) .

الفطارات الجلدية العميقة

: Dermal Mycoses

الترادفات : الفطارات العميقة ، الفطارات تحت الجلد .

التعريف : تتصف هذه الفطارات الالتهابية الحبيومية والتي تصيب الجلد والأنسجة التي تحته بالحقيقة المثيرة ، وهي أن هذه الفطارات تنشأ في موضع تلقيح الفطر الذي يسببه الرضح

وأخماج إضافية جرثومية ، ومن النادر حدوث انتشارات معممة .

التشخيص : ويؤكد بكشف العامل الممرض بالزرع أو بالمقاطع النسجية . وتبدو الفطور المسببة للخمج متماثلاً ضمن النسيج ، كما وتلاحظ خلايا بنية ذات جدر سمكية تعرف بالأجسام التصليبية (Sclerotic bodies) . أما من الناحية النسجية فنشاهد تشكيلات خراجية حبيوية والتهابات ليفينية مع فرط تنسج ظهر رمي كاذب واضح في البشرة .

المعالجة : إن المعالجات الممكنة في المراحل الأولى للمرض هي : الاستئصال الجراحي ، التجفيف الكهربائي Electrodesiccation والمعالجة القرية . ويمكن المعالجة بالحقن ضمن الآفة بالأمفوتريسين ب (٠,٥ - ١ ملغ/كغ من وزن البدن يومياً) ، أو مشتقات الإيميدازول ، ويمكن أن تحقن وريدياً في الحالات الشديدة . ويوصى حديثاً بإعطاء ٥ - فلوروسيتوزين بشكل حبوب عن طريق الفم بجرعة تقدر بـ ١٥٠ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ، وتستغرق المعالجة بضعة أشهر عادة . ويشار أيضاً بالكيوتوكونايزول (٢٠٠ - ٤٠٠ ملغ/يومياً) ، إلا أن استجابة المرضى غالباً ما تكون خيبة .

داء الشعريات المبوغة Sporotrichosis : [Schenck ١٨٩٨]

التعريف : هو فطار عميق مزمن تسببه الشعرية المبوغة الشنكية S. Schenckii .

العامل الممرض : وهو الشعرية المبوغة الشنكية ، فطر ثنائي الشكل يتواجد في جميع أنحاء العالم على شكل رمام وذلك على الأخشاب البالية والنباتات الميتة .

الحدوث : يكثر المرض في المناطق المدارية وتحت المدارية ، كما يوجد في شمال أمريكا وأوروبا بحالات فردية فقط . أما في المكسيك فيكون تواجد الشعرية المبوغة أكثر من جميع الفطارات العميقة وتحت الجلدية . ويصيب هذا الداء الحيوانات أيضاً (الخيل ، الكلاب ، القطط ، الجمال ، والوحوش) ، وعلى كل فإن انتقال المرض من الحيوانات إلى الإنسان لم يؤكد بعد ، كما لم يؤكد أيضاً الانتقال من إنسان إلى آخر . ويتوضع الخمج الناجم عن التلقيح الرضحي بالعامل الممرض على اليدين والقدمين عادة . أما داء الشعريات المبوغة الرثوي أو المعوي الناجم عن طريق الاستنشاق أو الهضم فهو نادر .

الموجودات السريرية :

داء الشعريات المبوغة اللمفي الجلدي : وهو الشكل الأكثر

عادة . وينشأ الخطر في هذه الفطارات بسبب اجتياحها للأنسجة العميقة . وبشكل عام فإن الآفة تبقى محدودة نسبياً . ومن النادر تحول الفطر للأعضاء الداخلية ، حيث أنها لا تصاب بشكل بدئي . لكن آفات الفطور المجموعية الشبيهة بالفطارات العميقة (الأدمية) قد تحدث في الأعضاء الداخلية بسبب الانتقالات .

الحبيوم الفطري الشعري Granuloma Trichophyticum :

سبق وصفه في مكان آخر من هذا البحث .

الحبيوم بالمبيضات Candida Granuloma :

نادرًا ما تنفذ المبيضات البيض ، والتي هي من زمرة الخمائر ، عميقاً لأكثر من توضعها الطبيعي على سطح الجلد والمخاطيات ، ولكي تنفذ المبيضات إلى العمق لابد من وجود ضعف عام أو موضعي في المقاومة المناعية لدى المضيف . وقد تتشكل الحبيومات بالمبيضات بشكل بدئي عند الأطفال ، غير أن الحبيومات الثانوية قد تتشكل أيضاً نتيجة كل من داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن أو الداحس بالمبيضات ، أو التهاب الجريات بالمبيضات .

الفطار الصباغي Chromomycosis : [Lane and Medlar 1915]

المرادفات : الفطار البرعمي الصباغي ، التهاب الجلد الثؤلوي .

العوامل الممرضة : يمكن أن تنجم الآفة من أنواع مختلفة مصطبغة من الفطور من جنس فيالوفورا Phialophora وخاصة الثؤلوية ، والفونسيكية Fonseca (الفونسيكية البدرسية والمكتنزة والديرماتيتيس F. Dermatitidis) ، والكلادوسبوريوم (Cladosporium C. Carrionii) .

الحدوث : يتواجد العامل الممرض في العالم بشكل رمام على الخشب البالي ، وينفذ إلى الجلد من خلال الجروح ، وأكثر ما يحدث المرض في المناطق المدارية وما تحت المدارية وخاصة في أمريكا الوسطى والجنوبية . وقد وصفت حالات مفردة في أوروبا وخاصة في البلاد الاسكاندينافية وفي الولايات المتحدة .

الموجودات السريرية : إن الأماكن الشائعة لتوضع هذا الفطار هي القدمين واليدين وذلك لأنها أكثر احتيالا للإصابة بالأذيات من مناطق الجسم الأخرى . تظهر حطاطات وحويصلات مكان التلقيح ، وقد تصبح تلك الاندفاعات مزمنة وتتطور إلى ثآليل جسيمة أو آفات حليمومية حبيومية جلدية (راجع الشكل ٧ : ٣٠) . ومن الشائع أيضاً حدوث تقرحات

وخطر . تشمل إصابته كل من العظام والمفاصل الكبيرة والعينين والعضلات والكلبي .

التشخيص : ويعتمد القصة المرضية النموذجية . وأكثر الفحوصات أهمية هو زرع العامل المرض من القيح أو من المفرزات ، أو من المواد المميعة والمرتشفة من العقد أو من مادة الخزعة . ففي الشكل الجلدي من هذا الداء يتواجد عدد قليل جداً من العوامل المرضية في النسيج أو في المحضرات غير الملوثة ، حيث تبدو خيوط فطرية دقيقة ومتفصنة وذات حواجز بقطر ١ - ٢ ميلي مكرون . وترتبط بتلك الخيوط غيرات بطول ٢ - ٥ ميلي مكرون ، بيضوية أو مستديرة وذلك بواسطة قناني دقيقة . هذا ويمكن إحراز نجاح أكبر في الكشف عن العوامل المرضية وذلك بمعالجة المقطع بالترسين ، أو بالتألق المجهرية وبالإستعانة بأضداد نوعية موسومة . يبدو المنظر النسيجي وصفاً لحد ما ، لكنه غير نوعي ، حيث يتكون من خراجات مركزية ، محاطة بمنطقة سلية الشكل Tuberculoid ذات خلايا ظهارانية وخلايا عملاقة (لانغرهانس) ، إضافة لارتشاح محيطي باللمفاويات ، والمصريات ، وصانعات الليف ، وهو شبيه بما نشاهده في الإفرنجي . أما تحري كل من ترانس الأضداد المصلية واختبار السبوروتريكين Sporotrichin داخل الجلد ، فقيمتها التشخيصية قليلة الأهمية .

التشخيص التفريقي : يؤخذ هنا بعين الاعتبار كل من الفطارات الجلدية الأخرى ، والإفرنجي الثاني ، وسل الجلد الثولولي أو التيمبي ، وسل ما تحت الجلد المتوسر في منطقة ما حول الشرج ، التولارمية Tularemia ، الرعام Glanders ، الجلاد البرومي ، العد المكبب الشديد وخاصة العد المقلوب .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : ثبتت فائدة إعطاء يوديد البوتاسيوم عن طريق الفم وبمقادير متزايدة وذلك في الأشكال الجلدية (يوديد البوتاسيوم : ١٠ ، ماء مقطر حتى ١٥٠) . أما الجرعة البدئية من هذا الدواء فهي ٠,٥ - ١ غ تزداد تدريجياً ولمدة ٣ - ٤ أسابيع حتى تبلغ الجرعة اليومية ٣ - ٥ غرام . وقد يضاف إلى تلك المعالجة الحقن الوريدي بمادة يوديد الصوديوم . أما في الحالات الشديدة فيوصى بتسريب الفلوسيتوزين (Infusions of Flucytosine) أو الأمفوتريسين ب . وقد يكون هناك اعتبارات للمعالجة بالكيتوكونازول .

المعالجة الموضعية : ينصح بتطبيق المطهرات والخاليل والرهيمات المضادة للفطور ، ولكنها ليست كافية . ويمكن الحصول على التحسن العرضي أو الشفاء بالمعالجة الحرارية الموضعية .

شيوفاً ويعرف بالشكل الحبيبي . وتبلغ مدة حضائته ٣ أسابيع وسطياً علماً بأن علامات المرض قد تظهر بعد خمسة أيام أو يتأخر ظهورها بضعة أشهر من بدء التلقيح . تتكون البؤرة البثية من حطاطة ملتهبة ، أو حطاطة بثرية ، أو قرحة ، أو عقيدة جلدية أو تحت جلدية ملتهبة ، مع تقرحات نخرية تؤدي مع تظورها إلى قرح داء الشعريات المبوغة (راجع الشكل ٣١ : ٧) . قد تشفى البؤرة البدئية خلال أشهر مخلفة ندبة ، في حين تتنامى الآفات الحديثة على مسير الأوعية اللمفية نازحة Draining من البؤرة البدئية . هذا وتبدو عقيدات متعددة على سير الأوعية اللمفية ، حيث يبدو الجلد أحمر مزرقاً فوق تلك العقد ، ومن ثم جاءت تسمية داء الشعريات المبوغة اللمفية الوعائية ، فالمنظر يكون واضحاً . وتشكل العقيدات البعيدة خراجات تنزح نحو الخارج ثم تغطي بجلبات عالقة . أما العقيدات الأكثر بعداً عن البؤرة البدئية فيكون محتواها ذا قوام صمغي وتصف بأنها أقل ميلاً للتنخر ، ولا تتأثر الصحة العامة عادة بهذا الشكل من داء الشعريات المبوغة ، لكن المرض قد يستمر عدة سنوات .

داء الشعريات المبوغة الجلدي الموضع : ينجم هذا الشكل السريري النادر نتيجة الدفاع الجيد الذي يظهر عندما يحدث التحسيس Sensitization ضد العامل المرض في المناطق التي يستوطن فيها المرض ، حيث توضع الآفة في المكان الملقح . وتبدو الآفات على شكل اندفاعات ثلولية متجلبة تحاط بسواتل Satellites في بعض الأحيان (راجع الشكل ٣٢ : ٧) مشابهة بذلك سلل الجلد الثولولي أو داء النليشمانيات . هذا وقد تبقى تلك الاندفاعات سنوات أو أنها تشفى عفواً مشكلة ندبة . ومن المحتمل أيضاً حدوث نكس موضع .

داء الشعريات المبوغة الجلدي المنتشر : قد تتطور آفة جلدية وحيدة إلى آفات موضعة أو منتشرة في الجلد و/أو الأعضاء الداخلية عن الطريق الدموي . أما سير هذا الشكل من داء الشعريات المبوغة فشديد ، حيث يظهر العديد من العقيدات الحطاطية الملتهبة على الجذع ، متوضعة تحت الجلد وملتصقة به ، ثم تتميع تلك العقيدات ، مفرغة قيحاً ، ومشكلة نواسير أو قرحات مزمنة . وغالباً ما تلاحظ زمر من العقيدات الحمراء المزرقة ، المتقاربة من بعضها البعض ، وذات مركز منخمس تنجم عنها النواسير والتقرحات . هذا وإن للعوز المناعي علاقة بهذا الشكل من داء الشعريات المبوغة .

داء الشعريات المبوغة الجلدي المخاطي : يحدث عندما يصاب كل من الجلد والأغشية المخاطية .

داء الشعريات المبوغة المجموعي خارج الجلد : وهو شكل نادر

الفطروم Mycetoma : [Carter و Van Dyke : ١٨٦٠]

المترادفات : قدم مادورا ، الفطار المادوري
Maduromycosis .

التعريف : تشير كلمة « الفطروم » إلى الآفة السريرية الناجمة عن عوامل ممرضة مختلفة من جرثومية وفطرية . وهو آفة خمجية مزمنة موضعية ، تتوضع عادة على القدم والأجزاء السفلية من الساق ، وأكثر ندرة توضع على اليدين والأماكن الأخرى من الجسم . ويصيب الخمج كل من الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد ، ومن المحتمل أن يصيب العظام أيضاً مشكلاً خراجات ونواسير . هذا ويؤدي الالتهاب الحبيبي المرتشح إلى تورم في الطرف عديم الشكل شبيه بالورم .

العوامل الممرضة : تسبب الصورة السريرية للفطروم عدداً كبيراً من العوامل الممرضة : الشعيات خارجية المنشأ (مع الجراثيم) من جنس الشعيات ، التوكارديات ، المادورية الشعية والمتسلسلة ، والفطور الحقيقية أيضاً من جنس المادوريللا ، و Phialophora و Petriellidium .

الحدوث : وصفت حالات معزولة فقط من الفطروم الناجم عن الفطور الجلدية . ويتنشر العامل المرض الذي يكون رماً بشكل واسع في العالم . وعلى كل فإن المرض أكثر ما ينتشر في المناطق المدارية وما تحت المدارية ، كما أنه شائع نسبياً ، على سبيل المثال ، في أفريقيا الوسطى والمكسيك . يرتبط الخمج عادة بالمشي عاري القدمين ، ولذلك فإن معظم الإصابات تشاهد عند العمال الزراعيين .

الموجودات السريرية : لا تتعلق العلامات السريرية للفطروم بالنوع . تحدث تورمات مشوهة مرشحة شبيه بالأورام ، ونواسير ، ونجيح غيمي ، مع مفرزات قيحية تحتوي على حبيبات وصفية . أما الحبيبات التي ترى بالعين المجردة فهي عبارة عن كتل سوداء أو بيضاء أو صفراء تمثل مستعمرات العوامل الممرضة . وعلى الرغم من غرابة الصورة السريرية ، فهناك في العادة ألم خفيف . ومن الشائع حدوث خمج إضافي بالعنقوديات . أما الانتشارات الدموية والعظمية فهي نادرة جداً .

التشخيص : المظاهر السريرية للفطروم وصفية . ويتم كشف العامل المرض بزرع عينات من قيح النواسير أو من الخزعة . ويمكن تمييز الفطر أحياناً من لون وقد الحبيبات .

التشخيص التفريقي : يجب أن يميز عن ذات العظم والنقي بالعنقوديات ، أو السل بالمتفطرات .

المعالجة : إن المعالجة الجهازية صعبة ، وذلك لأن بعضاً من

عوامل المعالجة الكيميائية لا تصل إلى الأنسجة بالتركيز الكافية . على أنه من المهم التعرف على العامل المرض ، وتحديد مقاومته . إن البنسلين ومشتقاته فعالة في معالجة الشعيات إلا أنه يجب أن يعطى بجرعات عالية (١٠ × ٦١٠ وحدة من البنسلين ج يومياً) ولفترة طويلة . كما تستجيب بعض الشعيات إلى الستربتومايسين ، والسلفوناميدات ، والسلفون أو التتراسيكلين والمينوسكلين . ويوصى في معالجة الفطور الحقيقية Eumycetes بإعطاء ٥ - فلوروستيزين ، أمفوتريسين ب ، أو الأكثر حداثة : الكيتوكونازول داخلياً . كما أن المعالجة بيوديد البوتاسيوم عن طريق الفم ، بمفرده أو مشاركاً لغيره من الأدوية ، فعالة أيضاً . ويخلف الشفاء عادة ، عفوياً كان أو ناجماً عن الأدوية ، تليفاً صلباً . وغالباً ما يترك الفطروم تشوهات ضخمة حتى ولو شفي تماماً ، تلك التشوهات التي تستدعي البتر ، وهي المعالجة الأكثر فاعلية منذ البدء .

داء البروتوتكية Protothecosis

التعريف : هو خمج نادر يصيب الجلد والنسيج تحت الجلد الإنساني وينجم عن الطحالب Algae .

الإمراض : إن العامل المرض هو طحلب عديم اليخضور يدعى البروتوتيكيا Prototheca ، الذي لا يمتلك صانعات اليخضور Chloroplasts . ولا تحتوي جدر خلاياه على حمض الموراميك أو الأمينات الغليكوزية التي تفصل الطحالب عن الفطور والجراثيم . هذا المتعضي يضيوي أو دائري ، قدّه مختلف (٣ - ١٥ ميكرون) ، تصطبغ جدرانه الشحنة بملون ميتينامين الفضة أو الباس PAS ، وتنقسم الخلية الأم بالخواجز Septations مبدية حتى ٨ انقسامات . كما أنه من النادر رؤية الأشكال التوتية .

الموجودات السريرية : قد تكون الآفات السريرية على شكل التهاب جلد حطاطي ، أو عقيدات بثرية أو التهاب هلل لما تحت جلد القدمين . وقد تتجلبب الآفات أو تتقرح وخاصة على المرفقين ، في حين أن الآفة التي تحدث عقب رضح نافذ قد تكون عقيدية وتموجة . وقد لا تشمل الإصابة الجلد . وقد نشرت حالات مترافقة أو غير مترافقة بتثبيط مناعي ، كما لوحظت انتشارات تشمل الصفاق Peritoneum .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد فرط تقرن ، وشوك ، مع خطل تقرن في التشكل البشري ، وتشاهد المتعضيات في البشرة والطبقة القرنية . أما الالتهاب فيكون حبيوياً ويتألف من لمفاويات ومنسجات ، ومناطق من العدلات والحمضات كما تبدو بعض المتعضيات في الأدمة . ولوحظت خلايا عملاقة أيضاً في الشكل تحت الجلدي .

التشخيص : وينى على كشف العامل الممرض في اللطاخة أو الخزعة أو بالزرع .

المعالجة : لقد كان استئصال الآفة فعالاً غير أن النكس بعد ذلك شائع . كما جرب التشعيع بالأشعة السينية $X - irradiation$ ، وطبقت أيضاً المعالجة بحقن الأمفوتريسين ب والعامل الناقل . أما المعالجة الموضعية فتتضمن كمادات رطبة بالبرمنغنات أو محلول كبريتات النحاس أو الأمفوتريسين ب ٣٪ أو صبغة كاستيلاني .

الفطارات المجموعية Systemic Mycoses :

المردفات : الفطارات الداخلية ، الفطارات الحشوية .

التعريف : تنشأ الفطارات المجموعية من خمج فطري بدئي في الأغشية المخاطية و/أو الأعضاء الداخلية ، وعادة الرثان .

الآفات الجلدية : غالباً ما يكون الطور الثانوي للفطارات المجموعية معممًا ويترافق بنقائل جلدية . إلا أن الأغلب أن تكون الآفات الجلدية أول المشيريات لهذه الأمراض الخطيرة . ولذا فعلى الأطباء الجلديين يقع الدور الأكبر في كشف تلك الأمراض . وهذه الحقيقة صحيحة وتنطبق بشكل خاص على كل من داء النوسجات والفطار الكرواني والفطار البرعمي . وتتواجد هذه الفطارات المجموعية في مناطق جغرافية محددة نسبياً . وعلاوة على ذلك ، فهناك زمرة من الفطور الانتهازية التي يمكنها أن تصيب أشخاصاً ذوي مناعة مثبطة ، على سبيل المثال : الخمج بحمة HIV . هذا وتبقى الآفات الجلدية قليلة الملاح السريرية في تلك الأمراض ومنها مثلاً الإلتان بالمبيضات وداء الرشاشيات .

داء المستخفيات Cryptococcosis :

[Busse : ١٨٩٤ و Buscke : ١٨٩٥]

المردفات : الفطارات المستخفية ، الفطار البرعمي الأوربي ، Torulosis ، داء بوسه - بوشكه .

العامل الممرض وانتشاره : العامل الممرض هو المستخفية المنتشرة Cryptococcus Neoformans ، وهي خميرة يتراوح قطرها بين ٤ - ٨ ميكرون ، وتحاط بمحفظة عديدة السكاريد . تنتشر هذه الخميرة عبر العالم وخاصة في براز الطيور (الحمام Pigeons) التي تعتبر عوامل ناقلة شائعة دون أن تصاب بالمرض . ويمكن للعامل الممرض أن يعيش لسنوات عديدة في البيئة المظلمة الرطبة في أعشاش الحمام . وقد تنتقل بالغبار أيضاً ، علماً بأن هذا الخمج نادر في وسط أوربا رغم وجود العامل الممرض .

الحدوث والإمراض : تبقى الرثان باب الدخول في معظم الأحيان . من المشكوك به وجود داء مستخفيات جلدي بدئي . ويمكن لهذه العلة الشديدة تحت الحادة أو العامة المزمنة أن تصيب أي عضو . أما العامل الممرض فينتقل بواسطة الدم أو اللف . وتحدث التظاهرات الرئيسية لهذا الداء في الرثان والجملة العصبية المركزية . وأقل من ذلك حدوثها في الهيكل العظمي والقلب والعينين والخصيتين ، بينما لا تصاب مطلقاً الكليتان ، والكظر ، والكبد ، والطحال ، والعقد اللمفية . وقد يحدث المرض دون أعراض . وأكثر ما يصيب الرجال (٢ : ١) وفي أي عمر ما بين ٣٠ - ٦٠ ، ونادراً ما يصيب الأطفال . ومن الشائع مشاركته لأدواء مجموعة شديدة تؤدي لثبط مناعي ثانوي مثل داء هودجكن ، وإبيضاضات الدم ، والإيدز ، والسل .

الموجودات السريرية : تبدو آفات الجلد والأغشية المخاطية في ١٠ - ١٥٪ من الحالات ، وذلك إما كعلامة أولى للمرض ، أو أثناء سيره . وتتضمن تلك الآفات حطاطات عدية الشكل وبثور ولويحات جلدية وتحت جلدية ، وعقيدات تترافق مع تميع وقرحات . وغالباً ما تحدث القرحات ، ذات الحدود الواضحة ، أو الرخوة الهلامية حول الفم أو الأنف .

التشخيص : نشاهد في المحضرات المأخوذة من القيح أو من السائل الدماغي الشوكي والمملونة بالخير الهندي ، خلايا خمائرية مبرعمة بقدر ٤ - ٨ ميكرون ، وذات محفظة سهلة الرؤية ، والزرع سهل على وسط آغار دون سيكلوهكساميد .

التشخيص التفريقي : يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار من ناحية المنظر السريري كل الاندفاعات الجلدية في التهاب السحايا والدماغ ، وفي الأورام الخبيثة والسل والآفات الجرثومية الأخرى .

المعالجة : غير كافية ، والإنذار خطر جداً . ويشار بالحقن الوريدي بمحلول من الأمفوتريسين ب والحقن داخل الغمد Intrathecal إذا ما ظهرت تأثيرات انسامة . كما ثبتت فائدة الفلوسيتوزين Flucytosin الحسنة ، إما بمفرده أو بمشاركته مع الأمفوتريسين ب ، بجرعة يومية (١٥٠ ملغ/كغ من وزن البدن) ولمدة ١٠ - ١٢ أسبوعاً . وقد استعمل الكيتوكونازول أيضاً بنجاح في بعض الحالات .

الفطار البرعمي

[Gilchrist : ١٨٩٦] : Blastomycosis

المردفات : الفطار البرعمي الأمريكي الشمالي ، داء جيلكريست ، داء شيكاغو .

العامل الممرض : وهو الفطور البرعمية الجلدية

Blastomycosis Dermatitis ، وهي فطور ثنائية الشكل وتنمو في المزارع بشكل رمّام *Saprophytically* مثل الفطور العفنية، وتنمو في النسيج بشكل طفيلي ، مثل الخلايا الخمائرية، بقطر ٨ - ٢٠ ميكرون ، وهي تنمو بشكل رمّام في التربة .

الحدوث : أكثر ما يحدث هذا المرض في أمريكا الشمالية ، كما يحدث في أمريكا الجنوبية وأفريقيا . كما شوهدت بعض الحالات المنفردة في أوروبا ، يصيب الرجال بنسبة ٦ : ١ ، فوق سن الخمسين من العمر على الأغلب وخاصة المزارعين . ويكتسب الخمج عن طريق استنشاق الأبواغ .

الموجودات السريرية : يمكن تمييز أربعة أشكال سريرية لهذا المرض وهي :

- الشكل الرئوي البدئي الشبيه بالسسل حيث يتظاهر بأعراض حادة أو تحت حادة أو يكون عديم الأعراض .

- الشكل الجلدي المزمن ، وتشمل إصابته العظام أحياناً .

- المرض المجموعي وتتضمن إصابته عدة أعضاء داخلية (بولية تناسلية ، الهيكل العظمي ، الجملة العصبية المركزية) .

- الشكل الشبيه بالقرح ، وينجم عن التلقيح بالفطر البرعمي ، وهو شكل نادر .

الفطار البرعمي الجلدي : يحدث هذا الفطار بالطريق الدموي ، وينتقل العامل الممرض من الآفة البدئية الرئوية إلى الجلد . تظهر الآفة الجلدية بنسبة ٨٠٪ من جميع حالات المرض . وإن الآفة الجلدية هي عادة السبب الأول الداعي لاستشارة الطبيب . ويتظاهر هذا الفطار البرعمي بزم حطاطية ، وبثرية حطاطية ، وعقيدية جلدية وما تحت الجلدية ، ومترافقة بجلبات ومتوضعة على اليدين والقدمين والوجه ثم بعد ذلك يصيب الجذع . ثم تظهر تدريجياً بؤر ذات هامش منحرف تحلف ندبة مركزية عند شفاؤها . أما الحواف فتكون متورمة ، متأللة ومتجلبة . والشيء الهام في التشخيص هو تحרב الأوعية الدموية الحليمية ، التي تبدو بشكل نقط سوداء مركزية وخراجات دخنية صغيرة ، تحتوي على المتعضيات في الحواف المتأللة من الآفة .

الفطار البرعمي التلقيحي : يحدث هذا الشكل النادر عادة كخمج مخري ، على سبيل المثال ، يحدث عند المشرحين المرضيين نتيجة للقطع . ويبدأ هذا الفطار بقرحة ذات حواف صلبة وبالتهاب الأوعية اللمفية ، وقد يحدث شفاء عفوي إذا ما كان دفاع المريض جيداً .

التشخيص : يكون التعرف على العامل الممرض ، وحيد البرعم ، الكروي ، ذو الجدار السميك نسبياً في المفرزات القيقحية الناتجة من الخراجات الدخنية مشخصاً . أما محضرات ماعاء البوتاسيوم والتلوين بالباس PAS فهي مناسبة لكشف

العامل الممرض . ويفيد الزرع في التشخيص (دون إضافة السيكلوهيكساميد) أو التعرف النسجي في الخزعة (التلوين بالباس أو فضة الميتامين) .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق عن الفطارات العميقة الأخرى ، وعن جميع الحبيبومات المزمنة الجلدية مثل الذأب الشائع ، وسل الجلد الثلثولي ، والصمغ الإفريقي ، والحبيبوم اللمفي المغنسي ، والجدام ، إضافة للجلاد البرومي والجلاد اليودي وتقيح الجلد المواتي ، والأورام المتفرقة .

المعالجة : لقد استعاض عن المعالجة القديمة القائمة على إعطاء اليود أو الستلبياميد *Stilbamidine* جهازياً ، وذلك بتسريب الأمفوتريسين عن طريق الوريد . أما الجرعة العليا التي تحملها المريض والتي يوصى بها فتبلغ ما مجموعه ٢ غ . ويستعمل أيضاً الكيتوكونازول (٢٠٠ ملغ يومياً) .

الفطار نظير الكروالي

Paracoccidioidomycosis : [Lutz : ١٩٠٨]

المصادفات : الفطار البرعمي الأمريكي الجنوبي ، الفطار البرعمي البرازيلي ، داء (Lutz - Splendore - Almeida) .

العامل الممرض : هو خميرة ثنائية الشكل ، ذات جدار سميك ولها تبرعات كثيرة ، تدعى بنظير الكروانيات البرازيلية (مرادف : الفطور البرعمية البرازيلية) ومن الممكن أن تكون رمّامة في التربة .

الحدوث : ينحصر وجود المرض في أمريكا الوسطى والجنوبية . ويصيب الرجال أكثر من النساء (٩ : ١) . ويبدو أن سوء التغذية يكون عاملاً مؤهباً في الحالات الشديدة .

الموجودات السريرية : تصاب الرئة في البدء ، سوية مع إصابة الأغشية المخاطية للقصم والأنف ، وبعد ذلك يصاب الجلد المجاور . تتظاهر الإصابة بعقيدات حبيبية وآفات جلدية -بنادعة ومتفرقة ، وتورم شديد في العقد البلغمية مع ميلها للتميع وتشكل النواسير (راجع الشكلين ٧ - ٣٣ و ٧ - ٣٤) . هذا هو داء نظير الكرواني اللمفي الجلدي المخاطي . كما ويلاحظ هناك انتشارات مجموعة ثانوية إلى عدد كبير من الأعضاء .

التشخيص : يمكن كشف العامل الممرض في كل من القيح (مثال : بزل العقد اللمفية المتضخمة) والقشع ، ومن اللطاخات المأخوذة من التفرحات في المحضرات غير الملونة ، وبالزرع ، وبتلقيح الحيوانات (خصبة القبعة) ، وبالفحص النسجي للخزعة أيضاً .

المعالجة : تعد المعالجة بجرعات كبيرة من الأمفوتريسين ب محتملة ، كما تعتبر المعالجة بالكيتوكونازول فعالة جداً ، وقد

جريت المعالجة بالسولفوناميدات . هذا وتؤدي الإصابة بالفطار نظير الكرواني المنتشر إلى الموت إذا لم تعالج .

داء النوسجات Histoplasmosis :

[Darling : ١٩٠٨]

المترادفات : داء دارلنغ ، الفطار الخلوي الشبكي البطاني .

الإمراض والحدوث : إن العامل المرضي هي خميرة ثنائية الشكل تدعى النوسجة المغمدة Histoplasma Capsulatum . أما في أفريقيا فينجم هذا الداء عن النوسجة المغمدة المتغيرة لدوبوازي H. Capsulatum Var. Dubosii . ويتواجد العامل المرضي في التربة وفي روث الطيور أيضاً بشكل رّمّام . وتكون الرّمّان باباً للدخول في معظم الأحيان ، وذلك عن طريق استنشاق الغبار المتضمن للعامل المرضي . ويوجد هناك مناطق استيطانية للآفة في أمريكا الشمالية (في منطقة الميسيسيبي خاصة) ووسط وجنوب أمريكا ، وجنوب أفريقيا وفي الشرق الأقصى ، علماً بأن المرض نادر جداً في أوروبا .

الموجودات السريرية : تحدث الآفات الأكثر شيوعاً في الرئتين ، وقد تكون تلك الآفات عديمة الأعراض ، أو تكون حادة جداً ، أو مزمنة ومتريفة . وقد يكون داء النوسجات المنتشر حميداً ، وقد يكون خاطفاً ، وقد يشمل العديد من الأعضاء . تبدي الآفات الجلدية المخاطية الزمنة حبيومات محربة وخاصة في منطقة الفم ، والأنف ، والحنجرة وجلدوعاً متأخرة . أما داء النوسجات البدئي الجلدي التلقحي الشبيه بالقرح فهو نادر .

التشخيص : يعتمد التشخيص على كشف العامل المرضي وذلك بزرع عينات من القشع . كما قد يشاهد في الخزعة الملونة بالباس PAS . علماً بأن توضع العوامل المرضية داخل البلاعم يكون وصفيًا وفريداً بين الفطور المرضية . أما التشخيص المصلي (تفاعل تثبيت المتممة) ، والاختبار داخل الجلد (اختبار المستوبلازمين) ، فيستعملان قليلاً في التشخيص في مناطق الاستيطان بسبب العدد الكبير من حملة المرض بين القاطنين . لكن هذه الاختبارات قد يكون لها قيمة خارج المناطق الفعلية لاستيطان المرض .

المعالجة : إن نسبة الوفيات مرتفعة في الأخماج المجموعية . ويجب إعطاء الأمفوتريسين ب بالجرعات الكبيرة المحتملة . وهناك تقارير تؤيد فعالية الفلوسيتوزين أو الكيتوكونازول

والإيتراكونازول Itraconazole (١٠٠ ملغ/ يومياً) ولمدة تصل إلى ستة أشهر . هذا ويوصى بالاستئصال الجراحي للبؤر المعزولة من المرض والوقاية بالأمفوتريسين ب .

الفطار الكرواني Coccidioidomycosis :

[Wernicke : ١٨٩٢]

المترادفات : الحبيوم الكرواني ، حمى الوادي ، رثية الصحراء ، داء كاليفورنيا .

الإمراض والحدوث : إن العامل المرضي هو فطر ثنائي الشكل يدعى بالكروانية الضاربة : Coccidioides Immitis وهو من رّمّامات التربة ويتواجد في المناطق الحارة الجنوبية من أمريكا الشمالية ، وفي المكسيك وجنوب أمريكا . أما الخمج فينجم عن استنشاق الأبواغ المتواجدة في الغبار .

الموجودات السريرية : إلى جانب الشكل الرئوي البدئي عديم الأعراض ، والشائع الانتشار في مناطق استيطان المرض ، والذي يشفى عفويًا من جراء حدوث المناعة ، فهناك شكل ثانوي معمّم ، أكثر ندرة ويأخذ سيراً حاداً أو مزمنًا أو متريفاً ، وقد تحدث حمى عقدية أثناء سير الخمج الحاد . وفي الحالات المجموعية تتواجد عقيدات حبيومية ، تلك العقيدات التي تميل للتميع والتلاشي في معظم الأنسجة بما في ذلك الجلد . وغالباً ما يصاب ذوي العرق الأسود بهذا الداء أكثر من ذوي العرق الأبيض . وغالباً ما تتوضع الآفة الجلدية على الوجه أولاً ، ثم في الطية الشفوية الأنفية ، وعلى العنق وفروة الرأس بشكل حبيومات ثلولية متميعة وصفية تترك ندبات بعد شفائها .

التشخيص : يمكن كشف العامل المرضي في المحضرات غير الملونة والمأخوذة من القيح أو القشع ومن المحضرات النسيجية . وتكون حافظة الأبواغ الكروية التي يبلغ قطرها حتى ٢٠٠ ميكرون والمملوءة بالعديد من الأبواغ الداخلية مميزة أيضاً . أما بالزرع فتشاهد مستعمرات أفطورية صوفية بيضاء . وقد يصاب العاملون في مخابر الفطور بهذا المرض بسبب شدة خمج الأبواغ . وفي العادة ، فإن الاختبار داخل الجلد ، الذي يكون إيجابياً بعد الخمج ، يصبح سلبياً عندما يتعمم المرض . وبناءً على ذلك فإن له قيمة في التشخيص والإنذار أثناء سير المرض .

التشخيص التفريقي : كما في الفطارات البرعمية .

المعالجة : يعالج هذا المرض بالأمفوتريسين ب بجرعات عالية محتملة ، ويمكن أيضاً تجريب الكيتوكونازول . أما الإجراءات الجراحية فتجري في حالات منتخبة من المرض .

الفصل الثامن

أدواء الطفيليات الحيوانية الخارجية

Epizoonoses

د . عبد الحكيم عبد المعطي

تعريف : يُطلق تعبير Epizoonoses على الآفات الجلدية الناجمة عن الطفيليات الحيوانية الخارجية (Ectoparasites) . يقتصر هذا التعبير بمعناه الدقيق على تلك الآفات الناجمة عن طفيليات تعيش على سطح الجلد (كالقمل) ، لكنه يُستخدم في مفهومه الأوسع أيضاً ليشمل الآفات الناجمة عن طفيليات لا تعيش على سطح الجلد (كما هي الحال في لسع الحشرات) .

الانتشار : يندر إلى حد بعيد حدوث هذه الأدواء في المناطق ذات المناخ المعتدل بالمقارنة مع المناطق المدارية . يلعب التصحاح (تطبيق القوانين الصحية) Sanitation دوراً هاماً في مدى انتشار هذه الأدواء ؛ حيث يزيد من انتشارها تُردي الظروف الصحية والازدحام السكاني . ولقد لوحظ في السنوات الأخيرة ازدياد معدل حدوث هذه الأدواء حتى في أوروبا الوسطى ، وعُزي ذلك إلى انتشار السياحة عالمياً ، وزيادة الاختلاط ، وربما عزي إلى بعض العوامل المناعية والوبائية أيضاً . ويجب أخذ هذه الأدواء بعين الاعتبار دائماً في سياق التشخيص التفريقي لكل جُكَّة .

القمل : القمل Lice: Pediculosis

الطفيليات : القمل من الحشرات insects وله ثلاثة أنواع تتطفل على الإنسان هي :

قمل الرأس :	قمل الرأس الإنساني
	Pediculus Humanus
	Capitis
المرادف :	P. capitis
قمل الجسد (الثياب) :	قمل الجسد الإنساني
	Pediculus Humanus
	Corporis
المرادفات :	
	P. vestimentorum
	(قمل الثياب)
	Phthirius corporis
	(قمل الجسد)
	P. humanus humanus
	(قمل الإنسان الإنساني)

قمل العانة (القمل)

Phthirus pubis : المرادفات : (Crab louse)

inguinalis (قمل الأربية)

Pediculus pubis

(قمل العانة)

Phthirius pubis

(قمل العانة)

للقمل ثلاثة أزواج من الأرجل القوية المنتهية بمخالب . تضع الأنثى الملقحة حوالي ١٥٠ - ٣٠٠ بيضة (الصئبان nits) (يبلغ طول الصئبان البيضوية الشكل ٠,٨ ملم تقريباً) . تلتصق الأنثى بيوضها على أشعار الفروة (قمل الرأس) ، أو على أشعار العانة (قمل العانة) ، أو على دروز الملابس الداخلية (قمل الثياب) بواسطة مَلَاط غير ذواب بالماء تفرزه غدة ملحقة بمبيضها . تفقس البيوض عن يرقات Larvae بعد أسبوع واحد ، وتطرح اليرقات جلدياتها cuticles ثلاث مرات لتصل إلى مرحلة النضج الجنسي في الأسبوع الثاني أو الثالث . هذا ويمتص القمل الدم كل بضع ساعات ، ولا يستطيع تحمل الحموضة أكثر من أيام معدودات .

قمل الرأس : Pediculosis Capitis

الطفيلي والانتشار : يتراوح طول قمل الرأس (Pediculus humanus capitis) بين ٢ - ٤ ملم ، ويختشر بصورة رئيسية لدى الأطفال والأشخاص ذوي الأشعار الطويلة . ينتقل قمل الرأس من شخص لآخر ، ويزيد من انتشاره تُردي الظروف الصحية الشخصية ، والعيش في مجتمعات مغلقة ؛ وليس من النادر حدوث أوبئة صغيرة ضمن المدارس .

الموجودات السريرية : تُعد الفروة المنطقة الانتقائية لقملة الرأس ، والنواحي المشعرة خلف الأذنين هي غالباً أكثر أماكن الفروة إصابة . هذا ونادراً ما تحتشر قملة الرأس في شعر العانة أو اللحي . تمض القملة لتمتص الدم كل ساعتين أو ثلاث ، وتظهر الآفات الجلدية بعد العض بعدة ساعات وقد تظهر بعد عدة أيام ، وهي عبارة عن حطاطات شروية تأخذ اللون الأحمر الداكن ، ترافقها حكة شديدة بسبب ولوج لعاب القملة أثناء العض . وكثيراً ما تظهر آفات إكزيمة على الناحية الخلفية للعنق يُطلق عليها اسم إكزيمة القمل Louse eczema ؛ كما قد يؤدي الحك والחדش إلى حدوث الأنحاج الجرثومية الإضافية Superinfections وتشكل الجُلبيات . وأخيراً يصبح الشعر بكامله أشعث ذا قشور غزيرة . وقد تسبب الأنحاج الثانوية التهاباً مؤلماً في العقد اللمفية للناحيتين الرقية والقذالية إلى جانب تشكل الحراجات (راجع الشكلين ٨ - ١ و ٨ - ٢) .

التشخيص : نادراً ما يُشاهد القمل ، ولكن يمكن تأكيد

قمل الجسم أو الثياب *Pediculosis Corporis seu Vestimentorum* :

الطفيلي والانتشار : يبلغ طول قمل الجسم أو الثياب (*Pediculus humanus humanus*) حوالي ٣ - ٤,٥ ملم ، فهو أكبر قليلاً من قمل الرأس ، ويتميز عنه أيضاً في أن قطعه البطنية *Abdominal segments* غير مُفَرَّضة بوضوح . هذا ويتصف كلا النوعين *Subspecies* بالمقدرة على التزاوج من النوع الآخر . ونادراً ما يُشاهد قمل الثياب عند الذين يقيمون حياة اجتماعية مألوفة ، فهو أكثر انتشاراً عند المتسولين والمشردين سواء في المدن أو الأرياف ، كما قد يكثر في أزمات الحرب والحرمان . لا ينتشر هذا النوع من القمل الجسم بل يوجد على الثياب ، حيث تلتصق الأنثى الصئبان على دروز الملابس بشكل السبحة *Rosary* . هذا ويتوالد قمل الثياب بسرعة كبيرة ، (راجع الشكل ٨ - ٤) .

الموجودات السريرية : تُخلف قملة الثياب عضة غير ملحوظة بادية الأمر ، وسرعان ما تسبب الإفرازات اللعابية احمراراً وانتبارات وعقيدات مرفقة بحكة شديدة جداً ، ولا يلبث الجلد أن يصبح مغطى بخدوش خطية حيث تتجلى المتلازمة المعروفة باسم داء المشردين *Vagabond's disease* أو جلد المشردين *Cutis vagantium* . كما يبدى الجلد إضافة للخدوش الخطية العديد من الندبات الصغيرة الفاتحة اللون والمحوطة بمناطق من فرط التصبغ أو زواله . تُشكل الصورة السريرية السابقة علامة واضحة ومميزة لهذا الداء (راجع الشكل ٨ - ٥) .

نقل الأمراض : ينقل قمل الثياب أدواء الريكتسيات *Rickettsioses* ، والحمى البقعة *Spotted fever* ، وحمى الخنادق *Trench fever* ، والحمى الراجعة *Relapsing fever* .

التشخيص : يتم برؤية القمل أو الصئبان على دروز الملابس الداخلية .

التشخيص التفريقي : التهاب الجلد الخلئي الشكل ، والإكزيمة التأتبية ، والحكة الشيخوخية ، والحكة السكرية ، والآفات الجلدية اللائقية في سياق داء هودجكن .

المعالجة : تُغلى الثياب الداخلية والشراشف والبياضات أو تُطهر تجارياً في مؤسسات خاصة (وهو الأفضل) . كما يمكن تعفير الثياب عند الضرورة بذرور مُبيد للحشرات يعمل بالتماس المباشر ، وقد ثبت أن لهذه الطريقة قيمة وقائية أيضاً . هذا وتُعالج الآفات الجلدية وفق قواعد العلاج العامة ، ويتوقف ذلك على شدة الآفات المتأكزمة أو المتأكلة وعلى حدوث أي خمج إضافي فيها .

التشخيص برؤية الصئبان *nits* (يكفي لعدد قليل جداً من القمل أن يسبب حكة شديدة) . والصئبان بني بيضوية الشكل ، طولها ٨,٥ ملم ، معلقة بالأشعار كالبراغم ، ومحمية بأغلفة كيتينية . تُوجد الصئبان عند بدء الإصابة بالقرب من الفروة ، ثم تتحرك مع نمو الأشعار باتجاه قماتها ، وتصبح فارغة المحتوى آنذاك . تُفَرَّق الصئبان عن الهبرية (قشرة الرأس) *Dandruff* بكونها شديدة اللصوق بالأشعار فلا يمكن إزالتها بسهولة ، كما أنها تتوضع بشكل رئيسي في النواحي المشعرة خلف الأذنين ؛ ولذا فعند الاشتباه بحدوث الاحتشاش تُرفع الأشعار فوق الأذنين للبحث عن الصئبان . ونادراً ما يُشاهد القمل (راجع الشكل ٨ - ٣) .

يجب على الطبيب الاشتباه بقمل الرأس كلما شكى المريض من حكة في الفروة مترافقة بإكزيمة وتقويؤ إما على الفروة أو على الوجه الخلفي للعنق .

التشخيص التفريقي : الإكزيمة على الفروة ، والقوباء ، والسعفة الأمينطية *Tinea amiantacea* ، وصداف الفروة .

المعالجة : تقوم على قتل القمل ، بالإضافة إلى قتل المضع *Embryos* داخل الصئبان (إذ لا يكفي قتل القمل فقط) . والعلاج المُنتخب في هذه الحالة هو غاما - بنزين هكسا كلوريد *benzene hexachloride* - لا (لندان *Lindane*) ، الذي يتوفر تجارياً بشكليين هما : المستحلب والهلامية . يُدلك المستحضر على كامل الفروة ويترك مدة ١٢ - ٢٤ ساعة (الأفضل تحت قنسوة الحمام *Shower cap*) ، ثم يغسل بعدها بالشامبو ، وتتوفر عدة أنواع من الشامبو ملائمة لهذا الغرض . يُزال الصئبان بغسل الفروة بالماء الفاتر المحتوي على الخل *Vinegar* مع التمشيط بمشط ناعم (مشط القمل *Louse comb*) . هذا وتعاد المعالجة بعد ٣ - ٥ أيام . كما يمكن استعمال قاتلات القمل الأخرى مثل المالاثيون *Malathion* ، أو البيره ترينات *Pyrethrins* (يمزج الأخير مع *Piperonyl butoxide*) ، أو المزيج المؤلف من أوليات (زينات) النحاس (II) مع النفتالين *Oleate with Copper (II) - naphthalene* ؛ وتُرفع القنسوة بعد ساعة واحدة من تطبيق المزيج الأخير تجنباً لأي تحريش في الجلد أو العينين . هذا وتُعالج الإكزيمة القملية وأي تقويؤ بعد التخلص من القمل بالعلاج المناسب .

فحص المخالطين : يجب فحص جميع الأشخاص الذين كانوا على تماس مع المريض (في الأسرة ، والحضانة ، والمدرسة ، ودور رعاية المسنين) ومعالجتهم إذا تطلب الأمر ذلك . هذا وليس من النادر وجود مستودعات يستوطن فيها الداء *Endemic reservoirs* .

قُمل العانة *Pediculosis Pubis* :

المُرادف : داء القمل *Phthiriasis* .

الطفيلي : قمل العانة *Phthirus pubis* قصير وثخين ، وله شكل الدرع *Shield-like* ويتراوح طوله بين ١,٥ - ٢ ملم ؛ فهو أقصر أنواع القمل الإنساني . وينتهي الزوجان الثاني والثالث من أرجله بمخالب قوية يستخدمهما للتشبث بالشرة بالقرب من قاعدتها . وقلما يتحرك هذا النوع من القمل بخلاف النوعين السابقين (قمل الرأس وقمل الثياب) ؛ ومن هنا تأتي الصعوبة الكبيرة في رؤيته ، خلافاً للصبيان الذي يكشف بسهولة أكبر بالتأمل الدقيق . يتوالد هذا النوع من القمل ببطء نسبياً (راجع الشكلين ٨ - ٦ و ٨ - ٧) .

الانتقال : ينتقل قمل العانة بالتماس الجسدي الحميم عادة في أثناء الجماع . كما يمكن أن ينتقل من الأهل إلى الأطفال أيضاً . ويبدو أن هناك إمكانية لانتقال هذا النوع بواسطة الثياب أو شراشف الأسرة أو المناشف .

الموجودات السريرية : ينتقي قمل العانة مناطق الغدد العرقية المفترزة مثل : شعر العانة ، والناحية الشرجية التناسلية ، والناحية الإبطية ؛ وقد يوجد أيضاً على الأماكن الغزيرة الأشعار من الصدر والبطن ، ونادراً ما تُصاب الفروة والحوارج والأهداب إلا عند الأطفال الصغار . يرافق قمل العانة حكة متوسطة الشدة تكون على أشدها ليلاً . كما تغيب عادة علامات التخریش ، وتلاحظ بدلاً منها بقع باهتة ناجمة عن عضات قمل العانة ، وتأخذ هذه البقع اللون الأردوازي (*) أو اللون الرمادي الفولاذي *Steel-gray* ، ويتراوح قطرها بين ٣ ملم و ١ سم ، ويُطلق عليها اسم البقع الزرقاء أو اللطخات الزرقاء *Maculae coeruleae* (*taches bleuâtres*) . وهي على الأرجح نزوف صغيرة سببها انجبال (**) نواتج انحلال الهيموغلوبين المخضوضرة داخل الجلد ، ويحدث هذا الانحلال الهيموغلوبيني بالأنظيمات اللعابية للقملة .

بعد وجود اللطخات الزرقاء في المناطق الانتقائية (أسفل البطن ، وأعلى الفخذين) من المعايير التشخيصية الهامة ، ولا يؤكد التشخيص إلا برؤية القمل أو الصبيان . هذا ويجب الاشتباه بقمل العانة كلما شك المريض من حكة في الناحية التناسلية أو الإبطية .

المعالجة : كما هي الحال في قمل الرأس ، فالعلاج المُنتخب هو أيضاً غاما - بنزين هكساكلوريد *benzene-γ-hexachloride* (*Lindane*) . يُغسل كامل المنطقة المصابة بأحد المنظفات ثم يُدلك بمُستحلب اللندان بعناية ويُغسل في اليوم الثاني . هذا ومن المستحسن إعادة العلاج بعد ٣ - ٤ أيام . كما يمكن استعمال المالاثيون *Malathion* ، أو

البيره تريينات *Pyrethrins* ، أو زيتات (أوليات) النحاس *Copper (II) - oleate with naphthalene* مع النفتالين وتشكل معالجة الأهداب والأجفان المحتشرة عند الأطفال مشكلة علاجية ، بسبب إمكانية حدوث تأثيرات سمية للمستحضر الدوائي المطبق ، ويُستعمل في الأحوال العادية مرهم أكسيد الزئبق الأصفر *Yellow mercuric oxide* (يمزج ٢,٠ غرام من أكسيد الزئبق الأصفر مع الودلين الأبيض *white petrolatum* ليصبح المقدار الكلي ١٠ غرام) أو الودلين الأبيض وحده . كما تُستخدم الملاقط لإزالة الصبيان والقمل من الأهداب .

هذا ويجب فحص المخالطين ومعالجتهم إذا تطلب الأمر ذلك .

البق : داء البق *Cimicosis* : Bugs :

الطفيلي : للبِق أكثر من أربعين نوعاً ، ومع ذلك يقتصر الاهتمام على نوع واحد هو بق الفراش *Cimex* (*Bed bugs*) . أما الأنواع الأخرى ككلك التي تصيب الطيور (الدجاج ، والحُطّاف *Swallows* ، وغيرها) فتنتقل إلى الإنسان في ظروف استثنائية فقط ، وتسبب له حكة وآفات جلدية حطاطية شروية . يُستريح بق الفراش بهلَب قصيرة *Bristles* (أشعار شوكية منتصبة) ، ويتراوح طول الأنثى منه ما بين ٤ - ٥ ملم ، ويبلغ عرضها ٣ ملم ، أما الذكر فأصغر حجماً . يتسطح بق الفراش كثيراً بعد ا لصيام ويأخذ اللون الأصفر الشفاف ، ولا يلبث أن يتنفخ بعد امتصاصه وجبة دموية ، ويأخذ اللون الأحمر الداكن . ولبق الفراش رائحة كريهة تنشأ من سائل تفرزه غدد متوضعة بالقرب من الزوج الثالث لأرجله . هذا وتضع الأنثى بيضتين إلى ثلاث بيضات يومياً ، ثم تتطور إلى مرحلة النضج الجنسي في غضون شهر أو شهرين بعد المرور بخمس مراحل يرقية *Larval* أو حورافية *Nymphal* . يهرب بق الفراش الضوء *Photophobic* ، فهو يتوارى أطراف النهار في صدوع أو شقوق الجدران والأثاث والأرضيات وخلف اللوحات وفي المفاتيح الكهربائية والمصابيح الجدارية ، ويعشعش فيها . ينتج بق الفراش بفريزته نحو الحشرات المهمة ، وقد كانت هناك صعوبة كبيرة في تطهيرها قبل توفر المبيدات الحشرية الحديثة . يزحف بق الفراش على الإنسان ليلاً ، أو يسقط عليه من السقف ليلتهم وجبته الدموية خلال دقائق معدودات ولا يشعر الإنسان بذلك عادة ، ويكرر البِق هذه العملية مرة واحدة أسبوعياً ، ولكنه يمكن أن يعيش دون طعام عدة أشهر . يترك البِق في أثناء العض

(٥) لون رمادي داكن ضارب إلى الأرجواني (المترجم) .

(**) Incorporation .

برغوث الإنسان Human Flea :

يتراوح طول برغوث الإنسان والذي يدعى أيضاً البرغوث المهيّج *Pulex irritans* ما بين ٢ - ٤ ملم . يستطيع هذا البرغوث أن يقفز بواسطة أرجله الوثابة (الزوج الثالث « الأخير » من الأرجل) إلى ارتفاع يقدر بحوالي ٥٠ سم ، وإلى مسافة ٦٠ سم تقريباً . يهرب برغوث الإنسان الضوء *Photophobic* ، فهو يختبئ تحت ألواح الأرضيات وفي شقوق الأثاث وتحت السجاد ، وقد كان كثير الانتشار سابقاً ، غير أنه أصبح في الوقت الحاضر نادراً نسبياً نتيجة تطور الظروف المعيشية الصحية واستخدام المكائس الكهربائية ، ومع ذلك فـمـ زانت وسائل النقل العامة والمسارح ودور السينما مأوى للبراغيث . تضع أنثى البرغوث عدداً من البيوض قد يبلغ ٣٠٠ بيضة ، وقد تتطور هذه البيوض إلى مرحلة النضج الجنسي (اليافعة *Imago*) بعد المرور بثلاث مراحل يرقة *Larval* ومرحلة للخنادر *Pupal* ، وتستغرق هذه العملية حوالي ٣ - ٦ أسابيع تبعاً للظروف المناخية المحلية . يُعرف عن برغوث الإنسان قدرته على العيش في مجتمه لفترة تقدر بحوالي سنة ونصف تقريباً ، وتصل هذه الفترة إلى خمس سنوات ونصف عند أنواع أخرى من البراغيث . هذا ويمكن للبرغوث أن يعيش ليمتص الدم عدة مرات في اليوم ، ولكنه يستطيع أن يعيش دون غذاء عدة أشهر . تفرز الأجزاء الفموية للبرغوث بعد ثقبها للجلد سائلاً يحتوي على مواد مضادة للتخثر تساعد على ابتلاع الدم (راجع الشكلين ٨ - ٩ - ١٠) .

الموجودات السريرية : تكون عضات البرغوث متعددة عادة ، وتتوزع بشكل غير متناظر على الأماكن المستورة بالثياب ، وتسبب انتبارات ذات نقاط نزفية مركزية . تدل النقطة النزفية على مكان العضة ، وتُشاهد خاصة باستخدام المِلْوَقي *Spatula* . ونادراً ما تظهر الآفات الفرغرية (الفرغرية الرغوية *Purpura pulicosa*) والفقاعات الكبيرة الحجم ، وكثيراً ما تشاهد هذه الأخيرة على الساقين خاصة . قد يصاب الأطفال بهذه الآفة إصابة شديدة ، فتبدو عندهم طفوح شبيهة بالشرى الحطاطي الطفلي *Strophulus infantum* ؛ ولكن ما يميز الطفح البرغوثي عن غيره من أنواع الطفوح المشابهة هو وجود النقطة النزفية المركزية في كل آفة تقريباً .

التشخيص التفريقي : الشرى الحاد ، والشرى الحطاطي الطفلي ، والشرى الحطاطي الحاد ، والحماق ، وعضات الحشرات الأخرى ولسعاتها .

نقل الأمراض : قد ينتقل الطاعون *Plague* من القوارض إلى الإنسان عن طريق برغوث الجرذ المداري *Tropical rat flea* ، ونادراً ما ينتقل عن طريق برغوث الإنسان . كما ينتقل

مفرزات الغدة اللعابية فتنج عنه الحكة والآفات الجلدية ، وتكون الآفات شديدة في البداية ، لكنها تتناقص مع تقدم التحمل *Tolerance* ، وقد تختفي نهائياً .

الموجودات السريرية : تظهر عند الإنسان المعضوض للمرة الأولى وذمة في الأجفان ، وطفوح انتبارية الشكل *Wheal-like* تتوزع غالباً في زُرير أو مجموعات على أي جزء من الجسم غير مستور بثياب النوم . تُظهر الآفة عند ضغطها مِلْوَقي زجاجي *Spatula* نقطة نزفية مركزية مُشيرة إلى مكان العضة . كما قد تنشأ الحويصلات والفقاعات أيضاً ، وبخاصة على مناطق النهايات الزرقية *Cyanotic acral areas* ، وهذه قد تتحول أحياناً إلى حطاطات حاككة في غضون عدة أيام . يتطور التحمل لعضات بق الفراش بصورة تدريجية ، ولا تثير التفاعلات الشديدة أن تختفي . وأخيراً يصبح وجود بق الفراش مهملًا بالنسبة للإنسان ، فلا يُستدل على وجوده إلا برؤية النقاط الدموية ومفرغاته (راجع الشكل ٨ - ٨) .

التشخيص التفريقي : الشرى الحاد ، والشرى الحطاطي ، والحماق العديدة الأشكال ، وعضات ولسعات الحشرات الأخرى (كداء البراغيث *Pulicosis*) .

المعالجة : يمكن علاج الآفات الجلدية بدهون الزنك *Zinc lotion* ، أو بإحدى الهلامات المضادة للهستامين ، أو بالمنتول الكحولي بتركيز ١٪ . كما يمكن إعطاء مضادات الهستامين الجهازية في حالات الحكة الشديدة . هذا وتُستعمل المبيدات الحشرية ، كإجراء هام ، لتطهير الحجرات المحتشيرة بالبق .

البق المداري Tropical Bugs :

يعيش البق نصفى الجناح *Cimex hemipterous* والذي يدعى أيضاً البق المستدير *Cimex rotundus* في المناطق المدارية الرطبة ، وذلك بخلاف بق الفراش *Cimex lectularis* الذي يعيش في المناطق المعتدلة وتحت المدايرة . وهنا تجب الإشارة إلى البق الفُسْفُسي المُنَجَّح *Winged triatomid bugs* الذي يعيش بصورة رئيسية في أمريكا الجنوبية وينقل الداء الخطير المعروف بداء شاغاس *Chagas' disease* ، الذي هو شكل من أدواء المثقبيات *Trypanosomiasis* . يؤدي هذا الداء لاختلاطات عديدة بعضها ميمت مثل التهاب عضل القلب لشاغاس .

البراغيث : داء البراغيث Fleas: Pulicosis :

الطفيليات والانتشار : البراغيث حشرات عديمة الأجنحة ، ويقتصر العديد منها في وجوده على نوع واحد من الأنواع . هذا وقد يكون الثوي من الثدييات أو من الطيور ؛ فهناك برغوث الإنسان ، والكلب ، والقط ، والجرذ ، والدجاج .

اللسعة خطيرة داخل الجوف القموي لأنها تسبب تورماً في اللسان ووذمة في الزمار وقد تؤدي إلى الاختناق أحياناً . قد يُتلى الإنسان إذا ما لُسع لسعات كثيرة بطفح شروري معم وتفاعلات سمية مجموعة بل وبقصور قلبي وعائي مميت .

وقد تحدث عند الأشخاص المتأهين أرجية Allergy تجاه سم الحشرة (تفاعل من النمط الأول) إذا ما تكرر اللسع عندهم عدة مرات ؛ ويكفي أن يتعرض هؤلاء الأشخاص الأرجيين لكميات صغيرة جداً من السم حتى تحدث عندهم تفاعلات سمية شديدة بعد فترة تتراوح بين ٥ - ٢٠ دقيقة ، منها الشرى المعمم ، والوذمة الوعائية ، ووذمة الزمار ، والصدمة التأقية الجزئية أو الكاملة . وخلافاً لذلك ، فقد تحدث عند الإنسان مناعة تجاه سم الحشرة ، ويلاحظ ذلك عند مُربي النحل ، إذ لا تسبب اللسعات عندهم أية تفاعلات ملحوظة .

المعالجة : يُنصح بتطبيق المنفّرات الحشرية كإجراء وقائي . كما يجب إزالة أية زُبانة Sting خُلقت في مكان اللسع .

تتضمن **المعالجة الجهازية** إعطاء أملاح الكالسيوم ومضادات الهستامين عند الضرورة ، وإعطاء الستيروئيدات السكرية بالوريد في الحالات الخطيرة ، وإعطاء مضادات انخفاض ضغط الدم مع جرعات عالية من الستيروئيدات القشرية بالوريد عند حدوث التفاعلات المجموعية الشديدة أو المهددة للحياة . هذا ويجب على كل مريض أرجي تجاه سم النحلة أو الزنبور أن يحمل حقيبة إسعافية لزرق الإينفريين Epinephrine injection kit (انظر أيضاً الفصل ١١) .

تتضمن **المعالجة الموضعية :** الرفادات المُبرّدة (باستعمال الماء أو الكحول) ، ودهون الزنك ، والرهيمات الستيرويدية ، والعلامات المضادة للهستامين .

وعند الاشتباه بوجود الأرجية Allergy عند شخص ما ، يُنصح بمعايرة الغلوبولين المناعي Ige ، وإجراء اختبار الراسـت RAST ، واختبار الأرجية داخل الجلد (للتأكد من التشخيص ، مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة عند إجراء الاختبار الأخير) استعمال محاليل ممددة جداً في الاختبار ، والبدء باختبار الوخز Prick test . هذا ويجب أن يكون المرضى على دراية تامة بقصة تحسسهم لأنه يتعين عليهم حمل الأدوية اللازمة كلما كانوا في ظرف يعرضهم لخطر اللسع (كما هي الحال في فصل الصيف أو في أيام العطل) . وقد أدت برامج إنقاص التحسيس Hyposensitization programs التي تجري في المستشفيات إلى نتائج جيدة في حالات الأرجية تجاه سم النحلة أو الزنبور (انظر أيضاً الفصل ١١) .

(٥) Intracutaneous allergy test .

برغوث الجرذ المداري في المناطق تحت المدارية ريكيتسية موزيري Rickettsia mooseri المسببة للحمى المبقعة القارية Murine spotted fever . هذا ويمكن لبرغوث الجرذ الشمالي Northern rat flea أن ينقل شريطية الجرذ Rat tapeworm والشريطية القزمية Dwarf tapeworm .

المعالجة : تشمل المعالجة الموضعية : دهون الزنك ، والعلامات المضادة للهستامين ، والصبغات القطرانية المشاركة للستيرويدات . كما يمكن إعطاء مضادات الهستامين جهازياً . ويستحسن كذلك تطبيق منفّرات الحشرات على الجلد كإجراء وقائي . كما تستعمل المبيدات الحشرية للقضاء على البراغيث . هذا ويُنصح أيضاً بعلاج الكلاب والقطط المخالطة للمرضى .

براغيث الرمل Sand Fleas :

الطفيلي والموجودات السريرية : يوجد برغوث الرمل (التونغا النافذ Tunga penetrans في أمريكا المدارية ، وفي جزر الهند الغربية ، وفي أفريقيا . ويتراوح طوله ما بين ١ - ١,٥ ملم تقريباً . تحفر الأنثى الملقحة أنفاقاً في جلد القدمين وبخاصة في النواحي القوية أو الأخصين أو تحت أطراف الأباخس ، وكثيراً ما تصاب الناحية الشرجية التناسلية . يصل البرغوث إلى حجم حبة البازلاء بعد امتصاصه وجبة دموية كاملة ، وتسبب عضته حكة وألماً وأحياناً ثانوية ، وقد تنشأ البثرات والخراجات الدملية الشكل والتقرحات مصحوبة بالتهاب في الأوعية اللمفية أو بالموت ، وفي هذه الحالة يجب استبعاد الكزاز والموت الغازي .

المعالجة : يمكن إزالة براغيث الرمل باستخدام الإبر أو الملاقط الناعمة ، كما يمكن قتلها بتطبيق الضمادات المنقوعة بالأنثر Ether أو بالترنتين Turpentine أو بالرافين . ومع ذلك فقد تضطر إلى إجراء الشق الجراحي في بعض الحالات . تُعالج بعد ذلك الأخمج الثانوية في حال حدوثها ، كما يُنصح بتطبيق المبيدات الحشرية على الأحذية كإجراء وقائي .

غشائيات الأجنحة Hymenoptera :

الكائنات الحية : تشمل غشائيات الأجنحة : النحل Bees ، والزناير الصغيرة Wasps ، والزناير الكبيرة Hornets ، والطنّانات Bumble bees . وقد تسبب هذه الحشرات بلسعها المؤلم للإنسان آفات جلدية وتأثيرات مجموعية .

الموجودات السريرية : تسبب اللسعة تورماً وذبياً ملحوظاً واحمراراً يخفّفي بعد عدة أيام ، ويمثل هذا التورم تفاعلاً سُمياً تجاه سم الحشرة venom المؤلف من عدة مكونات . وتسبب اللسعة في الجوف الحجاجي وذمة في الأجفان ، كما تسبب اللسعة في الشفة تورماً يشبه فُطيسة (أنف) الخنزير ، وتكون

خوات الجناحين Diptera :

الكائنات الحية : تشمل ذوات الجناحين : البعوض Gnats ، والناموس Mosquitoes ، والذباب الماص للدّم Blood - sucking flies ، والذباب المتزلي House flies ، وذباب الإسطل Stable flies . وتوجد البعوضة المنزلية الشائعة Culex pipiens في أوروبا والأمريكيتين بشكل شائع على ضفاف الأنهار وفي المياه الراكدة .

الموجودات السريرية : تسبب اللسعة انتباراً ذا ثقب مركزي ، لا يلبث أن يتحول إلى حطاطة حاكّة بشدة ، وقد تختلط الآفة بالتقوؤ بسبب الحك والحخدش . قد تنشأ في بعض الأحيان قشاعات متوترة ، يبلغ قطرها عدة سنتيمترات ، تتوزع بشكل خاص على أسفل الساقين مكان الركود الوعائي Stasis ، وتُدعى هذه الحالة بداء البعوض الفقاعي Culicosis bullosa . وقد وُصِفَت في وقت من الأوقات باسم الفقاع الهَرَاعي (الهستري) Pemphigus hystericus لعدم معرفة السبب . تحدث التفاعلات الأرجية بصورة نادرة ، وهذه إما أن تكون موضعة ، لكنها تتجاوز حدود الآفة الأصلية ، أو مجموعية (راجع الشكلين ٨ - ١١ و ٨ - ١٢) .

المعالجة :

موضعيّاً : دهون الزنك ، أو الرهيمات الستيرويدية ، أو افلامات المضادة للهستامين .
وقائيّاً : المُنَقِّرات repellents .

ذباب المنزل House flies :

نادراً ما تُهاجم ذبابة المنزل Musca domestica الإنسان . وإذا حدث ذلك فإنها تسبب تفاعلات جلدية طفيفة .

ذباب الإسطل Stable flies :

تعيش ذبابة الإسطل الشائعة ، القمعة المُركّضة Stomoxys calcitrans في الأرياف خاصة ، وتسبب في أواخر الصيف لسعات مؤلمة ، وتفاعلات شروية في الرئتين Calves .

التعرّ (التُغرة) Gadflies (Tabanus) :

توجد التُغرة بشكل شائع في فصل الصيف بالقرب من مياه . وتسبب لسعاتها آفات جلدية شروية حاكّة ومؤلمة .

جُلال التَغَف Myiasis Dermatitis :

المُرادف : التَغَف الخارجي Myiasis externa .

قد تُخَمِّج الجروح المفتوحة النازة ، أو التقرحات ، أو الأورام الخاضعة للتكس النخري Necrotic degeneration باليرقات (Magots) الناتجة عن بيوض أنواع مختلفة من الذباب بما فيها ذبابة المنزل الشائعة Musca domestica ،

وتختفي هذه اليرقات بعد تنظيف وتطهير الآفات .

داء هجرة اليرقات Larva Migrans :

المُرادفات : الطفح الزاحف Creeping eruption ، داء هجرة التَغَف الخطية (راجع الشكل ٨ - ١٣) .

قد تخترق يرقات معينة ، كذلك التابعة للثَّير botfly (Gasterophilus intestinalis) ، جلد الإنسان أحياناً ، فتحفّر تحته أنفاقاً مشكّلة خطوطاً حمراء اللون ، مثلثة أو ملتفة ، حاكّة بشدة ، تمتد بمعدل ١ - ٢ سم يومياً ، وقد تختلط بالتقوؤ أحياناً . (راجع الفصل التاسع من أجل التفاصيل) .

المُعالجة : تكون باستئصال أو تجميد اليرقة المتوضعة في نهاية النفق ، ومع ذلك فإن هذه المُعالجة غير ناجعة في كثير من الأحيان . ولقد وُجد أن لعقار الثيابندازول Thiabendazole فعالية كبيرة إذا ما أُعطي بجرعة ٥٠ ملغ لكل كغ من وزن الجسم يومياً لمدة ٢ - ٣ أيام ، مع الانتباه إلى تأثيراته الجانبية . كما يمكن استعمال الثيابندازول موضعياً في سواغ من مرهم اللانولين وبتركيز يتراوح بين ٥٪ و ١٠٪ ، ويُفضل تطبيقه تحت ضماد كيم .

نقل الأمراض Transmission of Diseases :

يعد الكثير من الناموس Mosquitoes الموجود في المنطقة الاستوائية ناقلاً هاماً لأمراض خطيرة ، فتنتقل بعض أنواع جنس الأنفيل Anopheles على سبيل المثال البُرْداء Malaria ، وداء الخيطيات (داء الفيلاريا) Filariasis . كما تنقل أجناس أخرى من الناموس الحمى الصفراء ، وحمى الضنك Dengue fever ، وحمى الفاصدة Phlebotomus fever ، ومرض النوم ، وأمراضاً حيوانية ذات أهمية اقتصادية ، وغيرها . أما ذباب الرمل فينقل داء الليشمانيات .

الأساريح Caterpillars (٥) :

تُسَمَّى الأساريح التابعة لأنواع معينة من الفراشات أو العُث Moths بأشعار ناعمة تحتوي على مواد سامة للجلد كما هي الحال في أَسْرُوع العُث الموكبي Processionary moths ، وأسْرُوع العُث الثَّجْري الذي يدعى أيضاً أسْرُوع الدب الصوفي Woolly bear . تسقط الأساريح من الأشجار وتخترق أشعارها جلد الإنسان كالإبر الناعمة فيؤدي ذلك لحُدُوث تأثيرات سمية تتجلى بالمظاهر التالية : حطاطات شروية أو حُمَامِيَّات Erythemas حمراء زاهية حاكّة بشدة ، وحويصلات تحتوي على الأشعار النافذة ، وشرى القماس Contact urticaria . هذا وتأخذ الآفات شكل الشريط غالباً بسبب انتقال الأسْرُوع من مكان لآخر . كما يحدث التهاب (٥) مفرداً أسْرُوع أو يُسْرُوع ، كما يطلق عليها أحياناً اسم السُرْفَة (الترجم) .

العنكبوت البني المنزل *Brown Recluse Spider* :

الطفيليات : ومنها النوع المعروف في أمريكا الجنوبية باسم *Loxosceles laeta* . ومنها النوع المعروف في أمريكا الشمالية باسم *Loxosceles reclusa* . ولهذا العنكبوت أشكال أخرى مثل *Loxosceles arizonica* و *Loxosceles unicolor* . يتراوح طول العنكبوت ما بين ١ - ١,٥ سم ، وهو ذو لون بني ضارب إلى الصفرة ، وتميزه علامة بنية داكنة على الصدراس Cephalothorax بشكل الكمان . يوجد هذا العنكبوت في المراحض ، وستائر الجدران ، والسياب ، وصناديق خزن البضائع أو الثياب ، ويحتوي سمه على عوامل ناعرة للجلد ، وعوامل حالة للدم ، إضافة للهيالورونيداز *Hyaluronidase* .

الموجودات السريرية : تتفاوت شدة الاستجابة السريرية الناجمة عن عضه هذا العنكبوت بين مريض وآخر ، ويتوقف ذلك على جرعة السم الفعلية ، وعمر المريض ، وحالته المناعية . تتضمن التفاعلات المجموعية الغثيان ، والقيء ، والحمى ، والدعث ، والفتور ، كما قد تحدث مظاهر خفيفة من انحلال الدم المترقي داخل الأوعية ، قد يؤدي هذا لحدوث بيلة هيموغلوبينية وقصور كلوي وفقر دم كما قد يؤدي إلى الموت خلال اليومين أو الثلاثة الأولى من التفاعل . وغالباً ما يقتصر حدوث هذه التفاعلات المعية على الأطفال ؛ علماً بأن أغلب عضات العنكبوت البني المنزل غير مؤذية .

قد يقتصر التفاعل الجلدي على حدوث الحكه أو الشرى فقط ، وقد يقتصر على تشكل منطقة نخرية صغيرة سريعة الزوال . ويتجلى التفاعل الجلدي الشديد بظهور منطقة رمادية مزرقه بسبب انحلال الدم وتضيق الأوعية . ثم تظهر على هذه المنطقة فقاعة وحامى بعد ١٢ - ٢٤ ساعة ، وبعد ذلك تتعرض الآفة لنخر بنفسجي اللون يليه بعد ٥ - ١٠ أيام تشكل خُشارة سوداء غير منتظمة *Sphacelus* فوق منطقة الخر الرعائي ، تسقط بعد عدة أسابيع لتلثم الآفة بالمقصد الثاني ، ونادراً ما يحتاج الأمر إلى إجراء التطعيم الجلدي .

التشخيص : يتم برؤية العنكبوت ، أو بالتعرف على الآفة الجلدية النخرية الوحيدة ، كما يمكن اللجوء إلى اختبار مصلي لتشخيص الحالة باكراً .

المعالجة : لا تتطلب العضات الصغيرة سوى معالجة عرضية . ولم تقدم الستيرويدات القشرية الجهازية أو الموضعية فائدة واضحة في الآفات النخرية الكبيرة . تُعطى الصادات لمنع حدوث الأخماج الثانوية . وقد ذكر أن إعطاء السلفوناميدات *Sulfonamides* ، والسلفونات *Sulfones* كالديابسون *Dapsone* يؤدي إلى تخفيف الأعراض والعلامات . ولقد أعطي الهيارين لعلاج النخر المتكرر داخل الأوعية ، واقترح

جلدي بسبب الحك والحش يدعى بالتهاب الجلد الأسروعي *Caterpillar dermatitis* . يُستى تشخيص هذه الحالة على القصص السريرية المأخوذة من المريض ، وعلى نمط توزع الآفات ، وعلى ظهور الآفات في مناطق غير مستورة بالثياب .

العناكب (*Arachnida*) Spiders :

يمكن لعضات أنواع محددة من العناكب اللا أوروبية أن تسبب تورمات وذمية ملتية ، ونحوراً ، والتهابات في الأوعية والعقد المفية ، وقد تسبب تفاعلات مجموعية خطيرة . أما الرُتيلات *Tarantulas* (*) والعناكب الذئبية فهي ليست خطيرة بشكل عام . قد تسبب العناكب الأوروبية حكة وتفاعلات حامية وشروية .

عنكبوت الأرملة السوداء *Black Widow Spider* :

لعنكبوت الأرملة السوداء *Latrodectus mactans* بطن بصلي منتفخ يأخذ اللون الأسود أو الرمادي أو البني ، كما يتميز بعلامة بطنية واسمة بشكل الساعة الرملية تأخذ اللون الأصفر أو البرتقالي أو الأحمر . هذا ويبلغ طول الأنثى حوالي ١ سم ، وهي أكبر حجماً من الذكر . تقتل الإناث الذكور بعد الجماع مباشرة ، ومن هنا أتت تسمية هذا العنكبوت بالأرملة السوداء *Black widow* . يوجد هذا النوع من العنكبوت في مراحض الهواء الطلق ، وفي مخازن الماشية أو الحبوب ، وفي أماكن تراكم النفايات في العراء ، وهو ينتشر في كافة أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية .

الموجودات السريرية : قد لا يلاحظ الإنسان مكان العضه ، غير أنه يشعر بألم موضعي متوسط الشدة يزول عفوياً . ثم لا تلبث أن تظهر العلامات السمية بعد خمس عشرة دقيقة من العضه ، وتتضمن : التشنجات العضلية في عضلات البطن والصدر والساقين والظهر ، والمصص البطني *Cramp* الذي يحاكي الحالات البطنية الجراحية الطارئة إلى حد كبير ، والصداع ، والتعرق ، والغثيان ، وفرط نشاط المنعكسات العميقة . وقد تستمر هذه العارضة *Episode* يوماً إلى يومين ، وقد يموت بنتيجتها صغار السن وكباره .

المعالجة : تُعطى مضادات السمم النوعية من أجل تخفيف الأعراض وانقاص أمد التفاعل السمي ، ويمكن الحصول على هذه المضادات من مراكز مكافحة السموم أو من مراكز الصحة العامة . يؤدي إعطاء غلوكونات الكالسيوم *Calcium gluconate* بالوريد (١٠ مل من محلول ١٠٪) إلى تلطيف الأعراض بشكل مؤقت . ويمكن إعطاء الأدوية المُرخية للعضلات أيضاً .

(*) مُفردتها رُتلاء . نسبة إلى مدينة *Taranto* في جنوب إيطاليا (المترجم) .

استئصال الآفة النخرية في وقت مبكر كأحد التدابير العلاجية الفعالة .

السُّوس Mites :

الحرب Scabies [أرسطو Aristotle ، أبقرراط Hippocrates] :

الطفيلي : لسوسة الحرب أو القارمة الجربية *Sarcoptes Scabiei* (وقد دُعيت سابقاً بحلم الحرب *Acarus scapiei*) شكل نصف كروي ، واربعة أزواج من الأرجل ، وتنفس رغامي . ويبلغ طول الأنثى ٠,٣ - ٠,٤ ملم ، وأما الذكر فيبلغ نصف هذا الحجم تقريباً . (راجع الشكل ٨ - ١٤) تستخدم الأنثى الملقحة فكها القويين لتحفر أنفاقاً ناعمة في الطبقة المتقرنة لجلد الإنسان ، وتبقى الأنثى دائماً في نهاية النفق الذي يصبح مسكناً لها (تلة « بيت » السوسة Mite Hill) ، وتضع هناك من : ٢ - ٣ بيضات يومياً لفترة تقدر ببضعة أسابيع ، ثم تموت بعد ذلك . تفقس البيوض عن يرقات سداسية الأرجل ولا تلبث أن تتحول إلى حورارات *Nymphs* ثمانية الأرجل ، وهذه تتحول بدورها إلى سوس ناضج جنسياً ، وتستغرق هذه العملية بكاملها حوالي ثلاثة أسابيع . هذا وتعيش اليرقات والحورارات والذكور على سطح الجلد في فراغات تحت وسوف الطبقة المتقرنة ، ويموت الذكور بعد الجماع . (راجع الشكل ٨ - ١٥) .

الانتقال : ينتقل الجرب بانتقال الإناث الملقحات أثناء التماس الجسدي الحميم خاصة في الفراش الدافئ (أثناء الجماع مثلاً) ، وكثيراً ما ينتقل في المعسكرات وبين الأطفال الذين يعيشون في ظروف صحية سيئة . ونادراً ما ينتقل الجرب عن طريق شراشف الأميرة أو الثياب الداخلية ، وهذه إن لم تستخدم وعُرضت لهوية تامة خلال أربعة أيام انعدمت قدرتها على نقل الخمج ، لأن السوس لا يستطيع أن يبقى على قيد الحياة أكثر من يومين أو ثلاثة بعيداً عن سطح الجلد . هذا وتلاحظ الإصابة بعد (٣ - ٦) أسابيع من حدوث الخمج لأول مرة ، وفي حال عودة الخمج *Reinfection* تلاحظ الإصابة بعد ٢٤ ساعة فقط (الأرجية Allergy) .

الموجودات السريرية : العرض الوصفي لها هو الحكة الشديدة ، التي تصبح أكثر سوءاً في الفراش الدافئ ، أي أثناء الليل . والمناطق الانتقائية للإصابة عادة هي : الثنيات القوية لليدين أو القدمين ، والمرفقان ، والثنيات الإبطية الأمامية ، ولعوات الأتداء ، والسرة ، والخصر ، والقضيب ، والحواف الداخلية للقدمين ، والكاحلان ، والمناطق المتلامسة من الأكتين ، ونادراً ما يُصاب الظهر . هذا وتعد الإصابة دائماً عن الرأس والعنق ، غير أنه يمكن أن يصاب الرأس والوجه عند

الرضع ، كما تصاب عندهم الراحتان والأخصان لرقعة طبقاتها المتقرنة .

العلامات التشخيصية للجرب هي الأتلام Burrows ، وهذه قد تأخذ شكل الفاصلة أو شكلاً ملتفاً غير منتظم ، ويبلغ طول كل منها حوالي عدة ميليمترات ، ونادراً ما يصل إلى عدة سنتيمترات ، وتبدو السوسة في نهاية كل تلم كنقطة داكنة لا تكاد ترى بالعين المجردة . (راجع الشكل ٨ - ١٦) .

يمكن أن نشاهد عند مرضى الحرب طيفاً واسعاً من الآفات الثانوية التي تنجم عن تآكز الجرب أو تقويته ، مثل : الحطاطات الحويصلية Papulovesicles ، والبثرات والجلبات القححية الكثيفة ، والتهاب الجريبات .

وتتوقف الصورة السريرية على الحالة المناعية للمريض . فإذا ما أُحجم الإنسان السوي مناعياً للمرة الأولى ، فإنه تظهر عنده في البداية آفات جلدية قليلة وأعراض خفيفة ، على الرغم من أنه يملك القابلية لنقل الخمج . ويتطور الأرجية Allergy عنده تزداد الحكة وتظهر الحطاطات الملتبته على الأتلام ، وقد يحدث عنده طفح إكزمي حطاطي حويصلي حُكّاكي ؛ وكثيراً ما يحدث التقويض في هذه المرحلة بسبب الحك والخدش الشديدين . ومن الاختلاطات الشائعة للجرب ، تآكز مه أحياناً بسبب استعمال ذرورات أو مراهم مضادة للحكة أو محتوية على الصادات ، إذ تسبب هذه الأدوية أو تثير أرجيات بالتماس Contact Allergies ، كالأرجية تجاه البنزوكائين Benzocaine والأرجية تجاه النيوميسين Neomycin . ويمكن أن تتطور المناعة Immunity عند المرضى الذين يعيشون في مناطق يستوطن فيها الداء ، أو عند الذين أصيبوا سابقاً بالجرب ، فيؤدي ذلك إلى تناقص عدد الحشرات وحدوث الشفاء العفوي في بعض الحالات . هذا وكثيراً ما تظهر عند المرضى الذين يعيشون في ظروف صحية جيدة ويعتنون بنظافة جلودهم أعراض شخصية شديدة على الرغم من وجود آفات قليلة فقط ، وهذا قد يسبب مشكلة تشخيصية . لذلك يجب أن لا يغفل الطبيب عن مثل هذا النوع من الجرب الذي يُدعى « بالجرب النظيف Clean Scabies » ، بل عليه أن يبحث بدقة عن الأتلام الوصفية لتأكيد التشخيص .

إظهار السُّوس Demonstration of Mites : تُفحص أولاً جميع المناطق الانتقائية للبحث عن الأتلام والسوس . فعند إيجاد أحد الأتلام تؤخذ إبرة الزرق وتفرز في التلم بشكل يُوازي سطح الجلد تقريباً ، وتُدفع إلى مكان النقطة الصغيرة التي تأوي إليها سوسة الجرب ، ثم يُجرى شق صغير فوق هذه النقطة وتُفرك قاعدة النفق بالإبرة ، فيؤدي ذلك إلى التصاق السوسة الرطبة بالإبرة ككرة صغيرة لا تكاد تُرى بالعين المجردة . هذا ويمكن استخدام أدوات أخرى أيضاً كالمشارط الصغيرة ؛ كما

هذا وقد يؤدي امتصاص كميات كبيرة من غاما - بنزين هكساكلوريد عن طريق الجلد إلى حدوث تأثيرات جانبية على الجملة العصبية المركزية . وبما أن الامتصاص يحدث أو يتعزز بوجود الشحومات Lipids والمذيبات Solvents ، فإنه يجب على المريض قبل البدء بالعلاج أن يأخذ حماماً مستخدماً منظفاً لإزالة شحوم الجلد الطبيعية وأية آثار للمراهم العلاجية .

يُبدل ذلك المستحضر بعد ذلك على كامل سطح الجسم عدا الرأس ، مع الاعتناء الخاص بأفوات الأصابع والأباحس . يُبدل شراشف الأسرة والثياب يومياً خلال فترة العلاج ، كما يُنصح بغليها أو تنظيفها على الناشف للتخلص من الكائنات الحية المقيحة Pyogenic التابعة للأخماج الثانوية الموجودة عادة .

معالجة الرضع والحوامل : يُستحسن معالجة الرضع بالمستحضرات الأقل سمية كبتزوات البنزيل Benzyl Benzoate ، أو البيرة ترين Pyrethrin ، أو الكروتاميتون Crotamiton ، كما يفضل تطبيق العلاج في المستشفى . هذا ويجب عدم إعطاء غاما - بنزين هكساكلوريد أثناء الحمل (مضاد استطباب) .

فحص المخالطين : يجب فحص جميع المخالطين لمرضى الجرب ، ومع ذلك فقد تحدث عدة إصابات ، سواء في العائلة أو المدرسة أو مركز الحضانة لا يمكن تشخيصها في البداية ، لأن للداء فترة كمن Latency Period طويلة قد تمتد عدة أسابيع . لذلك يُعطى العلاج لجميع الأشخاص المخالطين عند وجود أدنى شك بإصابتهم (كعلاج جميع أشقاء المريض على سبيل المثال) .

الخطاطات المستديرة عقب الجرب Postscabietic Persistent Papules (راجع الشكل ٨ - ١٧) :

قد تظهر أحياناً ، وخصوصاً عند الأطفال الصغار ، خطاطات حمراء مسمرة تتوزع عادة على الجذع ، وذلك على الرغم من تطبيق علاج الجرب على النحو الصحيح وعدم وجود أية دلائل على عودة الحمج Reinfection . قد يُبدي الفحص النسيجي لهذه الخطاطات ارتشاحات بالحمضات والمنسجات بشكل يشبه اللمفوم الكاذب Pseudo lymphoma ، وربما تمثل هذه الحالة تفاعلاً مفرط الأرجية Hyperergic Reaction تجاه طفيليات الجرب . هذا وقد نشاهد في بعض الأحيان أجزاء من طفيليات الجرب داخل هذه الآفات . يمكن معالجة هذه الحالة بالرهيمات الستيرويدية أو بزرق المعلقات البلورية الممددة من الستيرويدات القشرية داخل الآفات .

الحكة عقب الجرب ورهاب الجرب Postscabietic Pruritus and Scabophobia

المترادف : رُهاب الحَلَم Acarophobia .

يمكن تطبيق شريط لاصق لعدة مرات متتالية فيؤدي ذلك إلى تعرية الجلد وفتح التلم . ويمكن تمييز السوسة تحت المجهر باستخدام التكبير الضعيف لأنها تمتاز خصوصاً بحركات أرجلها الحية ، وقد لا نرى في بعض الأحيان سوى البيوض النموذجية والكرات الغائطية (البعر Scybala) . هذا ويُؤكد التشخيص بشكل مطلق برؤية السوس ، ولكن يمكن إثبات التشخيص إلى حد كبير برؤية الأنلام النموذجية ، وبحدوث الحكة الليلية الشديدة في المناطق الانتقائية ، ويظهر الحكة عند الأشخاص المخالطين للمريض (كوجود الحكة عند عدة أفراد في عائلة واحدة) .

التشخيص التفريقي : يُفرق الجرب عن جميع الطفوح الحُكَاكِيَّة (الأُكَالِيَّة) Pruriginous أو الطفوح من غُط الحُكَاك Prurigo - type ، وعن الإكزيمة بالتماس ، والإكزيمة التأتبية ، والقوباء . كما يجب استقصاء كل إكزيمة تُصيب اللعوة Areola ، ليس فقط من أجل التأكد من داء باجت Paget's disease ، بل من أجل الجرب أيضاً .

المعالجة : العلاج المُنتخب عند البالغين هو غاما - بنزين هكساكلوريد Benzene (Lindane) Hexachloride - ٧ المتوفر تجارياً بشكلين : مُستحلب وهلامي . وهو مركب عديم اللون والرائحة ، يقتل السوس والحراروات Nymphs ، ولكن لم يتم التأكد من قدرته على قتل المَصْع Embroys داخل البيوض . ولهذا السبب يُعاد تطبيق العلاج لثلاثة أيام متتالية . أما قواعد العلاج العامة فهي :

- يُبدل شراشف الأسرة والبياضات والثياب الداخلية وتُغلى . ويجب عدم استخدام الثياب الخارجية لمدة أربعة أيام ، والأفضل تنظيفها على الناشف (٥) .
- يستحم المريض مُستخدماً منظفاً لإزالة شحوم الجلد .
- يُبدل المستحلب على جميع نواحي الجسم من العنق حتى القدمين .
- يُغسل المُستحلب بعد ١٢ - ٢٤ ساعة (حمام أو دُش) .
- تُكرر جميع الخطوات السابقة ، بما فيها تبديل الشراشف والثياب الداخلية ، لمدة ثلاثة أيام متتالية .
- يجب فحص ومعالجة جميع الأشخاص الذين كانوا على تماس مع المريض .
- يُعالج بعد ذلك الجلد الملتهب أو الخاف بالرهيمات اللطيفة ، أو بالحمّامات الزيتية ، أو بالرهيمات المحتوية على الصادات ، أو بمجمرات منخفضة من الستيرويدات ، وذلك حسب الصورة السريرية الموجودة (التقويؤ أو التأكُرم) .

(٥) dry clean : تُنظف الملابس بمذيئات عضوية غير مائية مثل الغازولين (البنزين) (المترجم) .

تسبب معالجة الجرب في الغالب تخريشاً جلدياً خفيفاً وحكة ، وهذا قد يؤدي لكثير من المرضى بفشل العلاج . أما إذا لم تختف الحكة ، على الرغم من المعالجة الصحيحة والفعالة ، خلال ٢ - ٣ أسابيع ، عند ذلك يجب التفكير بإمكانية حدوث النكس أو عودة الخمج .

وقد يُشلى بعض المرضى عند ذلك برُهاب الجرب **Scabophobia** ، فيغمسون في تطبيق سلسلة متتالية من العلاجات المختلفة المضادة للجرب ، التي تسبب بدورها تيجاً وتخريشاً للجلد . هذا وتساعد النصائح والإرشادات الواعية ، وكذلك المعالجة بالإيحاء أو المُرَكَّنات الخفيفة على شفاء بعض هذه الحالات . قد تتطور هذه الحالة إلى رُهاب حقيقي للطفيليات الجلدية **Dermatozoophobia** ترافقه التوهيمات الشديدة ، وقد يحدث عند بعض المرضى تسمم دوائي من العلاجات الذاتية غير المراقبة .

الجرب الزوجي **Norwegian Scabies [Danielssen]** و **Boeck [١٨٤٨]** :
المرادف : الجرب الجلبي .

وهو شكل نادر من أشكال الجرب ، تكون فيه الآفات الجلدية غزيرة وواسعة الانتشار .

تتطور تقرانات رمادية وسخة وجُلَبَات ثخينة بشكل منتشر ومتناظر ، خاصة على اليدين ، والمرفقين ، والركبتين ، والكاحلين . كما تمتد هذه الآفات إلى أماكن لا تُبلى عادة بالجرب كالوجه ، والفروة ، وفراش الظفر . قد يصبح الجلد محمراً بكامله ومتوسفاً بشدة لدرجة إحداث احمرار الجلد (الأحمرة) **Erythroderma** . هذا وتحدث الحالة بشكل رئيسي عند المرضى الذين يعانون من تأذ شديد في الدفاع المناعي **Immune Defense** كما في الإيدز **AIDS** ، وايضاض الدم ، ومتلازمة بلوم **Bloom** ، والدفن السرطاني ، وبعد المعالجة الجهازية الطويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية أو العوامل السامة للخلايا . كما قد يحدث الجرب الجلبي عند المرضى المضعفين أو عند ذوي العاهات والمعوزين الذين ترعاهم المنظمات والجمعيات . تحتوي الجُلَبَات على أعداد كبيرة من طفيليات الجرب ، لذلك يعد الجرب الزوجي من الأدوية الحاخجة بشدة .

المعالجة : هي نفسها المستعملة في الجرب العادي ، مع إضافة المراهم الحالة للطبقة القرنية . هذا وتوجد صعوبة كبيرة في معالجة الجرب المتوضع تحت الظفر .

الجرب الحيواني عند الإنسان **Animal Scabies in Man** :

ينتشر الجرب بشكل واسع بين الحيوانات الأليفة

والحيوانات البرية ، ويتخصص كل نوع من أنواع سوس الجرب الحيواني بثوي معين . يسبب جرب الحيوانات **Mange** فقدان الأشعار ، والحكة ، والإكزيمة ، وتشكل الجُلَبَات والسوف ، وحدث الهزال المترقي والموت في بعض الأحيان . قد يُخمج الإنسان أحياناً بسوس الجرب الحيواني ، فيسبب له حكة شديدة وآفات جلدية إكزيمة متنوعة منها : الشرى والحويصلات والتآكلات والجُلَبَات ، وليس من النادر حدوث التقوبؤ . هذا ولا يستطيع سوس الجرب الحيواني أن يعيش على جلد الإنسان إلا لفترات محدودة فقط ، ولا يحفر فيه أنفاقاً .

التشخيص : يركز التشخيص على وجود قصة تماس مع حيوان مصاب بالجرب . هذا وتوجد صعوبة كبيرة في إظهار ورؤية السوس .

المعالجة : يكفي بشكل عام الاستحمام وتبديل شراشف الأسرة واللباس الداخلية والبياضات ولكن يجب علاج الآفات الجلدية موضعياً بمضادات الالتهاب ومضادات الحكة ، كدهون الزنك ، أو الرهيمات الستيرويدية الخفيفة التي تستعمل لفترات محدودة فقط . كما يمكن إضافة مضادات الجراثيم في حالات التقوبؤ . هذا ويجب معالجة أي حيوان منزلي مصاب من قبل الطبيب البيطري .

داء الشبه له تيبلا **Cheyletiellosis [Lomholdt]** : [١٩١٧]

المرادفات : الخمج بالشبه له تيبلا **Cheyletiella** ، التهاب الجلد بالسوس .

تعريف : هو داء جلدي حاك بشدة ، تسببه سوسة يمكن أن تنتقل من الحيوانات إلى الإنسان .

الطفيليات : تعيش أنواع الشبه له تيبلا على فراء الحيوانات ، ويبلغ طولها حوالي ٠,٥ ملم ، ولا تحفر أنفاقاً في الجلد . توجد للشبه له تيبلا خمسة أنواع هي : **C. Parasitivorax** عند الأرانب ، و **C. Yasguri** عند الكلاب ، و **C. Blakei** عند القطط ، و **C. Furmani** عند الأرانب ، و **C. Strandtmanni** عند الأرانب البرية . وغالباً ما تظهر وسوف طحينية على فراء هذه الحيوانات المصابة . هذا وتنتشر الشبه له تيبلا في جميع أنحاء العالم .

الإمراض : يحدث بالانتقال المباشر لسوسة الشبه له تيبلا من الحيوانات الأليفة (كالكلب ، أو القط ، أو الأرنب) إلى الإنسان (غالباً من أصحاب الحيوانات) . وربما كان لتفاعلات المناعية دور هام في تطور ونشوء الآفات الجلدية عند

الإنسان (التفاعل من النمط الأول و/أو التفاعل من النمط الرابع) .

الموجودات السريرية : المناطق الانتقائية للإصابة عند الإنسان هي الذراعان والجذع ، وهي غالباً أماكن التماس مع الحيوان المحموج . تكون الآفات الجلدية متعددة الأشكال ؛ فنجد البقع الحمامية ، والحطاطات ، والحويصلات ، والحطاطات المتآكلة . تتفاوت الحكة في شدتها ، وربما يتوقف ذلك على درجة التحسيس Sensitization .

السير : تخمد الآفات الجلدية الحكة عفوياً في غضون أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ، وقد يحدث فرط تصبغ تالٍ للالتهاب .

المعالجة : تكون بمعالجة الحيوانات ، والأفضل إخراجها من المنزل بشكل مؤقت ، لأنه لا يمكن لسوسة الشه له تبيلا أن تعيش خارج ثوبها الطبيعي أكثر من أيام قليلة (قد تعيش الإناث حتى عشرة أيام) . هذا ويمكن تلطيف الآفات الجلدية بالرهيمات الستيرويدية ، أو دهون الزنك ، أو دهون الكروتاميتون Crotamiton .

سوس الدجاج أو الطيور Fowl or Bird Mites :

لا تختشر سوسة الدجاج أو الطيور *Dermanyssus Gallinae* الواسعة الانتشار في الطيور فقط ، بل تختشر أيضاً أعشاشها ومساكنها ، كأبراج الحمام ، والخمصة (بيوت الدجاج) ، وأقفاص الطيور ، وتأوي هذه السوسة إلى الطير ليلاً لتغذى عليه . قد ينتقل السوس إلى الإنسان أثناء عملية تنظيف أقفاص الطيور أو غيرها ، فيسبب له ذلك طفوحاً بقعية صغيرة ، أو حمامية ، أو شروية ، أو حتى حطاطية حويصلية ، ترافق بحكة شديدة ، وقد تحدث مثل هذه الآفات في سياق التفاعلات الأرجية الناجمة عن التماس المديد أو المتكرر لجلد الإنسان مع هذه السوسة ، وقد يؤدي ذلك إلى تحريض الربو أيضاً . هذا وتساعد القصة السريرية بما تضم من معلومات عن بيئة المريض ونشاطاته في تشخيص هذه الحالة . كما يمكن إثبات الأرجية Allergy بالاختبار داخل الجلد ، واختبار الرست RAST ، ومعايرة الغلوبولين المناعي IgE إذا أمكن ذلك .

سوس الجبن Tyroglyphus : (يُدعى أيضاً الحفار Tyrophagus) : وهو جنس من السوس له صلة بسوس جرب الحيوانات ، ويختشر في بعض المنتجات الغذائية كدقيق الذرة أو القمح ، والحبوب ، والجبن ، وأوراق التبغ ، والفواكه المجففة ، وينتقل إلى جلد الإنسان أثناء تصنيف هذه المواد الغذائية أو أثناء تحميلها وشحنها ، فيسبب طفوحاً حطاطية أو حطاطية حويصلية حكة بشدة ، تظهر على الأماكن المكشوفة من الجلد .

القملانية البطنية (سوسة القش) Pediculoides ventricosus (Pyemotes) : سوسة لا تكاد تُرى بالعين المجردة ، ويمكن أن تختشر الحبوب ، والفول ، والفاصولياء ، واللوبياء ، والقش بأعداد كبيرة ، وتتغذى على حشرات الحبوب الضارة الأخرى (كاليرقات ، أو الخوادر ، أو الأساريع) ، وتصيب بشكل خاص الذين ينامون فوق القش ، أو الذين يديرون ماكينات درس الحبوب ، أو الذين يعملون في صوامع الغلال Silos ، فتنقل إلى جلودهم بأعداد كبيرة ، وتسبب لهم حكة شديدة في غضون عدة ساعات ، وطفحاً جلدياً يتألف من حطاطات حمراء زاهية ، لا يتجاوز قطرها ٥ ملم ، يُبدي في بعض الأحيان حويصلات مركزية أو بثرات صغيرة . وقد تحدث أيضاً آفات شروية أو آفات ذات مراكز نزفية . هذا وتنتشر الآفات الجلدية في الحالات الخطيرة بشكل كثيف على كامل سطح الجسم ، وقد يترافق ذلك بالحصى والبييلة البروتينية . كما تنشأ عند الذين يحملون أكياس الحبوب حالة تدعى بحكة الحبوب Grain Itch أو حكة الشعير Barley Itch ، وتظهر خصوصاً على العنق والذراعين والظهر .

المعالجة : تُستعمل مضادات الحكة وبعض العلاجات الموضعية الخفيفة ، وتستعمل المبيدات الحشرية كإجراء وقائي .

سوسة غبار المنزل House Dust Mite :

تتوالد السوسة *Dermatophagoides Pteronyssinus* في غبار المنزل ، خاصة بوجود الرطوبة العالية ، ولا تسبب آفات جلدية مباشرة ، بل تعمل كمستضد فتعيب تفاعلات أرجية من النمط العاجل (تفاعل من النمط الأول) مثل : الربو ، والتهاب الأنف الأرجي ، والتهاب الملتحمة الأرجي (الرمد الأرجي) ، بالإضافة إلى الإكزيمة التأتبية . ولمعرفة ما إذا كانت الحالة المرضية تُعزى إلى سوس غبار المنزل فإنه لا بد من إجراء الاختبارات داخل الجلد أو اختبار الراست RAST .

سوسة الجرب Follicle Mite :

تعيش سوسة الجرب الدويدية الجربية *Demodex Folliculorum* ، التي يبلغ طولها حوالي ٠,٣ ملم ، ككائن رَمَام Saprophyte في الجريات الزهمية ، خاصة على وجه الأشخاص الذين لهم جلد من النمط المتي . كما توجد في الجريات الزهمية للصباح السمي الظاهر ، وفي الخملات ، وفي غدد ميسوميان Meibomian . هذا ولا توجد علاقات إمرضية قُطعية بين هذه السوسة وأدواء جلدية إنسانية . يعتقد بعض المؤلفين أن التهاب الجريات بالدويدية *Demodex Folliculitis* يُحدث آفات تشبه العد الوردي . أما دور هذه الدويدية في إحداث الأشكال الحطاطية البثرية من العد الوردي فما زال تخمينياً . وخلافاً لما تسببه عند الإنسان فإن هذه

المعالجة : تُعالج هذه الآفات موضعياً بدهون الزنك أو بأحد مستحضرات الستيروئيدات القشرية .

القُرَاد Ticks :

الطفيلي : يعيش قُرَاد بنفور الخروج Castor Bean Tick ، لبود الخروج Ixodes Ricinus ، على الأشجار والشجيرات في المناطق الحَرَّاجية (راجع الشكل ٨ - ١٩) . تتطور البيوض إلى إناث بالغة بطول ٣ - ٤ ملم ، أو إلى ذكور أكبر قليلاً ، بعد المرور بعدة مراحل يرقية أو حورافية ، وقد تستغرق هذه العملية حوالي سنتين . يسقط القُرَاد من الأغصان على الثدييات البرية الصغيرة ، أو الحيوانات الداجنة ، أو الإنسان . لا يشعر الإنسان بعضة القُرَاد في بادئ الأمر ، إذ تُقرز الأجزاء الفموية للقُرَاد (الفَقِيم Hypostoma) مادة منبجة وأخرى مضادة للتخثر . كما تملك الأجزاء الفموية شُصوصاً (كَلَابَات) تستخدمها القُرَاد للتعلم بالجلد . هذا وتستغرق عملية امتصاص الدم حوالي (٢ - ١٢ يوماً) . وقد يحدث أثناءها تبادل الجراثيم والحماض بين القُرَاد والثوي . تسحب القُرَاد أجزاءها الفموية من الجلد وتسقط عن الثوي بعد أن تُختم وتمتلئ بالدم .

التفاعلات الناجمة عن عضات القُرَاد : تسبب عملية امتصاص الدم حكة موضعية خفيفة فقط ، ولكن إذا ما حاول الإنسان نزع القُرَاد الماصة بالقوة (تكون القُرَاد دائرية الشكل وتأخذ اللون الأحمر المسمر أو الأسود المزرق) ، فقد تبقى أجزاؤها الفموية في الجلد حيث تسبب تفاعلاً من غط الجسم الأجنبي يُعرف باسم **حبيصوم القُرَاد Tick Granuloma** ، ويُعالج بالاستئصال الجراحي البسيط . قد تحدث تقيحات جلدية ودمايل وحمرة بسبب ولوج الجراثيم أثناء عملية امتصاص الدم ، ويتطلب ذلك العلاج المناسب .

نزع القُرَاد الماصة للدم : تُغطى كامل القُرَاد بالزيت ، أو الغليسرين ، أو البرافين ، أو الودلين Petrolatum ، مع تجنب إحداث الفقاعات الهوائية ، فسقط القُرَاد من تلقاء نفسها دون إكراه لتتقي خطر الاختناق . ومن الإجراءات التي يُنصح بها أيضاً إزالة القُرَاد بِقَتْلِهَا . كما يمكن وضع قطرة من الغراء على القُرَاد ، تُنزع حاملاً تصبح قاسية . هذا ويجب إجراء الاستئصال الجراحي عند فشل الطرق العلاجية السابقة .

نقل الأمراض : التفاعلات المباشرة لعضة القُرَاد أقل أهمية بكثير من الأمراض التي يمكن أن تنقلها مثل : **داء العقدة اللمفي الجلدي السليم Lymphadenosis Cutis Benigna** ، **والحمى المزمنة المهاجرة Erythema Chronicum Migrans** ، **والتهاب جلد الأطراف المزمن المضمّر Acrodermatitis Chronica Atrophicans** ، **والتهاب**

نموية تسبب عند الحيوانات آفات جلدية خطيرة تؤدي إلى حدوث الذئف . وقد زعم بعضهم أنه يمكن قتل سوسة الجرب بواسطة الكبريت (معجونة الزنك المُكَبَّرَة Sulfurated Zinc Paste بتركيز ٥٪) ، أو دهون غاما - بنزين هكساكلوريد ، أو رهم الكروتاميتون . كما يُنصح باستعمال هذه العلاجات في الأشكال العنيفة من العد الوردي الحطاطي البشري أو الجاسي .

داء الحطماوات Trombiculiasis :

المترادفات : Trombidiosis ، حكة الحصاد .

الطفيليات : تعيش عدة أنواع من سوسة الحصاد (الحطماء Trombicula) على الأعشاب ، والأزهار ، والشجيرات ، والكروم . ويرقاتها (القَذَان Chiggers^(*)) هي وحدها التي تسبب الآفات الجلدية عند الإنسان ، كذلك التابعة للحطماء الحرفية Trombicula (Leptus) Autumnalis .

تهاجم اليرقات جلد الإنسان أثناء التنزه أو السير في الأرياف ، أو أثناء العمل في الأحراج والحصاد ، فتمتص الدم ثم تسقط بعد ذلك عفواً . ومن هنا تندر رؤية هذه اليرقات على الجلد بعد امتصاصها للدم إلا في حالات استثنائية ، وإن حدث ذلك فهي تبدو كقطرات حمراء لا تكاد ترى بالعين المجردة . (راجع الشكل ٨ - ١٨) .

سوس الحصاد شائع خاصة في أماكن معينة وسط أوروبا ، وذلك في الفترات الرطبة من أواخر الصيف .

الموجودات السريرية : المناطق الانتقائية للإصابة هي النواحي الجلدية الأشد انضغاطاً بالثياب كمنطقة الحزام ، والمنطقة تحت حمالات السروال ، والمنطقة تحت صدرية الثديين . تظهر الآفات الجلدية الأولية بعد فترة كمون تقدر بضع ساعات ، وهي عبارة عن بقع حمراء أو انتبارات ، ثم تظهر حطاطات صغيرة أو حطاطات مصلية Seropapules بعد ٢٤ - ٤٨ ساعة من ظهور الآفات الأولية ، وهذه قد تكون نزفية قليلاً في بعض الأحيان . هذا وتحدث حكة شديدة جداً مع ظهور الآفات الجلدية تستمر أسبوعاً واحداً عادة ، بينما تستمر الآفات الجلدية أسبوعين تقريباً .

التشخيص : يُبنى التشخيص على : القصة السريرية ، والبداية المبالغية ، وحدوث الحالة في الفصل النموذجي ، وطبيعة الآفات الجلدية التي تكون من غط الشرى الحطاطي ، وتوزع الآفات في مناطق انتقائية مستورة بالثياب .

التشخيص التفريقي : الحُكَاك البسيط الحاد ، والشرى الحطاطي ، والشرى .

(*) مفرداً قَذَّ chigger .

الدماغ الحموي إذا ما ظهر عند المريض صداع شديد إلى حد ما أثناء سير أي من الأدوية السابقة الذكر أو في المراحل الباكرة منها . هذا ويجب تجنب كل إنسان يُعص بالقراد في المناطق التي يستوطن فيها هذا الداء ، كما هي الحال في النمسا ، وفي بافاريا Bavaria ، وفي أمريكا الشمالية .

التنميع المنفعل Passive Immunization : المستحضر :
غلوبلين مناعي نوعي . الجرعات : يُعطى ٠,١ مل لكل كغ من وزن الجسم إذا لم يمض على حدوث العضة أكثر من ٤٨ ساعة ، ويُعطى ٠,٢ ملم لكل كغ من وزن الجسم إذا مضى على العضة ٤٨ - ١٢٠ ساعة . ومن غير المرجح أن يكون للتنميع فائدة تُذكر إذا مضى على العضة أكثر من خمسة أيام .

التنميع الفعّال Active Immunization : المستحضر :
مستضدات خاصة من أجل الزرق . الجرعة : زرتان بفواصل أسبوعين على الأقل ، وزرقة ثالثة بعد سنة واحدة ، ويعطى هذا التنميع مناعة لمدة ثلاث سنوات تقريباً . هذا ويُنصح بإجراء التنميع الفعّال للأشخاص الذين يمضون معظم أوقاتهم (سواء في العمل أو في التنزه) في المناطق الموبوءة بالداء .

المفاصل الليمي Lyme Arthritis ، وبعض حالات القشعية . تعد هذه الأمراض أخصاجاً منقولة بالقراد Tick - Born Infections ، تسببها كائنات حية هي الملتويات Spirochetes (البورليّة Borrelia) ، وتستجيب بشكل سريع للبنسلين ، أو للتتراسكليات ، أو للسفترياكسون Ceftriaxone (راجع الفصل ٤) .

تسبب عضات القراد في أوروبا الوسطى اختلاطاً غير جلدي ، يُطلق عليه اسم التهاب السحايا والدماغ في أوائل الصيف Early Summer Meningoencephalitis (التهاب الدماغ لأوروبا الوسطى ، التهاب الدماغ الريمي - الصيفي الروسي) ، تسببه حمة منقولة بالمفصليات arbovirus^(*) . العرض الرئيسي في هذا الداء هو الصداع ، ويُؤكد التشخيص مصلياً بمعايرة الأضداد IgM النوعية في المراحل الباكرة من الداء ، وكذلك بعد ثلاثة أسابيع ؛ علماً بأن إنذاره جيد نسبياً . ويجب أن يبقى مائلاً في الأذهان إمكانية حدوث التهاب

(*) كلمة arbovirus مشتقة من Arthropod (مفصلي الأرجل) ، و Borne (منقول) ، و Virus (حمة) (المترجم) .

الفصل التاسع

الأدواء المسببة بالديدان

Diseases Caused by Worms

د . عبد الحكيم عبد المعطي

تلعب الظروف المناخية ، والشروط الصحية المتدنية ، وبعض العادات الغذائية دوراً في الإصابة بأنواع كثيرة من الديدان ، خصوصاً في البلدان المدارية وتحت المدارية . يُقدّر عدد أنواع الديدان التي يمكن أن تصيب الإنسان بحوالي ١٥٠ نوعاً مختلفاً ، وتكون معظم هذه الأنواع من النوع المتطفل على الإنسان ، أو من النوع الذي يصيبه بشكل عارض من المملكة حيوانية . يُصاب الإنسان في الأقاليم المناخية المعتدلة بأعداد محدودة من الديدان ، وتتميز بسهولة كشفها .

يمكن للديدان أو ليرقاتها أن تعيش في أي عضو من أعضاء جسم الإنسان ، أو في أي جهاز من أجهزته ، أو حتى في الدم خائلاً . وتبعاً لذلك فإنه توجد عدة طرق مختلفة لانتقال الديدان ، أو لتطورها ، أو لمعالجتها . لا يتوفر دواء طارد للديدان Anthelmintic فعال ضد جميع أنواعها . قد يُصاب الجند في سياق الأحماج الدودية بشكل مباشر أو غير مباشر . فمن جهة أولى قد يشكل الجلد حاجزاً Barrier أمام يرقات الديدان التي يكون الإنسان ثوباً طارئاً لها ، فيصبح بالتالي مرحلة انتهائية لهذه اليرقات ، وغالباً ما تُثير اليرقات باختراقها جند تفاعلات شديدة موضعة أو معممة . ومثال ذلك داء هجرة ليرقت Larva Migrans . أو تهاب الجند بالندوب Cercarial Dermatitis . ومن جهة أخرى . قد يتفاعل السيج عيم بالديدان كما هي الحال في الخمج بالكابالاريا Capillaria . وداء الخيطيات (الفيلاريا) العقيدي ، والخمج بالتيبة المدنية Dracunculus Medicensis (دودة غينيا) . وخيراً ، قد تظهر على الأغلب التفاعلات الأرجية العامة الناجمة عن الديدان (أو يرقاتها الهاجرة) القاطنة في الأمعاء أو الأنسجة على الجلد أيضاً .

تتسم الديدان المهمة لمبحث أمراض الجلد إلى ثلاث شعب هي : شعبة الديدان المسطحة Platyhelminthes ، وشعبة الديدان الممسودة (المدورة) Nematelminthes ، وشعبة الحلقيات Annelida .

الديدان المسطحة

(Flatworms) Platyhelminthes :

تتسم الديدان المسطحة ذات الأهمية السريرية بالنسبة

للإنسان إلى صنفين مختلفين هما .

القليديّات Cestoda (الشريطيات Tapeworms) : وهي ديدان خنثائي ، مُحَوَّجَة ، شريطية الشكل ، يتراوح طولها بين ميليمترات قليلة وأمتار عديدة . تقطن الديدان الناضجة جنسياً في لمعة الأمعاء ، بينما تُقيم اليرقات التابعة لها في أعضاء متنوعة جداً . تتركز الأهمية الرئيسية بالنسبة للإنسان على ثلاثة أجناس هي : الشريطية Taenia ، والقوسماء Diphyllbothrium ، والمُشَوَّكة Echinococcus .

المثقوبات Trematoda (الديدان المثقوبة Trematodes ، Flukes) : وهي في معظمها ديدان مسطحة من الناحية الظهرية البطنية ، وتأخذ شكل اللسان أو السنان ، ويبلغ طولها حوالي ٢ سم . وجميع المثقوبات ديدان خنثائي باستثناء المنشقات Schistosomes التي تكون مفترقة جنسياً (ثنائية الشكل جنسياً) . وتبعاً لاختلاف المناطق الجغرافية تختلف أنواع الديدان المثقوبة السائدة فيها ، ومع ذلك فإن للمنشقات أهمية خاصة في العديد من الأقطار المدارية .

القليديّات Cestoda :

داء الكيسات المذنبه Cysticercosis :

المراودف : Cysticercus disease . وقد عُرف هذا الداء منذ القدم .

الطفيليات : هي الكيسات المذنبه للشريطية الوحيدة Taenia Solium (شريطية لحم الخنزير) ، وبشكل نادر جداً لكيسات المذنبه للشريطية العزلاء Taenia saginata (شريطية لحم البقر) .

الجدول ٩ - ١ : الديدان الشائعة

الديدان المسطحة (Flatworms) Platyhelminthes		
المثقوبات (الديدان المثقوبة) Trematoda (Flukes)		
المثقوبة المنسوجة	Schistosoma	الدودة المثقوبة
	mansoni	المزدوجة ، ،
		البلهرسية
المثقوبة الدموية	Schistosoma	بلهرسية المثانة
	haematobium	
متأخر الخصية	Opisthorchis	الدودة المثقوبة
الصيني	sinensis	الكبدية الصينية
الخيفانة الخيفاء	Heterophyes	الدودة المثقوبة
	heterophyes	المعوية القرمة

العَلَقِيَّات (الديدان الحلقية)
Annelida (Ringlet worms)
 العَلَقَة (Leech) Hirudinea العَلَق

الدودة المثقوبة Fasciolopsis
 المعوية العملاقة buski
 البلهرسية الشعرية Trichobilharzia

طريقة الخمج : يعدّ الإنسان ثوباً طارئاً (عارضاً)
 Accidental Host للديدان الشريطية . تحدث الإصابة بداء
 الكيسات المذنبة عندما يزدرد الإنسان طعاماً ملوثاً ببيض
 الشريطية ، وتتطور الكيسات المذنبة من الكرات الكلالية
 (قوائم الشريطيات) Oncospheres خلال فترة تقدر بحوالي
 ٨ - ١٢ أسبوعاً (فترة تحول Transformation period) .

يمكن أن توجد الكيسة المذنبة السلولوزية *Cysticercus*
cellulosae في جميع أعضاء جسم الإنسان ، ولكنها غالباً ما
 تلاحظ أولاً في العضلات ، أو العينين ، أو الدماغ ، أو عضل
 القلب ، أو الجلد . في الأحوال العادية تتطور الكرات الكلالية
 (قوائم الشريطيات) إلى كيسات مذنبة ، بحجم حبة الفول
 تقريباً ، عند الخنزير أو الماشية . فإذا ما تناول الإنسان لحوم هذه
 الحيوانات المصابة (لحم الخنزير أو لحم البقر) ، تطورت
 الكيسات المذنبة في أمعائه الدقيقة إلى شريطيات بالغة ، تبقى
 أسيرة الأمعاء . وإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تحدث الإصابة
 بطريق الخمج الذاتي أحياناً (Autoinfection) .

إذا ما تناول الإنسان لحم البقر النيء المحتوي على الكيسات
 المذنبة ، تطورت الكيسة المذنبة البقرية *Cysticercus bovis*
 في أمعائه الدقيقة إلى شريطية بالغة بطول عشرة أمتار تقريباً .

الموجودات السريرية : تحدث ظواهر أرجية من حمى عابرة ،
 وتورمات ، وكثرة حمضات الدم ، وارتفاع مستوى الغلوبين
 المناعي (E) في المصل . كما تحدث اضطرابات شديدة دائمة
 بسبب توضع الكيسات المذنبة في أعضاء متنوعة . تُشاهد
 العقيدات الجلدية وتحت الجلدية وتُجس على الأطراف
 والجدع ، وتتصف بكونها عقيدات مدورة ، محددة بوضوح ،
 قاسية ، مرنة ، غير مؤلمة ، بحجم ١ سم ، وقد تستمر عدة
 سنوات . يؤدي توضع الكيسات المذنبة في الدماغ أو العينين
 إلى حدوث أذيات شديدة فيها .

التشخيص : يمكن تشخيص الخمج بأنواع الديدان الشريطية
Taenia برؤية قطع الشريطيات *Proglottids* الخارجة مع
 البراز (تبلغ حوالي ١ سم طولاً و ٠,٧ سم عرضاً) . كما يمكن
 استئصال عقيدة جلدية لإظهار الكيسات المذنبة . وقد يكشف
 فحص العين باستخدام المصباح الشقي وجود الكيسات المذنبة
 في الغرفة الأمامية للعين . ويدل ظهور البيوض في البراز على
 حدوث الخمج الذاتي *Autoinfection* . كما يلاحظ ارتفاع في
 مستوى الغلوبين المناعي (E) .

القَلِيدَات (الشريطيات) (Cestoda (Tapeworms)

المَحْرَشَةُ القزمية	<i>Hymenolepis</i>	الشريطية القزمية
العُوساء العريضة	<i>nana</i>	
	<i>Diphyllobo-</i>	شريطية السمك -
	<i>thrium latum</i>	الشريطية العريضة
الشريطية العزلاء	<i>Taenia saginata</i>	شريطية لحم البقر
الشريطية الوحيدة	<i>Taenia solium</i>	شريطية لحم الخنزير
المُشْوِكة الحبيبية	<i>Echinococcus</i>	شريطية الكلب
	<i>granulosus</i>	
المُشْوِكة العديدة	<i>Echinococcus</i>	
المساكن	<i>multilocularis</i>	

الديدان الممسودة (الديدان المدورة)

Nemathelminthes (Roundworms)

الممسودات (الديدان الخيطية)

Nematoda (Threadworms)

السُرِّيَّة الدودية	<i>Enterobius</i>	الدودة الخيطية ،
	<i>vermicularis</i>	الدودة الدبوسية ،
		الأقصورة
الصَفَر الخراطيني	<i>Ascaris</i>	الدودة المدية
	<i>lumbricoides</i>	Mawworm
المُسَلَكَة الشعرية	<i>Trichuris</i>	الدودة السوطية
الرأس	<i>trichiura</i>	
المَلَقُوَّة المفجعة	<i>Ancylostoma</i>	الدودة الشصية
	<i>duodenale</i>	
المَلَقُوَّة البرازيلية	<i>Ancylostoma</i>	اليرقات المهاجرة
	<i>braziliense</i>	
الأسطوانية البرازية	<i>Strongyloides</i>	الدودة الخيطية
	<i>stercoralis</i>	القزمية
الشعرية الحلزونية	<i>Trichinella</i>	الشعرية
	<i>spiralis</i>	(التريخينا)
التَنِينَة المدينية	<i>Dracunculus</i>	دودة غينيا
	<i>Medinensis</i>	
بروجيا مالاي	<i>Brugia malayi</i>	
الفُخْرِيَّة البَنَكْرُفِيَّة	<i>Wucheria</i>	
	<i>bancrofti</i>	
اللُّوَا اللُّوِيَّة	<i>Loa loa</i>	
كَلَالِيَّة الذنب	<i>Onchocerca</i>	
المَلَقُوَّة	<i>volvulus</i>	

المعالجة :

جهازياً : يُعطى البرازيكنانتيل Praziquantel ؛ ويتوقف مقدار الجرعة على نوع الدودة الشريطية ، وعلى الوضع السريري ، وغالباً ما تمتد فترة المعالجة عدة أشهر .

موضعيًا : تتم بالاستئصال الجراحي للكيسات المذنبة ، كما يمكن استئصال الكيسات المحيطة المعزولة المسببة للأعراض العصبية .

أدواء الديدان المسطحة الأخرى

: Other Flatworm Diseases

من أدواء الشريطيات الأخرى داء تُسببه شريطية السمك (العوساء العريضة *Diphyllobothrium latum*) . تعيش هذه الشريطية في البحيرات الداخلية في أوروبا وآسيا وأمريكا ، وتتطفل على الأمعاء الدقيقة للإنسان والثدييات الآكلة للسمك كالكلاب والقطط . يحدث هذا الداء العالمي الانتشار في المناطق الساحلية التي يُؤكل فيها السمك نيئاً .

داء المشوكات Echinococcosis :

[أبقراط Hippocrates ، أرسطو Aretaeus ، جالينوس Galen] .

المترادفات : الداء العُداري Hydatid disease ، داء شريطية الكلب ، داء المكورات المشوكة .

تعريف : ينتقل هذا الداء العالمي الانتشار عن طريق اللواحم (آكلات اللحوم) . وخاصة منها الكلاب والقطط والثعالب ، ويتصف بكيسات متكلسة . يُعدّ الكبد والرئة المكانين المفضلين لتوضع الكيسات المذنبة Cysticerci التابعة لأنواع المشوكات Echinococcus ، ومع ذلك يمكن أن توجد الكيسات في جميع أعضاء جسم الإنسان بما فيها النسيج تحت الجلد .

الطفيليات : من المعروف في الوقت الحاضر أنه يمكن لأربعة أنواع من المشوكات أن تسبب أشكالاً مختلفة من داء المشوكات عند الإنسان ، وأكثر هذه الأنواع أهمية هي : المشوكة الحبيبية Echinococcus granulosus ، والمشوكة العديدة المساكن Echinococcus multilocularis .

طريقة الخمج : يتراوح طول المشوكة الحبيبية (E.G) بين ٢ - ٧ ملم ، وتعيش في الأمعاء الدقيقة للكلاب (الشوي النهائي) ؛ ويتراوح طول المشوكة العديدة المساكن (E.M) بين ١,٢ - ٣,٧ ملم ، والثعلب هو نويها النهائي ؛ وتعتبر الأغنام، والخنزير ، والأحصنة الأنواع المتوسطة لهذه الديدان. وتلعب الكلاب - كحيوانات منزلية أليفة - الدور الرئيسي لانتشار داء المشوكات انتشاراً واسعاً . تطرح الديدان قطعها

النهائية الناضجة (القطع الشريطية Proglottids) ، التي تتحرر مع اليبوس من أمعاء الكلاب ، تُزرد بدورها من قبل شوي متوسط (ندي آخر عادة) . وفي معنى الشوي المتوسط تترك الكرات الكلّية (قوائم الشريطيات) Oncospheres الغشاء المضغني لتخترق جدار المعى ، ثم تنتقل عبر الأوعية الدموية إلى أعضاء متنية (٥) مختلفة ، وبخاصة الكبد والرئتان . تظهر حويصلات صغيرة بعد ٥ - ٦ أشهر من الخمج تحتوي على الرؤيسات البدئية للشريطية Protoscolices . ولا تكتمل عملية التطور إلا إذا قام الشوي النهائي (الكلب أو الثعلب غالباً) بازدراد الكيسات المذنبة المحتوية على الرؤيسات البدئية الناضجة . أما الإنسان فيعد نويًا ثانويًا فقط .

الموجودات السريرية : يُصاب الكبد في ثلثي الأنحاج بالمشوكة الحبيبية (E.G) ، ويُصاب الرئة في ٢٠٪ من الحالات ، في حين يصاب كل من الصفاق ، والطحال ، والكليتين ، والمجموع العضلي ، والعظام ، والجلد ، والجملة العصبية المركزية ، وغيرها من الأعضاء بتواتر أقل . تُشكل المشوكة الحبيبية عادة كيسات مفردة وحيدة المساكن ، أو كيسات عديدة المساكن ، يتراوح قطرها بين مليمترات قليلة وعدة سنتيمترات (تصل إلى ٣٠ سم) . قد لا تظهر الأعراض السريرية إلا بعد سنوات أو عقود ، وهي في البداية أعراض عامة لا نوعية تنجم عن الضغط الآلي للكيسات على الأعضاء المجاورة ، ثم يتلوها في مرحلة لاحقة ظهور الأورام المجسوسة ، وأخيراً يحدث اليرقان . تتميز الكيسات المتوضعة تحت الجلد بكونها كيسات ثابتة ، غير مؤلمة ، لا تُحاط بهالة التهابية ، ويتفاوت قوامها بين اللين - المتزوج والمتوتر - المرن ، وقد تزداد حجماً لتبلغ حجم قبضة اليد . تكون الكيسات المذنبة أصغر حجماً ، إلا أنها ذات حجم متساوية دوماً . كما تتكلس الكيسات التي تموت فيها الطفيليات .

يختلف سير الداء اختلافاً كلياً في حال الخمج بالمشوكة العديدة المساكن (E.M) . إذ أن الكيسات المذنبة تتكاثر دوماً بشكل يشبه الورم ، فتنتشر إلى الأعضاء الأخرى عن طريق الارتشاح والامتداد ، وينشأ عن ذلك تراكمات من حويصلات صغيرة قد يبلغ حجمها حجم حبة الكرز . تُصدر هذه الحويصلات عند قطعها صوتاً كالقرقرة ، وقد تحتوي على مادة غروانية . ليس للكيسات جدار حقيقي ، ولكنها تُحاط بالنسيج الضام مما يتعذر معه استئصالها . يتطور النخر في الأجواف الكيسية مسبباً إلتان الذي يتلو الانتقاب والزف . يتعذر تشخيص هذه الحالة في مراحلها المبكرة ، فلا تُشخص عادة إلا بعد ظهور اليرقان ، وحدث ضخامة الكبد والطحال ، والحين .

(٥) Parenchymatous Organs .

التشخيص :

الاستقصاء الشعاعي : يُظهر الفحص الشعاعي للبطن والصدر ارتفاع الحجاب في الناحية اليمنى بسبب الضخامة الكبدية ، كما يُظهر الكيسات المتكلسة في الكبد ، والطحال ، والرئتين ، وغيرها من الأعضاء . تدل التكتلات المنتظمة بشكل الكوب Cup - shape على الخمج بالمشوكة الحبيبية (E.G) ، بينما تدل التكتلات غير المنتظمة بشكل عنقود العنب Grape - like على الخمج بالمشوكة العديدة المساكن (E.M) . وباستخدام طرق التصوير الوعائي يمكن إظهار مناطق ذات أوعية دموية قليلة في حال الخمج بالمشوكة الحبيبية ، أو مناطق ذات أوعية دموية مزداة في حال الخمج بالمشوكة العديدة المساكن .

التصوير بالأشعة الصوتية والتصوير الومضاني Sonography and Scintigraphy : خلافاً للتصوير الومضاني يمكن استخدام التصوير بالأشعة الصوتية للتمييز بين البنيات الكيسية والبنيات الصلبة المصمتة . وكثيراً ما يُستخدم التصوير الطبقي المحوري المحوسب CT Scan أيضاً .

تنظير جوف البطن Laparoscopy : يُستخدم هذا التنظير لإظهار الكيسات الكبدية أو الطحالية . ولا يجوز أبداً ثقب الكيسات أثناء عملية التنظير ، لأنه قد ينتج عن ذلك صدمة نأقية وانتشار للكيسات البنات Daughter cysts .

المناعيات : يلجأ أولاً إلى اختبار التراص الدموي اللامباشر Indirect Hemagglutination test (IHAT) وفقاً لـ Garbedian (١٩٥٧) ، الذي يكون إيجابياً عند حوالي ٩٥٪ من المرضى الذين لديهم إصابة كبدية ، و ٧٠٪ فقط من المرضى الذين لديهم إصابة رئوية . يُنصح أيضاً بإجراء هذا الاختبار سوية مع اختبار التآلق المناعي اللامباشر (IIFT) Indirect Immunofluorescence test . كما يتوفر أيضاً اختبار تثبيت المتصمة ، واختبار ترصص اللاتكس (LAT) . يُعد التآلق المناعي اللامباشر (IIFT) باستخدام الرؤيسات البدئية السليمة Protoscolices التفاعل الأكثر نوعية ، بينما يُعد التراص الدموي اللامباشر (IHAT) باستخدام السائل العُداري Hydatid fluid التفاعل الأكثر حساسية . وقد تم اللجوء حديثاً إلى اختبار مقايصة الإمتصاص المناعي المرتبط بالإنزيم - Enzyme - linked (ELISA) immunosorbent assay . توجد علاقة متبادلة بين الاختبارات : ELISA و IHAT و IIFT .

الاستقصاءات المخبرية : وهي قليلة الفائدة ، وتُلاحظ كثرة الحمضات فقط عند ثلث المرضى المصابين بداء المشوكة .

المعالجة :

جهازياً : المله بندازول Mebendazole هو الدواء المُنتخب في هذه الحالة . ويُعد النيكلوساميد Niclosamid دواءً ناجعاً في علاج الشريطيات البالغة ، لكنه غير فعال في الواقع تجاه المراحل اليرقية . ويُنصح باستعمال البرازيكونانيل Praziquantel في المرحلة اليرقية (داء الكيسات العُدارية Hydatidosis ، داء الكيسات المذنبة Cysticercosis) ، حيث يُعطى بجرعة ١٥ - ١٥ ملغ/كغ من وزن الجسم (جرعة فموية وحيدة) ، لكن فعاليته غير مؤكدة بعد .

جراحياً : إن الاستئصال الجراحي للكيسات هو أسهل بكثير في حالات المشوكة الحبيبية (E.G) منه في حالات المشوكة العديدة المساكن .

الإلتقاء : تدابير صحية .

المثقوبات Trematoda :

المرادفات : الديدان المثقوبة (الوريقات) Flukes ، العلق Leeches .

للمثقوبات مجسمان عضليان ، واحد فموي وآخر بطني ، وجميعها ديدان خثائي باستثناء المنشقات schistosomes . يُعد الحلزون Snail ثوباً متوسطاً أولاً ضرورياً لتطور هذه الديدان ، ولكل نوع من أنواع المثقوبات ضرب معين من الحلزونات . تندفع الذنوب Cercaria التي تطورت أخيراً في الحلزون بأعداد كبيرة إلى الماء ، وتنفذ إلى جسم الإنسان بطرق مختلفة (فقد تثقب الجلد ، أو تُزرد مع الطعام ، أو تنفذ عن طريق الفم ببعض الطرق الأخرى) . تعيش الديدان البالغة عند الثوي في الأمعاء ، أو في الطرق الصفراوية ، أو في الرئتين ، أو في الأوعية الدموية ويتوقف ذلك على نوع الدودة المثقوبة . والداء الأكثر شيوعاً هو داء المنشقات Schistosomiasis .

داء المنشقات Schistosomiasis :

المرادفات : داء البلهرسيات Bilharziasis [Bilharz ١٨٥١] .

تعريف : هو واحد من الأمراض المدارية الأكثر أهمية بسبب عواقبها الشديدة . وبحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO ، فإنه يوجد حوالي ١٢٥ - ٢٠٠ مليون شخص مصاب بداء المنشقات ، منهم حوالي ٩٠ مليون في أفريقيا .

الطفيليات : هناك المنشقة الدموية Schistosoma haematobium (داء المنشقات البولي) ، والمنشقة المنسوتية Schistosoma mansoni ، والمنشقة اليابانية Schistosoma japonicum (١٨٤٨ Fuji) (داء المنشقات المعوي) ،

و المنشفة المُنقحة *Schistosoma intercalatum* ، و المنشفة المكونغية *Schistosoma mekongi* .

طريقة الحمج : تطرح الفقاريات بما فيها الإنسان البيوض ، ويتنوث الماء بهذه البيوض عن طريق البراز أو البول . وفي معظم الحالات يتطلب حدوث الحمج أيضاً أن تكون درجة حرارة الماء الملووث بين ٢٢ - ٢٥ درجة مئوية ، وأن يكون الإنسان على تماس مباشر مع هذا الماء الملووث . يتعزز حدوث الحمج بانتشار عادة التفوط والتبول على ضفاف الأنهار أو في الماء ذاته ، وهي عادة ما زالت شائعة في عدد من البلدان . تُصبح الذنائب بتماس جلد الإنسان عندما يخوض في ماء ملوث بها ، أو عندما يستعمل هذا الماء للغسيل أو الشرب ، وتحترق الذنائب الجلد بنشاط لتصل عبر الدوران الدموي والطرق اللمفية إلى أوردة المنطقة الحشوية والمنطقة البولية التناسلية ، حيث تتطور إلى ديدان ناضجة جنسياً . يتراوح طول الأنثى منها بين ٧ - ٢٦ ملم ، والذكر بين ٦ - ٢٠ ملم ، ويتوقف ذلك على نوع الدودة المثقوبة .

الموجودات السريرية : تحدث في بعض الأحيان طفوح شروية حاككة في أماكن اختراق الذنائب ، وخاصة عند تعرض هذه الأماكن لاختراقات متكررة . يبدأ الطور الأرجي الحُمي الحاد للداء بعد ٣ - ١٠ أسابيع ، ويتجلى بحدوث الحمى ، وكثرة الحمضات ، والآلام المفصليّة ، والشرى ، والوذمة ، وتنجم هذه الأعراض عن الحمج المجموعي بالطفيليات ؛ وقد يبقى هذا الطور من الحمج كامناً . ثم تتراجع المرحلة الحادة لتبدأ المرحلة المزمنة التي قد تستمر عدة سنوات ، وتبدأ هذه المرحلة عادة مع وضع الإناث لبيوضها . وقد تتطور في مرحلة لاحقة الأشكال المزمنة من داء المنشفات البولي ، والمعوي ، والرئوي ، والداغي . أما العقابيل المميزة لداء المنشفات فهي : ضخامة الكبد والطحال ، والحبن ، وانسداد الوريد البابي ، التهاب المثانة .

التشخيص : تُلاحظ بيوض المنشفات في البراز وكذلك في الخرز المأخوذة من مخاطية المستقيم ، أو الكبد ، أو جدار المثانة ، ولكن ليس قبل ٥ - ١٢ أسبوعاً من بدء الحمج .

يُعد اختبار التآلي المناعي اللامباشر (IIFT) أفضل - ولو إلى حدّ - من حيث الحساسية Sensitivity والنوعية Specifity من مقايمة الامتصاص المناعي المرتبطة بالإنظم ELISA . أما اختبار التراص الدموي اللامباشر IHAT فهو أقل حساسية بكثير .

يُعد اختبار التآلي المناعي اللامباشر IIFT باستعمال المنشفة البالغة كمستضد (مقاطع ناظم القر cryostat sections) من الاختبارات النوعية . هذا ويمكن باستعمال مستضد المنشفة

النسوية كشف الأحمج بالمنشفات الممرضة للإنسان فقط (المنشفة النسوية ، والمنشفة الدموية ، والمنشفة اليابانية ، والمنشفة المُقحمة) ، دون غيرها من الأحمج . يُعد الاختبار إيجابياً إذا كان عيار IIF < ١ : ٢٠ ، ويتحقق ذلك بعد ١ - ٢ أسبوع من تفاعل الذنابة - هولن (CHR) .
Cercarid - hullen reaction .

المراحل الباكرة من الحمج : يمكن كشف الأضداد تجاه الذنائب Cercaria (الشكل اليرقي من الطفيلي) . ويُستعمل مصل غير ممدد في حال الحمج بأعداد ضخمة من الذنائب ، حيث يُصبح إيجابياً بعد ١٠ - ١٤ يوماً . هذا ولا يمكن الاعتماد على التفاعل الإيجابي إلا بوجود المظاهر السريرية ، لأنه قد تحدث تفاعلات إيجابية كاذبة كما في : التهاب الجلد بالذنائب Cercarial dermatitis ، والحمج بالثورقة Fasciola ، والحمج الحديث بالشرقية Trichinella .

المعالجة : يُستعمل الدُردي (الطرطر) المقيء Tartar emetic (طرطرات الأنتيمون والبوتاسيوم Antimonyl Potassium tartrate) وغيره من المركبات الأنتيمونية . كما يُستعمل النيريدازول Niridazole . ويُنصح أيضاً بإعطاء الهيكانتون Hycanthon (مشتق اكرنتين xanthine) بمقدار ٢ مل داخل العضلة بجرعة وحيدة . كما تبين أن البرازيكوانتيل Praziquantel فعال جداً في معالجة داء المنشفات .

مناطرة العلاج : يحدث انخفاض في عيار IIF (ويكون الانخفاض بطيئاً نسبياً ، ولذا لا يمكن الاعتماد عليه) . كما يتم التفتيش عن البيوض قبل العلاج وبعده عن طريق الفحص المجهرى لعينات من البراز أو البول .

الاعتناء : تُقتل الحلزونات باستعمال مُبيدات الرخويات Molluscicides ، وتُتخذ تدابير لحفظ صحة البيئة (ومنها نظافة الماء ، وتغيير طرق الري) .

التهاب الجلد الذنائب Cercarial Dermatitis :

الملاحظات : حكة السباح ، التهاب الجلد بالمنشفات .

تعريف : التهاب جلدي حاد ، ينجم عن محاولة الذنائب التابعة لبعض أنواع عائلة المنشفات الطيرية Avian Schistosomatide اختراق جلد الإنسان ، ويحدث في الأيام الحارة في جميع أنحاء العالم حتى المناطق المعتدلة المناخ منها ، وهو ذو أمد محدود .

الطفيليات : هي البلهرسية الشعرية ذات العينات Trichobilharzia ocellata ، و البلهرسية الشعرية Trichobilharzia szidati «szidati» .

طريقة الحمج : يتطلب الأمر وجود الحلزونات كأثرياء

الممسودات (الديدان الخيطية) (Nematoda (Threadworms)

داء الأقصور Oxyuriasis :

المرادفات : الأقصورة ، داء السرميات enterobiasis ، الخمج بالديدان الدبوسية .

تعريف : هو الداء الدودي الأكثر شيوعاً عند الإنسان في المناطق المعتدلة المناخ ، ويحدث عند الأطفال عادة ، ويتميز بانتشاره العالمي . تعيش الديدان في الأمعاء دون أن تسبب أعراضاً ملموسة لدى المريض . والاختلاطات الجلدية الرئيسية تكون حول الشرج وهي : الحكمة ، والتأكرم ، والأخماج الثانوية بالجراثيم أو الحمات أو الفطور .

الطفيليات : هي السرمية الدويدية Enterobius vermicularis (الدودة الدبوسية ، الأقصورة الدويدية Oxyuris vermicularis) . وهي دودة صغيرة الحجم ، يتراوح طول الأنثى منها بين ٨ - ١٣ ملم ، والذكر بين ٢ - ٥ ملم .

طريقة الخمج : أكثر طرق الخمج شيوعاً تم بانتقاله من شخص لآخر ، وقد ينتقل الخمج أيضاً عن طريق الخضار الملوثة بالبيض وذلك عند استعمال براز الإنسان في عملية التسميد . تنتقل البيوض (وبخاصة عند الأطفال) من المنطقة الشرجية إلى الجوف الفموي عن طريق الأيدي الملوثة بها ، وبقطع هذه الدورة (شرج - يد - فم)^(٥) ينتهي الخمج بعد ٤ - ٨ أسابيع .

تستعمر الديدان الدبوسية جميع أجزاء المعى الغليظ ، والأعور ، والمستقيم ؛ وتضع الأنثى بيوضها في المعى ، كما ترك المعى عبر الفوهة الشرجية لتضع بيوضها في الناحيتين الشرجية وحول الشرج ، وكذلك حول أعضاء التناسل عند الأنثى . تفقس البيوض في المعى ، وتتطور اليرقات الناجمة إلى ديدان ناضجة جنسياً بعد الانسلاخ عدة مرات^(٥٥) .

الموجودات السريرية : يكون المرضى في صحة جيدة . والعرض الرئيسي الذي يدل على وجود الخمج هو الحكمة في المنطقة الشرجية التي تسببها الديدان ، وغالباً ما تظهر هذه الحكمة في الفراش الدافئ وتؤدي إلى الأرق . وبسبب الحكمة تنقل الأصابع بيوض الديدان من المنطقة الشرجية إلى الجوف الفموي . كما يُسبب الخدش المستمر تآكلات في الناحية الشرجية ، فيؤدي ذلك إلى حدوث الإكزيمة الشرجية ، وقد

(٥) وهذا ما يُدعى بالخمج الذاتي Autoinfection (المترجم) .

(٥٥) يُقال أنه يمكن أن يحدث خمج خلقي retroinfection بسبب دخول اليرقات في المستقيم بعد خروجها من البيوض الملتصقة حول الشرج (المترجم) .

متوسطة ، علماً بأن الطيور المائية أو الثدييات هي الأنواع الأولية . توجد هذه الذنائب بصفة رئيسية في مناطق بحيرات الألب Alps في أوروبا وفي بعض بحيرات الولايات المتحدة الأمريكية . تخترق الذنائب جلد الإنسان أثناء السباحة ، ولكنها لا تستطيع أن تتطور في جسمه ، وبالتالي تنتهي دورة الخمج بموتها في الجلد . وليس لهذه الذنائب أهمية طبية فيما عدا إحداثها التهاباً جلدياً حاداً .

الموجودات السريرية : تستطيع الذنائب أن تخترق الجلد الرطب والمبلل فقط . تظهر آفات حطاطية صغيرة أو شروية حاككة بشدة خلال فترة تتراوح بين دقائق قليلة وساعة واحدة ، وقد تتوافق بالغثيان أحياناً . يمكن أن تستمر الأعراض حتى أسبوع واحد ، وقد يظهر التحسيس sensitization إذا ما تكررت التماس مع هذه الذنائب ، ويتجلى عندئذ بازدياد التورمات الوذمية الالتهابية أو بتعمم الطفوح الشروية .

التشخيص : يُساعد على إثبات التشخيص تزامن حدوث التهاب الجلد مع السباحة في مياه مكشوفة .

المعالجة : تكون المعالجة عرضية فقط ، فتستعمل دهون الزنك ، والدهون والرهيمات المحتوية على الستيرويدات القشرية السكرية ، والهلالات المحتوية على مضادات الهستامين . تُعطى مضادات الهستامين جهازياً عند الضرورة . وليس ضرورياً إعطاء البرازيكانتيل - Praziquantel .

الانتقاء : يكون بتخريب الحلزونات الحاملة للذنائب ، وتجنب السباحة في الأيام الحارة في المياه الطبيعية الراكدة الغنية بالنباتات .

الديدان المسودة (الديدان المدورة)

(Nematelminthes (Roundworms) :

يُعد صف المسودات Nematoda (الديدان الخيطية) من الناحية الطبية الأكثر أهمية بين صفوف الديدان المسودة . والمسودات بشكل عام ديدان عديمة اللون ، غير مقطعة ، مفترقة جنسياً ، وتملك مقطعاً عرضياً دائرياً ، وجليدة مقاومة جداً ، وجوفاً حشوياً ذا أعضاء هضمية وجنسية . ولتشخيص الأخماج بالمسودات فإنه لا بد من رؤية هذه الديدان أو بيوضها أو يرقاتها بشكل مباشر في البراز ، أو البول ، أو الدم ، أو النسيج ، ويتوقف ذلك على نوع الدودة المسودة . هذا ولا تتوفر الاختبارات المصلية الموثوقة إلا لأنواع قليلة منها فقط . يُساعد تعيين مستوى الغلوبولين المناعي (E) في المصل كثيراً على تشخيص الخمج بالديدان المسودة ، إذ أن الازدياد الملحوظ في مستوى الغلوبولين IgE قد يكون مُشعراً بوجود الخمج حتى في غياب كثرة الحمضات .

داء الصَّفر *Ascariasis* :

داء معروف منذ القدم (الخراطينية المدورة *Lumbricus teres* ، لاتينية) .

تعريف : خمج دودي ذو انتشار عالمي ، يكثر أيضاً في المناطق المعتدلة المناخ ، وتسيطر الظواهر الأرجية على موجوداته الجلدية .

الطفيل : الدودة المسببة هي الصفر الخراطيني *Ascaris lumbricoides* . تعيش الدودة البالغة في المعى الدقيق ، وتتميز بكونها دودة صلبة - مرنة ، يتراوح طولها بين ١٥ - ٤٠ سم ، وقد تبلغ ثخانتها ثخانة قلم الرصاص . الذكور أصغر حجماً من الإناث ، وتضع الأنثى حوالي ٢٠٠ ألف بيضة يومياً .

طريقة الخمج : يحتوي براز الإنسان المصاب بداء الصَّفر على أعداد كبيرة من بيوض الصفر الخراطيني ، ويحدث الخمج بتناول الخضار والفواكه الطازجة أو غيرها من المواد الغذائية الملوثة بهذه البيوض . تفقس البيوض في المعى الدقيق ، وتهاجر اليرقات الناتجة عبر الجدار المعوي ، فتصل إلى الرئتين عبر الدوران الدموي بعد مرورها بالكبد ، وتسبب في الرئتين ارتشاحات عابرة بالحمضات (متلازمة لُفلر *Löffler's syndrome*) . ثم تعود ثانية إلى المعى الدقيق بعد مرورها بالرغامى والبلعوم ، حيث يكتمل تطورها إلى ديدان بالغة . هذا ويحدث الخمج بشكل رئيسي عند الأطفال .

الموجودات السريرية : لا تسبب الأخماج الخفيفة بالصفر الخراطيني أعراضاً معوية واضحة ، وفي معظم الحالات تُكشف الديدان في البراز بطريق الصدفة فقط . وتتركز الأهمية السريرية على الأخماج الأكثر شدة ، إذ تُثير النواتج الاستقلابية للديدان أو اليرقات ، وكذلك مكوناتها تفاعلات مناعية بسبب قدرتها المؤرجة ، ومثال ذلك الشرى المزمن ، وكثرة حمضات الدم ، والارتشاحات الرئوية العابرة بالحمضات ، والزحير ، وبعض الأعراض المعوية كالإسهال . هذا ويجب التفكير دوماً بإمكانية وجود خمج بالصفر الخراطيني لدى كل مريض لديه حالة شرى مزمن مع كثرة الحمضات .

إظهار الطفيليات : تُكشف البيوض بسهولة بإجراء اختبار تعويم البيوض *Flotation test* . كما يمكن كشف الديدان وبيوضها بفحص عينات البراز .

التشخيص : يتركز بشكل رئيسي على كشف الديدان . وقد يكون مفتاح التشخيص كثرة حمضات الدم ، وارتفاع قيم الفلوبيلين المناعي (E) ، علماً بأنه لا يتوفر اختبار جلدي لتشخيص داء الصفر .

المعالجة : تشبه معالجة داء الأقصور ، ويُعد المة بندازول *mebendazole* الدواء المُتخَب . أما البرانتسل باموات

يؤدي أيضاً إلى حدوث التقيحات الجلدية الثانوية أو الأخماج الحموية كاللقموم المؤنف والمليساء المعدية ، وبخاصة عند الأطفال . وقد يحدث عند الفتيات التهاب الفرج والمهبل بسبب هجرة السرمية الدويدية إلى المنطقة التناسلية . هذا ويُعد الشرى المزمن الناكس مظهراً أرجياً نادراً في سياق الخمج بالديدان الدبوسية .

التشخيص : تُكشف الديدان الدبوسية غالباً بالفحص العياني للناحية الشرجية أو للبراز ، كما يمكن إظهار البيوض في البراز . والطريقة الأسهل في التشخيص تكون ب لصق قطعة من الشريط اللاصق الشفاف (الشريط التشخيصي للدودة الدبوسية *Pinworm diagnostic tape*) على الناحية الشرجية غير النظيفة ، ثم لصقها بعد ذلك على شريحة زجاجية ، وفحصها تحت المجهر لإظهار بيوض الأقصورة ، وهي بيوض سهلة الكشف مجهرياً بسبب شكلها البيضوي المميز .

المعالجة :

جهازياً : (١) البيرفينيوم *Pyrvinium* : يُعطى البيرفينيوم باموات *Pyrvinium pamoate* بجرعة وحيدة عند الأطفال . (٢) مشتقات البيرازين *Piperazine derivatives* : تم استبدال أحادي فسفات البيرازين *Piperazine monophosphate* ، وهكساهدرات البيرازين *Piperazine hexahydrate* ، وأدييات البيرازين *Piperazine adipate* بـالمه بندازول *Mebendazole* ، ولا يُنصح بإعطاء الأدوية الأنفة الذكر للأطفال . (٣) المة بندازول *Mebendazole* : يُعطى للبالغين بجرعة وحيدة (قرص واحد) ، ويمكن إعادة المعالجة بعد ٢ - ٤ أسابيع . وهناك من ينصح بإعطاء الدواء لثلاثة أيام متتالية . يُعد المة بندازول « الدواء الطارد للديدان الواسع الطيف » الأكثر فعالية ، وله تأثير فعال على جميع الديدان المسودة ومراحلها اليرقية تقريباً . ولكنه غير فعال تجاه الأسطوانية *Strongyloides* . والجرعة العامة في حال الخمج بالديدان المسودة هي ١٠٠ ملغ صباحاً و ١٠٠ ملغ مساءً لثلاثة أيام متتالية . يجب عدم إعطاء المة بندازول للأطفال تحت سن الثانية . كما أنه من الأهمية بمكان إعطاء جميع الأدوية الطاردة للديدان بجرعاتها الصحيحة وفق التعليمات المرفقة بالدواء . هذا ويُعد الحمل مضاد استطباب لإعطاء المة بندازول .

موضعياً : تحسن الحكمة الشرجية والإكزيمة الشرجية الناتجة عن الديدان الدبوسية بعد التخلص من الخمج ، وإتمام ذلك ينبغي الحيلولة دون انتقال البيوض من الشرج إلى الفم وذلك بتقليم الأظافر وغسل الأيدي بشكل متكرر ، كما يجب أن يرتدي الأطفال الصغار عند المساء سراويل تحتية ضيقة ملائمة .

Pyrantel pamoate فليس فعالاً جداً . ونادراً ما تُستعمل مشتقات البيبرزائين **piperazine** .

داء الشعرينات **Trichinosis** :

[von Zenker ١٨٦٠]

المُرادف : **Trichinellosis** .

تعريف : داء دودي ذو انتشار عالمي وأعراض عامة شديدة . ينذر حدوث هذا الداء في البلدان المتقدمة ، وقد سُجلت منه ٤٠ حالة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٨٧ .

الطفيلي : الدودة المسببة هي الشعرنية الحلزونية **Trichinella spiralis** التي قد توجد عند العديد من الفقاريات المختلفة . يتراوح طول الذكر منها بين ١,٤ - ٢ ملم ، والأنثى بين ٣ - ٤ ملم .

طريقة الخمج : يُخمج الإنسان عادة بتناوله لحم الخنزير المحتوي على اليرقات المُحفوظة **Encapsulated larvae** (٨٠٪ من الحالات) ، وتتحرك هذه اليرقات في المعدة ، وتنضج في الخلايا الظهارية للمعى الدقيق خلال أيام قليلة من تناولها ، ثم تموت الذكور بعد الجماع ، وتلد الإناث اليرقات التي تصل إلى الأعضاء المختلفة عبر الأوعية الدموية أو اللمفية . كما يحدث تطور آخر لليرقات في العضلات المخططة ، حيث تظهر هناك بعد ٥ - ٧ أيام .

قُلْ حدوث هذا الداء كثيراً في الآونة الأخيرة بسبب المراقبة الدقيقة للحيوانات المنزلية الداجنة ، ومع ذلك فقد تبقى الحيوانات البرية مصدراً للخمج (الأيل ، والخنزير البري ، والذب ، وغيرها ...) .

الموجودات السريرية : تتوقف شدة الأعراض على عدد اليرقات الخالصة ، وأهم هذه الأعراض هي : الحمى ، والمفص ، والإسهال ، والآلام العضلية ، وكثرة الحمضات . كما تحدث وذمة في الوجه (وبخاصة على الأنف) كما تحدث على ظهر اليدين والقدمين . ونادراً ما تظهر الطفوح الشبيهة بالوردية **Roseola-like** . كما تُعد النزوف الشظوية تحت الظفرية من العلامات المميزة لهذا الداء . ومع ذلك فقد لا تظهر عند العديد من المرضى سوى أعراض قليلة فقط ، مما قد يجعل تشخيص الداء أمراً صعباً أو مستحيلاً .

التشخيص : يركز على الأمور التالية : الآلام العضلية ، وكثرة الحمضات ، وكشف الشعرنية الحلزونية **Trichinella spiralis** في الخزعة العضلية ، والأضداد المصلية ، وارتفاع عيار الغلوبولين المناعي (E) في المصل .

التشخيص التفريقي : يشبه التهاب الجلد والعضل المرحلة الحادة من داء الشعرينات .

المعالجة : يُعطى التيابندازول **Thiabendazole** بجرعة يومية قدرها ٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم (تُقسم إلى جرعتين) ولمدة تتراوح من يومين إلى أربعة أيام ، بيد أنه ما زال هناك جدل وخلاف حول الفعالية الحقيقية للتيابندازول في هذا الداء . هذا ويمكن إنقاص التأثيرات الجانبية الخطيرة لهذا الدواء بإعطاء الستيروئيدات القشرية في الوقت نفسه .

الانتقاء : يكون بطهي اللحم أو شيه .

ملاحظة : يُعد داء الشعرينات واحداً من الأدوية التي يجب التبليغ عنها **Notifiable disease** (١٠) .

داء هجرة اليرقات الجلدي

Cutaneous Larva Migrans :

[Lee ١٨٧٤]

المُرادفات : الطفح الزاحف ، حكة السبّاك **Plumber itch** ، التهاب الجلد بالماء .

تعريف : داء دودي ذو انتشار عالمي ، يحدث بشكل خاص في المناطق المدارية وتحت المدارية ، ويُصيب الأشخاص الذين يعملون حُفّة في الأراضي الرطبة ، كما هي الحال عند عمال المناجم والأنفاق ، كما يُصيب الأشخاص الذين يعملون في أمور تصريف المياه (حكة السبّاك) . وفي الفترة الأخيرة ازداد انتقال هذا الداء من المناطق المدارية وتحت المدارية إلى مناطق أخرى غير موبوءة عن طريق المسافرين . هذا ويشمل تعبير داء هجرة اليرقات الجلدي مجموعة من الأمراض التي تسببها يرقات أنواع مختلفة من الديدان المسودة (المدورة) **Nematodes** ، والتي تُهاجر عبر الطبقات السطحية للجلد . (راجع الشكل ٩ - ١) .

الطفلي : أولى حالات « الطفح الزاحف » التي تم التعرف عليها كانت ناجمة عن الملقوة البرازيلية **Ancylostoma braziliense** ؛ ولقد افترض خطأً أن هذه الملقوة هي السبب الوحيد لداء هجرة اليرقات ، حيث تبين أنه يمكن لأنواع أخرى من الديدان الشصية (الملقوات) **Hookworms** أن تُحدث صوراً سريرية ماثلة جداً كما هي حال : الملقوة الكلوية **Ancylostoma caninum** ، والملقوة المفجية **Ancylostoma duodenale** ، والفئكة الأمريكية **Necator americanus** (الدودة الشصية الإنسانية) ، و **Bunostomum phlebotomum** (الدودة الشصية البقرية) ، إضافة إلى بعض أنواع الأسطوانيات **Strongyloides** .

(١٠) أي أنه أحد الأدوية الخمجية (كالهيضة ، والحناق ، والتدرن ، وغيرها ...) التي يجب الإبلاغ عنها إلى السلطات الصحية المختصة (المترجم) .

[١٩٢٦ Fülleborn]

المرادفات : اليرقة الجارية (Larva currens Arthur و Shelley ١٩٨٥) ، « اليرقة العذاءة Racing larva » .

الطفيلي : الأسطوانية اليرازية Strongyloides stercoralis .

الوبشيات : تتطفل الأسطوانية اليرازية على الإنسان والقردة والكلاب ، وتعيش في المناطق الدافئة الرطبة ، ونادراً ما تعيش في المناطق المعتدلة المناخ . يوجد في جميع أنحاء العالم حوالي ٨٠ مليون شخص مصاب بهذا الداء .

طريقة الحمج : تتطفل الدودة الأنثى ، التي يبلغ طولها حوالي ٢ - ٣ ملم ، على مخاطية العفج والصائم ، وتضع هناك حوالي ٥٠ بيضة يومياً بالتوالد البكري (العذري)^(٥) . ثم تُطرح اليرقات الناتجة عن البيوض مع البراز ، وتتطور إلى يرقات خاجة في غضون عدة أيام ، يُخمج الإنسان بهذه اليرقات عن طريق الجلد ، خصوصاً إذا ما مشى حافياً في المناطق الملوثة بالبراز المخموج . وقد يُبتلى السيّاح أيضاً بهذا الداء عن طريق الشواطئ الرملية الملوثة . كما قد يُخمج الإنسان ذاتياً ، و يترافق هذا الحمج الذاتي Autoinfection باختلاطات مجموعة شديدة . تُهاجر اليرقات الخاجة من الجلد إلى الرئتين ، ثم تصل إلى الرغامى والمزمار ، وتنتقل من هناك إلى السبيل المعدي المعوي .

الموجودات السريرية : ينجم عن اختراق اليرقات أعراض عامة . وتتركز الأهمية بشكل خاص على الأعراض المعوية المعوية وعلى الأعراض الجلدية . وأهم الأعراض المعوية المعوية هي : الإسهال ، والمقّص البطني ، والقَيْء ، والإمساك المستعصي Obstipation ، والتزف المعدي المعوي ، ونقص الوزن . وأهم الأعراض الرئوية هي : السعال ، والزُّلّة ، والتشنج القصبي ، والنفث الدموي . وأهم الموجودات الجلدية هي : آفات اليرقة العذاءة ، والطفوح البقيةة و/أو الخطاطية و/أو الشروية ، والحكة المعممة ، والحكة الشرجية ، والآفات الحُكاكية . هذا وتُحاكي جميع هذه الأعراض الجلدية حكة الأرض Ground itch^(٥) التقليدية الناجمة عن الملقوة العفجية Ancylostoma duodenale . تُهاجر اليرقات سريعاً في الجلد مُحْدِثَةً شرائط شروية تتقدم بمعدل ٥ - ١٥ سم في الساعة الواحدة . وتنجس الظواهر الأرجية في هذا الداء عن البروتيازات Proteases التي تُنتجها يرقات الأسطوانيات .

التشخيص : تُظهر القصة المرضية في الغالب إقامة المريض في منطقة يتوطن فيها الداء ، أو أنه قد عاد من أحد هذه المناطق .

(٥) نوالد بدون إلقاح Parthenogenesis (المترجم) .

(٥) إن تعبير حكة الأرض هو مرادف لتعبير داء الملقوات الجلدي cutaneous ancylostomiasis (المترجم) .

طريقة الحمج : تعيش اليرقات التي تُطرح مع براز الإنسان في التربة الرطبة أو الشواطئ الرملية ، وتخرق هذه اليرقات بشرة الإنسان السليمة ، وتهاجر عبر أنفاق تحفرها في البشرة والأدمة العلوية (ومن هنا يأتي اسم داء هجرة اليرقات larva migrans) ، وينجم عن ذلك تفاعل التهابي ثانوي . هذا ويمكن لليرقات أن تعيش في جلد الإنسان عدة أيام أو أسابيع .

الموجودات السريرية : يحدث في مكان دخول اليرقة ، وخلال ساعات قليلة ، التهاب جلدي حاك بشدة ، يتجلى بالوذمة ، والخطاطات ، والخطاطات الحويصلية . كما تُحدث اليرقات الهاجرة آفات خطية متعرجة وصفية zigzag . هذا وتتوقف سرعة الهجرة على نمط اليرقة الخاجة ، غير أنه يمكن لليرقة بشكل عام أن تقطع مسافات كبيرة خلال دقائق أو ساعات . تظهر الإصابة النموذجية على القدمين ، ولكن يمكن أن تظهر في أي مكان من الجسم يكون في تماس مع اليرقات (كاستلقاء الإنسان على الشاطئ الرمل) .

الأعراض : الأعراض الرئيسية هي الحكة والأرق ، ولا يترافق هذا الداء بأعراض عامة .

التشريح المرضي النسيجي : تُشاهد اليرقات في أنفاقها ، كما تُحاط الأنفاق برشاحات لمفاوية كثيفة غنية بالحمضات .

الإنذار : جيد . وقد تؤدي الأحماج الجرثومية الإضافية إلى تشكل البثرات ، أو حتى إلى حدوث التهاب المثلل .

التشخيص : يركز التشخيص على القصة المناسبة التي تُبين مكان العمل أو السفر ، وعلى وجود الآفات الخطية الحمامية الغريبة الشكل ، وعلى الصورة النسيجية التي تُظهر وجود اليرقات ضمن رشاحات النهاية غنية بالحمضات .

التشخيص الضريقي : يُفرّق هذا الداء عن النغف الجلدي Cutaneous myiasis (الناجم عن Gastrophilus) ، وعن الآفات الناجمة عن الأسطوانية اليرازية Strongyloides stercoralis .

المعالجة :

جهازياً : لا تُسوَّغ المعالجة الجهازية إلا في الأحماج الشديدة ، حيث يُعطى الثيابندازول Thiabendazole بجرعة يومية قدرها ٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ولمدة تتراوح بين يومين وثلاثة أيام ، مع تقسيم الجرعة اليومية إلى جرعتين متساويتين ، هذا ويُفضل التقيد بالتعليمات المرفقة بالدواء .

موضعيّاً : يُطبق في المقام الأول دواء الثيابندازول (يُطبق على شكل مرهم بتركيز ٥٪ - أو ١٠٪ تحت ضماد كتيم) .

داء الأسطوانيات (المستديرات)
Strongyloidiasis :

بالبروجيا Brugia ؛ علماً بأن الإنسان يُعد ثوباً نهائياً للفخرية .

الموجودات السريرية : يحدث ابتداءً من موضع الخمج التهاب في الأوعية اللمفية ، أو في الخصية ، أو في البربخ ، مع التهاب يشبه الحمرة ؛ ويتصف التهاب الأوعية اللمفية بسيره المزمن . كما يعاني المريض أثناء ذلك من الحمى والنفاض ، وقد تحدث عنده الدوالي اللمفية ، والأوردة (القيلة) ، والحبس ؛ وقد تنجم بعض هذه الاختلاطات عن الأحماس الجرثومية الثانوية أيضاً . كما يؤدي التورم الهائل في الساقين والأعضاء التناسلية إلى حدوث داء الفيل . وقد يكون الشرى المزمن المظهر الأول في داء الخيطيات . كما يمكن أن تنشأ في المرحلة الباكورة من الداء تورمات تشبه الحمامي العقدية تتوضع على الأطراف والمنطقة التناسلية ، وربما تكون من منشأ خمجي - أرجي .

التشخيص : من الأمور التي تُساعد كثيراً على التشخيص القصة المرضية التي تُظهر إقامة المريض في منطقة موبوءة بالداء ؛ كما يمكن كشف الخيطيات *Microfilariae* في كلل من الدم واللمف ، علماً بأنه يمكن لالتهاب الأوعية اللمفية المزمن أن يسبق ظهور الخيطيات في الدم بعدة أشهر . هذا ويرتكز التشخيص في المراحل الأخيرة على المعطيات السريرية فقط .

المعالجة : يُعطى ثنائي إيتيل كاربامازين *Diethylcarbamazine* وفق التعليمات المرفقة بالدواء . ويجب الاستمرار بالعلاج حتى اختفاء الخيطيات من الدم المحيطي ، وهو ليس فعالاً جداً تجاه الخيطيات البالغة .

الانتفاء : يُعد ثنائي إيتيل كاربامازين دواءً تفهاً *Tasteless* ، لذلك يمكن إضافته إلى ملح الطعام في المناطق الموبوءة ، ولقد حدث تناقص ملحوظ في معدل حدوث هذا الداء عند السكان في المناطق الموبوءة بعد إضافة هذا الدواء إلى ملح الطعام بنسبة ١٪ . كما ينبغي اتقاء عضات الحشرات ولسعاتها ليلاً (بتكليف الهواء ، واستخدام الناموسيات) ، ويُنصح كذلك باستعمال مُتفترات الحشرات . كما يُعطى المسافرون عند سفرهم إلى المناطق الموبوءة ١٠٠ ملغ من ثنائي إيتيل كاربامازين مرتين في الشهر ، ومع أنها ليست بالجرعة الكبيرة ، غير أنها قد تنجم عنها بعض التأثيرات الجانبية .

داء التُّنَّات Dracunculiasis :

المترادفات : *Dracunculosis* ، *Dracontiasis* ، الخمج بدودة غينيا (التُّنَّة المدينية *Dracunculus medinensis*) . وهذا الداء معروف منذ القدم .

تعريف : ينتشر هذا الداء في المناطق المدارية وتحت المدارية ، ويظهر عادة على الساقين والقدمين . والموجودات السريرية الرئيسية فيه هي : الأعراض الأرجية ، والقرحات الجلدية .

كما يمكن رؤية اليرقات بشكل مباشر في كلل من البراز والمفرزات العفجية ، وتتصف هذه اليرقات بشكلها الأبري وحركتها النشيطة . كما يجب التفتيش عن الآفات الجلدية المميزة . تكثر الحمضات بشكل دائم تقريباً ، ولا تُساعد الاختبارات المصلية على تشخيص هذا الداء .

المعالجة : يُعطى الثيابندازول *Thiabendazole* بجرعة ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم / مرتين في اليوم ولمدة ٤ - ٦ أيام . وقد يُعاد العلاج ثانية بعد عدة أسابيع . كما يمكن إعطاء الميه بندازول *Mebendazole* ، ويتميز هذا الدواء عن سابقه بأنه أكثر تحملاً من قبل المريض . هذا ولا يُستطب أبداً إعطاء الستيرويدات الجهازية في هذا الدواء .

داء الخيطيات (داء الفيلاريا) Filariasis :

[بنكرت Bancroft ١٨٨٠] .

المترادفات : *Filiarosis* ، داء الخيطيات لبنكرت *Bancroft* ، داء الخيطيات الملاية *Malayan* ، داء الفيل المداري .

تعريف : ينحصر وجود هذا الداء في البلدان الاستوائية ويتوطن غالباً في مناطق معينة فيها ، مع أنه قد يُنقل أحياناً إلى مناطق أخرى غير موبوءة . تُفضل الأنثى الناضجة جنسياً أن تعيش في النسيج الضام والأوعية اللمفية . يحدث في هذا الداء تضيق في لمعة الأوعية اللمفية بسبب التكاثرات البطانية المثارة بالنواتج الاستقلابية للطفيلي . وقد يؤدي هذا التضيق إضافة إلى الخمج الجرثومي الثانوي إلى حدوث ركود لمفي مزمن مع داء الفيل .

الطفيليات : الفُخْرية البَنَكْرُفِيَّة *Wuchereria bancrofti* ، وبروجيا مالاي *Brugia malayi* (Brug ١٩٢٧) ، وبروجيا تيموري *Brugia timori* .

طريقة الخمج : تنتقل الفخرية البنكرفية مع بعض أنواع البروجيا *Brugia* عن طريق ثلاثة أجناس من الناموس هي : البعوضة *Culex* ، والمنسونية *Mansonia* ، والإنفيل *Anopheles* ؛ وتنشط هذه الأجناس ليلاً . بينما تنتقل الأنواع تحت المدارية للفخرية البنكرفية عن طريق أنواع الزاعجة *Aedes* التي تعض نهاراً . ويتطلب تطور اليرقات الحاجة في الناموس درجات عالية من الحرارة والرطوبة . تُنتج الإناث البالغة الخيطيات *Microfilariae* التي تنتشر بالطريق الدموي ، ثم تنتقل إلى الناموس أثناء العض . فإذا ما عض الإنسان بهذا الناموس المخموج فإن الخيطيات تنتقل إلى أوعيته وعقدته اللمفية لتتضخم هناك ، ثم تظهر في دمه المحيطي بعد ٣ - ٨ شهور ، ويتوقف ذلك على نوع الفخرية . أما مستودعات الخمج فهي القطط الأليفه ، والكلاب ، والقردة المخموجة

الطفيل : الدودة المسببة هي *Dracunculus medinensis* (دودة غينيا) .

طريقة الحمج : الثوي الطبيعي للتئمة المدنية الناضجة جنسياً هو الإنسان ، ومن النادر جداً أن يكون في الثدييات الأخرى . وعندما تصل يرقات هذه الديدان إلى الماء العذب فإنها تتطور داخل *Cyclops* (براغيث الماء : جنس من انقشريات) . وعندما يشرب الإنسان ماءً ملوثاً بهذه القشريات الصغيرة المحتوية على اليرقات الخافجة ، فإن اليرقات تتطور في نُسجه الضامة إلى ديدان بالغة . يبلغ طول الأنثى حوالي ١٠٠ سم ، وقطرها حوالي ١ - ٢ ملم ، بينما يبلغ طول الذكر حوالي ٤ سم فقط . تُهاجر الدودة الأنثى نحو سطح الجلد (غالباً إلى جلد الأطراف) ، ويظهر على الجلد المجاور لنهايتها الأمامية حطاطة حويصلية ، أو عقيدة النهاية ، أو تورم النهائي كبير الحجم لا يلبث أن يتقرح . تصل اليرقات الناتجة عن الأنثى إلى مياه الشرب . هذا ويمكن في بعض الأحيان رؤية الدودة البالغة في الجلد .

الموجودات السريرية : لا تظهر عند المريض المصاب بداء التئمة أية أعراض خلال فترة الحضانة الطويلة التي تُقدر بحوالي ٨ - ١٢ شهراً . وقبل ظهور الآفات الجلدية بفترة قصيرة تحدث بعض الظواهر الأرجية مثل : الحمى ، والشرى ، والغثيان ، والإسهال ، والزُّلة ، وكثرة الحمضات .

التشخيص : يمكن رؤية اليرقات المتحركة بالفحص المجهرى لعينات مأخوذة من آفات قرحية الشكل ، وبوجه خاص من الآفات المتوضعة على الساقين ، على الرغم أن ذلك ليس سهلاً دائماً . كما يرتفع عيار الغلوبولين المناعي (E) في المصل . هذا وغالباً ما يحدث داء التئمة في المناطق الموبوءة بشكل فصلي ، حيث يُشاهد بشكل خاص في فصل الربيع .

المعالجة : يمكن إزالة الدودة المُشاهدة في الآفة المتقرحة بلقها بشكل بطيء على قطعة خشبية بمعدل ٢ - ٣ سم/يوم . ويتساءل المؤرخون الطبيون فيما إذا كانت هذه الطريقة القديمة المعروفة منذ بضعة قرون قد أسهمت إلى حد ما في تصميم عصا اسكولابيوس (إله الطب والشفاء) *Aesculapius* ، التي هي في الوقت الحاضر شعار الدكتور الطبيب . يمكن تجربة المترونيدازول *Metronidazole* ، مع أن استعماله ليس مقبولاً بشكل عام . كما جُرب أيضاً كلٌّ من النيريدازول *Niridazole* والتيابندازول *Thiabendazole* ، وكانت نسب نجاحهما متفاوتة .

الانتقاء : يكون بغلي ماء الشرب أو ترشيحه (تؤدي هذه الإجراءات إلى وقاية فعالة) .

داء اللؤا اللؤية *Loiasis* :

[Argyl - ١٨٦٤ Cobbold ، ١٧٧٨ Guyot]

[١٨٩٥ Robertson] .

المرادفات : الحمج باللؤا اللؤية *Loa loa* ، تورم الكاميرون *Cameroon* ، تورم كالابار *Calabar* ، الخيطيات الهاجرة .

تعريف : ينحصر وجود هذا الداء غير الضار نسبياً في أفريقيا الاستوائية ، والغربية ، والشرقية . وقد ينقله السيّاح أحياناً إلى المناطق المعتدلة المناخ . يُسبب هذا الداء آفات جلدية مرئية مميزة .

الطفيل : الدودة المسببة هي اللؤا اللؤية *Loa loa* .

طريقة الحمج : تنتقل اليرقات المسببة لداء اللؤا اللؤية عن طريق النُعة *gadfly* المسماة ذهبية العيون النصفية (المشطورة) *Chrysops dimidiata* ، وقد تنتقل أيضاً عن طريق أنواع أخرى من ذهبية العيون (٥) . يُعد الإنسان ثوباً طبيعياً لهذه اليرقات التي تنضج في الأجزاء العميقة من نُسجه الضامة ، ثم تهاجر بعد ذلك إلى سطح الجلد . هذا ويبلغ طول الأنثى حوالي ٥ - ٧ سم ، بينما لا يتعدى طول الذكر ٣,٥ ملم .

الموجودات السريرية : لا يترافق هذا الداء بأية أعراض عادة ، والمظهر السريري الوصفي الوحيد الذي نراه في بعض الحالات هو التهاب جلدي لطخي مع تورم وذمي يستمر لأيام قليلة فقط (تورم الكاميرون *Cameroon swelling*) ، هذا ونادراً ما يُشاهد لدى الإناث . وقد يتلى المريض أحياناً ببعض الظواهر الأرجية الإضافية مثل الشرى . وفي حالات نادرة تُهاجر اللؤا اللؤية إلى الملتحمة البصلية أيضاً .

التشخيص : لا يمكن في معظم الأحيان كشف الخيطيات *Microfilariae* في اللطاخات الدموية ، لذلك يُنصح باللجوء إلى طرق الترشيح *Filtration* أو الإغناء (الإثراء) *Enrichment* . هذا ويمكن كشف الديدان الناضجة جنسياً في النسيج تحت الجلد أو الملتحمة . كما أنه غالباً ما يرتفع عيار الغلوبولين المناعي (E) في المصل .

المعالجة : يُعطى في هذه الحالة ثنائي اتيل كربامازين *Diethylcarbamazine* ، إلا أنه يجب توخي الحذر التام عند إعطائه للأشخاص المحموجين بأعداد كبيرة من الخيطيات الهاجرة ، فقد تنجم عن إبادة هذه الأعداد الضخمة من الطفيليات صدمة تأقية .

داء كَلَايَةِ الذَّنْب *Onchocerciasis* :

[١٨٩٣ Leukert ، ١٨٧٥ O'Neil] .

(٥) هناك *Chrysops silacea* ، و *Chrysops distinctipennis* (المترجم) .

المرادفات : Onchocercosis ، داء الخيوطات العقيدية ، عمى النهر .

تعريف : يتوطن هذا الداء بأفريقيا (أفريقيا الاستوائية والغربية ، وأثيوبيا ، والسودان) ، وكذلك في أمريكا الوسطى والجنوبية . وله في اليمن شكل خاص يُطلق عليه اسم السودا Sowda (الأسود) . ووفق تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO ، فإنه يوجد حوالي مليوني شخص مصاب في أمريكا الوسطى ، و ٢٠ مليون شخص مصاب في أفريقيا . ويُقدر عدد الإصابات وفق مصادر أخرى بحوالي ٤٠ مليون شخص . يُسبب هذا الداء توسفات جلدية ، واختلاطات عينية مروعة قد تؤدي في النهاية إلى العمى .

الطفيلي : كَلَّابِيَّةُ الذَّنَبِ المُتَلَوِّية *Onchocerca volvulus* .

طريقة الخمج : تنتقل كَلَّابِيَّةُ الذَّنَبِ المُتَلَوِّية من إنسان إلى آخر عن طريق الذبابة السوداء (الذَّلَقَاء *Simulium*) التي تنشط نهراً . يمكن إظهار الخيوطات في جلد الإنسان بعد فترة تُقدر بحوالي ١٥ - ١٨ (١٠ - ٣٠) شهراً من عضه الذبابة . هذا وتتوضع الخيوطات ضمن الجلد ، بينما تتوضع الديدان البالغة تحت الجلد . وبفحص مُحْتَوَى العقيدات الجلدية ، فإنه غالباً ما نشاهد كُلاً من الذكر والأنثى ، مع أن الأنثى توجد بشكل دائم تقريباً . يتميز هذا الداء من الناحية النسجية بتمحفظ الديدان Encapsulation .

الموجودات السريرية : تتوضع العقيدات في هذا الداء تحت الجلد ، وتُشاهد على الجذع والرأس والأطراف ، ويتراوح قطرها بين ٢ - ٦٠ ملم ، ويتوضع في ٢٠٪ - ٣٠٪ من الحالات بالقرب من محفظة المفصل ، كما أنها كثيراً ما تتلاقز . تُشاهد العقيدات عند المرضى الأفريقيين بشكل رئيسي في الناحيتين الحوضية والفخذية ، بينما تُشاهد عند مرضى أمريكا الجنوبية في الأجزاء العلوية من الجذع وعلى الرأس . هذا ويكون الجلد جافاً متفاعلاً متوسفاً ، يُبدي علامات التحرز ، كما يُبدي تبدلات تشبه الضمور أو الإكزيمة أو الحمرة أو تصلب الجلد . إلا أنه نادراً ما يحدث داء الفيل . تتضخم العقد اللمفية الأربية عند المرضى الأفريقيين بسبب التهاب الجلد المزمن بَكَلَّابِيَّةِ الذَّنَبِ ، وتُسَتر هذه العقد بطيات جلدية رخوة (الأربية المتدلية *hanging groin*) . كما يحدث زوال لطخي في الصباغ فوق حرف الظنبوب وفي أماكن أخرى أيضاً .

تُسبب الخيوطات بتحريها للمستأرجات Allergens ظواهر أرجية تكون مسؤولة عن الاختلاطات العينية الخطيرة مثل : التهاب القرنية ، والتهاب الشبكية والمشيمية ، والتهاب القرنية والهداى ، والعتامة في الجسم الزجاجي ، والسَّيَل

pannus (توعية القرنية الغشائية) . وقد تؤدي هذه الاختلاطات إلى حدوث العمى ، الذي يحدث بتواتر أكبر عند سكان القرى الواقعة بالقرب من الأنهار (عمى النهر) ، وهذا ما يدفعهم في أغلب الأحيان إلى مغادرة قراهم .

التشخيص : يركز التشخيص على كشف الخيوطات في الجلد . وإتمام ذلك تُؤخذ كُشَاطَات جلدية طازجة أو أجزاء من خزعة جلدية (يُفضل في هذه الحالة أخذ الخزعة بواسطة مِخْرَمَةِ الصَّلْبَةِ المُعَدَّلَةِ من نمط Walzer) ، وتُغمَر في محلول ملحي فيزيولوجي لمدة ٣٠ دقيقة على الأقل ، والأفضل لمدة ٢٤ ساعة ، وعند ذلك تترك الخيوطات النسيج المصاب لتسبح في المحلول الفيزيولوجي . كما يمكن رؤية الطفيليات بشكل مباشر في الغرفة الأمامية للعين باستخدام المصباح الشقي . هذا ويتصف السَّيَل Pannus (توعية القرنية الغشائية) في داء كَلَّابِيَّةِ الذَّنَبِ بنموه من الجانب أو الأسفل باتجاه القرنية ، بينما يتصف في الحُثَر Trachoma بنموه من الأعلى إلى الأسفل .

تؤدي المعالجة التجريبية بشنَّائي اتيل كربامازين diethylcarbamazine إلى حدوث تفاعل جلدي أرجي (اختبار مازوتي Mazzotti test) ، حيث تظهر حطاطات حاككة بعد ٣٠ دقيقة إلى ٢٤ ساعة من تناول ٥٠ ملغ من الدواء . كما سُجِّل حدوث المظاهر التالية في سياق هذا الاختبار : حكة موضعية أو معممة ، وطفوح حطاطية شروية ، وحكة أو حس حرق في العينين ، وذُماخ ، وتفاعلات مجموعية (آلام مفصلية ، وحُمى ، وأعراض قلبية وعائية) ، وقد حدث الموت في بعض الحالات . لذلك يجب عدم إجراء هذا الاختبار إلا عند التأكد من أمرين : أولهما خلو الخزعة الجلدية من الخيوطات ، وثانيهما عدم وجود الإصابة العينية .

المعالجة : لا يتوفر في الوقت الحاضر علاج شافٍ لهذا الداء ، ويُفضل استئصال العقيدات الجلدية جراحياً إن أمكن ذلك .

جهازياً : يمكن إعطاء ثنائي اتيل كربامازين Diethylcarbamazine ، مع أنه قد يكون خطراً جداً في بعض الحالات ، فقد يُسبب صدمة أرجية بسبب تحريه للخيوطات (تفاعل هِرْكِسْهَآيْمِر Herxheimer's reaction) ، ويُخشى بشكل خاص من حدوث العمى . كما يُعد السورامين Suramin (مركب صناعي مُشتق من اليوريا urea) دواءً خطراً أيضاً في هذا الداء .

الانقضاء : من الصعب تحقيق ذلك ، والإجراء الوحيد الناجح في هذه الحالة هو العلاج المستمر لجميع السكان .

العلقيات Annelida

(الديدان الحلقية Ringlet worms ،

الديدان الهلالية Bristle worms) :

تنصف هذه الديدان من الناحية الشكلية بقطع جسمها خنقية الشكل . يتطفل بعض أنواع صنف العلقيات Hirudinea على الإنسان بشكل خارجي ومؤقت ليمتص دمه (العلق Leeches) ، ويعيش معظمها في الماء ، إلا أنه يوجد في

المناطق المدارية الرطبة الدافئة في شرق آسيا وأمريكا الجنوبية جنس أرضي يُعرف باسم الظمان للدم Haemadipsa ، يكمن للإنسان في النباتات . تُسبب جميع أنواع العلق جروحاً جلدية عند امتصاصها الدم ، وبما أن لعاب العلق يحتوي على مواد مضادة للتخثر فقد تنزف هذه الجروح بغزارة ولفترة طويلة من الزمن . قد تُشاهد أيضاً في أماكن العض اندفاعات جلدية شبيهة بالحكاك العقيدي Prurigo nodularis . وفيما عدا ذلك فإن هذه الديدان لا تسبب أي أذى للإنسان .

الجدول ٩ - ٢ : علاج الأدوية الناجمة عن الديدان

الدواء	الحمى	الجرعة
تيابندازول Thiabendazole	الأسطوانيات	٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ تؤخذ مرتين في اليوم (الجرعة القصوى ٣ غرام) ، لمدة ٤ - ٦ أيام
مه بندازول Mebendazole	الملقوة البرازيلية الصفير الحراطيني السرمية الدويدية المشوكة الفكيات الملقوة العفجية الفتاكة الأمريكية الأسطوانية البرازية الشعرينة المسلكة	٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، لمدة ٢ - ٣ أيام ١٠٠ ملغ/ مرتان في اليوم ، لمدة ٣ أيام
برازيكوانتيل Praziquantel	متأخر الخصية الصيني المتوارقة جانبيه المناسل المنشقة المحرشفة القزمية العوساء العريضة المشوكة (حسب المكان والنوع) التينية	٢٠ - ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ ثلاث مرات في اليوم ، لمدة ١ - ٢ يوم
مترونيدازول Metronidazole	الصفير الحراطيني	٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ يوم ، تُقسم إلى ثلاث جرعات ، لمدة ١٤ يوماً أو حتى لعدة أشهر كعجربة ، وليس مقبولا بشكل عام
بيرانتيل باموات Pyrantel pamoate (استبدل باله بندازول)	السرمية الدويدية الملقوة العفجية الفتاكة الأمريكية	١١ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، جرعة وحيدة (تُكرر) ، والجرعة القصوى غرام واحد

بيرازين سترات Piperazine citrate (استبدل باله بندازول) نيكلوساميد Niclosamide	الصففر الحراطيني	٧٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ يوم ، لمدة يومين
باروميسين Paromycin	المتوارقة	٢ غرام/ يوم
نيريدازول Niridazole ثنائي أثيل كربامازين Diethylcarbamazine	العوساء العريضة المحرفة القزمية الشريطية المحرفة القزمية	٢ غرام/ يوم ، لمدة ٧ أيام
	باروميسين Paromycin	٤٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ يوم ، لمدة ٥ - ٧ أيام
	العوساء العريضة التينية	٢٥ - ١٠٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، لمدة ٥ - ٧ أيام ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، لمدة ١٠ أيام
	داء الحيطيات	اليوم الأول : ٥٠ ملغ ، ٣ مرات اليوم الثاني : ٥٠ ملغ ، ٣ مرات اليوم الثالث : ١٠٠ ملغ ، ٣ مرات الأيام ٤ - ٢١ : ٢ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ ٣ مرات في اليوم يُعطى العلاج لمدة ٣ أسابيع ، حيث تبدأ بجرعة ٢٥ ملغ/ يوم ثم نرفع الجرعة بصورة تدريجية حتى نصل إلى ١٥٠ ملغ/ يوم .
	كلاوية الذنب المتلوية (لا يُستطب العلاج عند وجود الإصابة العينية)	

الفصل العاشر

الطفوح الدوائية

Drug Eruption

د . عبد الرحمن قادري

المترادفات : الطفحية الانسمامية أو الأرجية المحدثّة بالدواء ، الانسجام الجلدي ، الطفحية الدوائية ، عدم تحمل الجلد الدوائي .

التعريف : هي تغيرات تطرأ على الجلد والأغشية المخاطية ، وتحدث كآثار جانبية غير مرغوب فيها بعد إعطاء جرعة دوائية عادية نظامية غير انسمامية . (مثال : بعد إعطاء دواء عن طريق الفم أو بعد إعطائه حقناً داخل الجلد ، أو تحت الجلد ، أو داخل العضل ، أو عن طريق الوريد ، أو بعد استنشاقه أيضاً ، أو امتصاصه عن طريق الجلد أو الأغشية المخاطية كقطرة عينية ، أو أنفية ، أو تحاميل ، أو تحاميل مهبلية إلخ ...) .

الحدوث : إن التأثيرات الجانبية المحدثّة بالدواء والتي تصيب الجلد والأغشية المخاطية كثيرة الحدوث . هذا وتبلغ نسبة الآفات المحدثّة بالدواء ٥٪ من جميع المرضى المصابين بآفات جلدية ، وقد تقلّد التغيرات الجلدية المحدثّة بالدواء ، كما في الإفرنجي ، أدواء جلدية عديدة . إضافة لذلك ، فإن الدواء قد يشير حدوث أمراض جلدية مثل الفقاع الشائع ، والفقاعاني الفقاعي ، والحزاز المسطح .

ولهذا السبب ، كان من الضروري معرفة وجود أية قصة دوائية من أي مريض مصاب بمرض جلدي أو باقّة على الأغشية المخاطية . هذا ويجب أن لا توجه الأسئلة حول الأدوية بالمعنى الضيق فحسب ، بل عن المداواة أيضاً ، والتي يغلب أن لا يعتبرها المريض من الأدوية ، وعلى سبيل المثال ، موانع الحمل ، والمركبات ، والمنومات ، والفيتامينات ، وغسولات الفم ، والقطرات العينية ، والمسبّلات .

ونظراً لكثرة التأثيرات الجانبية المحتملة للدواء ، كان على الطبيب أن يفكر دوماً بإمكانية حدوث التأثيرات الجانبية للدواء عند الشروع بأية معالجة ، كما أن عليه أن يأخذ بالحسبان نسبة الفائدة على خطورة المعالجة ، ويجب عليه أن ينبه المريض عن مخاطر المداواة .

إن الطفوح الدوائية عند الأطفال أقل حدوثاً منها عند الكهول ، وذلك لأنهم أقل تناولاً للدواء . أما بالنسبة للاختلافات المتعلقة بالجنس وتأثيرها في حدوث الطفوح الدوائية فغير واضحة إذا ما استبعدنا التأثيرات الجانبية

للهرمونات الجنسية النوعية . ومن الجدير بالملاحظة ، هو كثرة حدوث تفاعلات دوائية معينة عند النساء ، مثل الحماى العقدية أو التهاب الأوعية الأرجي ، كما وتتدخل العوامل الوراثية في نشوء الطفوح الجلدية وذلك بسبب الاختلافات المحددة وراثياً للفعالية الإنزيمية المؤثرة في الاستقلابات الدوائية . وهكذا فعل سبيل المثال ، فإن التعطيل البطيء للإيزونيازيد يكون متصاحباً بخلة جسدية صاغرة ، كما ويكون ناجماً عن الاختلاف في معدل الأسئلة وتعطيل الإيزونيازيد . ويبدو أيضاً أن الدواء الذي يثير حدوث الذأب الحماى له أرضية وراثية ، مثال : جملة التوافق النسيجي HLA . وقد تلعب البيئة دوراً مشابهاً ، وهكذا على سبيل المثال : تلعب تأثيرات ضوء الشمس دوراً في حدوث الطفوح الانسمامية الضوئية أو الطفوح الأرجية الضوئية .

المسّر والإنذار : إنذار معظمها حسناً ، حيث يتم تراجع الأعراض الجلدية بعد إيقاف الدواء المحدث للتعامل ، كما وتحدث حالات ذات سير شديد نتيجة إصابة أعضاء داخلية . أما متلازمة لايل المحدثّة بالدواء (انحلال البشرة النخري الانسمامي) ، فنسبة الوفيات فيها مرتفعة وتبلغ حوالي ٣٠ - ٤٠٪ .

العوامل الممرضة والتفاعلات الجلدية :

يوحي التعدد الشكلياني للتفاعلات الجلدية المحدثّة بالدواء بأن أمراض الطفوح الجلدية قد يكون مختلفاً جداً ، علماً بأن تميزها عن بعضها شكلياً قد يكون مستحيلاً كما في الطفحة القرمزية والطفح الدوائي قرمزي الشكل .

الآلية الإمراضية Pathological Mechanisms :

التفاعلات الدوائية الانسمامية الحادة الناجمة عن جرعة مفرطة : قد يحدث نزف جلدي عقب جرعة مفرطة من الباريتوريات (نخرة باريتورية جلدية) ، والتهاب الفم القرصي الحاد أو تساقط أشعار حاد بعد جرعة كبيرة أو مفرطة من الأدوية الموقفة للتكاثر الخلوي مثل الميتوتركسات . وقد تصبح الجرعة الدوائية مفرطة نسبياً عند إعطاء جرعة طبيعية من الدواء في حال قصور الوظائف الكلوية (الأشخاص المسنين) ، أو إذا ما كان هناك تأثير Interaction ما بين أدوية متعددة أو وجود عطب استقلابي .

الجرعة المتراكمة Cumulative dose : قد يكون إعطاء الدواء لفترة طويلة نسبياً سبباً في حدوث التفاعل الجلدي ، وهكذا فإن المعادن الثقيلة مثل المركبات الزرنيخية أو أملاح الذهب ، تختزن في الجلد ، وتتفاعل مع الجمل الإنزيمية الخلوية مؤدية إلى أعراض جلدية بعد بضعة أسابيع . ومثال آخر هو

تفاعلاً أريجياً دون وجود دلائل واضحة تشير إلى وجود آلية مناعية .

تفاعل جاريش - هيركسهايمر : يحدث هذا التفاعل الجلدي الحاد بعد استعمال دواء فعال مضاد للجراثيم في معالجة الأمراض الخمجية حيث يؤدي إتلاف الكائنات الحية السريع الناجم عن المعالجة لإطلاق مواد سامة تؤدي إلى زيادة الطفحية الموجودة ، أو أنها تحدث طفحية جديدة . أما المثال الوصفي لتفاعل جاريش - هيركسهايمر فهو الذي يشاهد بعد الزرق الأولى للبنسلين حين معالجة الإفرنجي الثانوي ، حيث تسور البقع ، أو البقع الحطاطية الإفرنجية الطفحية خلال بضع ساعات ، كما وتظهر اندفاعات إفرنجية جديدة ، وغالباً ما يحدث تفاعل عام مع حمى وصداع . هذا ولا يشاهد التفاعل السابق عقب زرقات البنسلين التالية ، وذلك لأن معظم العوامل المرضية تكون قد قتلت عند الحقنة الأولى .

التفاعلات الأرجية الضوئية والتفاعلات الانسامية الضوئية : تظهر هذه التفاعلات على أجزاء الجسم المعرضة للضياء ، وذلك عقب تطبيق الدواء موضعياً ، أو تناوله عن طريق الفم ، أو إدخاله بطريق الزرق .

التفاعلات الأرجية Allergic Reactions :

تعتبر الطفوح الدوائية الأرجية هي الأكثر من بين جميع التأثيرات الجانبية الجلدية للدواء . وتظهر هذه الطفوح عند إعطاء الدواء لمريض عانى سابقاً من فرط التحسس . وهذا ويجب أن يكون مطبوعاً في الذهن بأن الأدوية ليست مواداً كيميائية نقية ، لكنها تقدم في سواغات (حبوب ملبسة) والتي بدورها قد تتضمن على مستأرجات جوهرية (مواد صباغية مكونة لجزء من الحبة الملبسة) تؤدي للتحسس أحياناً . وينجم حدوث الشرى أو الطفوح الدوائية الثابتة عن السواغ أو الصباغ المكون للمحافظ Capsules .

تعمل المحضرات الدوائية بدئياً كمستضدات أو نواشب غير تامة لانخفاض وزنها الجزيئي . هذا ويرتبط الدواء أو مستقبلاته في البدء ببروتين الجسم . وتتعرف بعدئذ الحملة المناعية على تلك الأدوية كأجسام أجنبية بدئية ، ومعدثة تفاعلاً أريجياً كمستضدات (تامة) . ولم تعرف بعد العوامل المستضدية المحددة لمعظم الأدوية ، لكن تلك العوامل المحددة معروفة فقط بالنسبة للبنسلين وبعض السولفوناميدات . كما وأن التركيب الكيميائي للأدوية ذو أهمية تؤخذ بعين الاعتبار بسبب فعلها المستضدي أو الأرجي . وكثيراً ما تشاهد التفاعلات الأرجية في الجلد ناجمة عن مركبات بارا - Para والتي ما هي إلا مركبات كيميائية متضمنة لمر Para ، مثال : المواد العضوية

الأذى الآجل الناجم عن الزرينخ (الملان الزرينخي ، التقران الزرينخي ، قاعدومات Basiliomas متعددة على الجذع ، داء بوفن Bowen ، سرطانات داخلية) ، ذلك الأذى الذي يحدث بعد تناول الزرينخ لفترة طويلة نسبياً . ويمكن أن نورد هنا فرط الفيتامين (A) الذي يبدو دوره واضحاً في إحداث رقة في أشعار الرأس ، وقد يؤدي إلى تساقطها . كما نورد مثلاً الطفحية العدية الشكل الناجمة عن المألوجينات ، أو الفيتامينات أو الإيزونيازيد .

التأثيرات الدوائية الجانبية Pharmacological Side Effects : تتطلب هذه التأثيرات الجانبية معرفة نسبة فائدة الدواء/ خطورة المعالجة المقترحة ، بشكل دقيق . مثال ذلك الأدوية المثبطة للتكاثر الخلوي التي تسبب تساقط أشعار منتشر مزمن في الجرعات العادية ، أو الستيروييدات القشرية السكرية ، بالاعتماد على الجرعة ، التي قد تحدث طفحية عدية الشكل (عد ستيرويدي) ، أو فرط أشعار ، أو داء سكري ، أو فرط تورتر شرياني ، أو انتقاب معدي ، أو تخلخل عظام ، وذلك عند استعمالها لمدة طويلة نسبياً .

اضطراب التوازن البيئي : يتغير التوازن الجرثومي في الجلد والأغشية المخاطية من خلال معالجة طويلة الأمد بالستيرويدات القشرية السكرية ، أو الأدوية الموقفة للتكاثر الخلوي ، أو بالصادات . وكنتيجه لذلك ، قد يحدث على سبيل المثال ، داء المبيضات البيض في الفم والأمعاء والمهبل أو المنطقة التناسلية . وقد يسهل أيضاً حدوث الأخماج الحموية والجرثومية .

محرشات الأدوية الكامنة أو الظاهرة : منها ما يكون بتحريض التهاب الجلد الحلي الشكل من خلال الأدوية المحتوية على يوديد البوتاسيوم ، أو تحريض الذأب الحمامي بأدوية معينة ، أو تحريض الصدف الشائع بأملاح الليثيوم وحاصرات بيتا ، أو الأدوية المضادة للبرداء .

التحساس الذاتي : يبدو من المشكوك فيه ما إذا كانت الطفوح الجلدية تنشأ على أساس من فرط الحساسية الغريزية غير المناعية .

اللاتحمل : ويعني المعنى الضيق لهذه الكلمة عدم قابلية فرد ما على تحمل الجرعات العلاجية للأدوية . مثال ذلك : حدوث تنخر بالكومارين عند النساء المسنات ذوات الاستعداد ، أو حدوث الشرى عند الأشخاص غير المتحملين للأسميرين ، وقد ظهر أن اللاتحمل هو نتيجة اختلافات فردية في الفعالية الإنظيمية للعديد من الأدوية . وهكذا فإن المقدرة على استقلال الدواء تكون موضع استفهام . أما مصطلح الأرج الكاذب Pseudoallergy فيستعمل أيضاً عندما تقلد الأعراض

كومبس Coombs وجل Gell ، بشكل يتناسب مع الأدوية الأرجية السريرية .

التفاعلات الأرجية الخلطية للنمط العاجل :

تتظاهر التفاعلات العاجلة في الكائن المحسس خلال بضع دقائق إلى بضع ساعات ، فهي تتوسط بالأضداد

التفاعل نمط I : التفاعل التأقي Anaphylactic Reaction :

تتكون أضداد IgE غير المترسبة ، والتي ليس لها ارتباط متممي ، في الجسم بعد التحسيس ، وتتجلى غالباً بارتفاع قيمة IgE المصلي . ويتم الارتباط على سطح الأغشية الخلوية وخاصة على نسيج الخلايا البدينة والأسسات في الدم . هذا وتحدث التشكلات الجسرية ما بين جزئين لضدين على سطح الخلية وبين مستضد ثنائي التكافؤ شللاً من التفاعلات الإنظيمية ، مؤدية إلى انطلاق الوسائط مثل الهستامين والبروستوغلاندين واللو كوترين والكينين Kinins ووسائط أخرى . وكتيجة لتأثير هذه المواد على الأنسجة فإنه يحدث توسع وعائي مع زيادة في نفوذية ونتح المصل إلى الأنسجة ، كما يحدث انجذاب كيميائي للحمضات ، وتقلص العضلات الملس . وإن درجة تحرر الهستامين المحدث بواسطة تفاعل الضد - المستضد ، والوسائط الأخرى أيضاً ، ومشرح العمليات تحدد جميعها طراز المرض السريري .

الصدمة التأقية Anaphylactic shock : تحدث هذه الصدمة

بعد بضع دقائق من تحرر مقادير كبيرة من الهستامين ، مؤدية إلى تشنج قصبي ، ووذمة موضوعة على الأغلب (وذمة مزمارية أو حنجرية) ، وتوسعات وعائية معمة ، إضافة إلى فرط توتر شرياني ووهط . وقد يحدث في الجلد شرى حاد ووذمة كوينكة (وذمة وعائية) .

التفاعلات التأقية المحصورة بالعضو : تحدث هذه التفاعلات موضعياً ، مكان حدوث تفاعل الضد - المستضد مؤدية لانطلاق الوسائط ، والتي قد تؤدي إلى التهاب ملتحمه وأجفان ، والتهاب أنف أرجي ، وربو قصبي أرجي . وعلى سبيل المثال : التظاهرات الأرجية للطلع في مكان تماس المستضد الخارجي المباشر .

الأعراض الجلدية : إن الانتقال الدموي للمستضد في الجلد إلى أمكنة تعرض الخلايا البدينة الموافقة لارتباطها بالأضداد IgE في الشخص المتحسس ، يؤدي إلى شرى في حالة التوضع الجلدي ، وإلى شرى عميق أو وذمة وعائية في التوضع ما تحت الجلد . هذا وإن المستضدات البديئة غالباً ما تكون ذات وزن جزيئي عالٍ (بروتينات) . أما الأدوية ذات الوزن الجزيئي المنخفض فهي مستضدات بدئية غير تامة عادة (نواشب) ،

نعضرية ذات زمر فعالة (أمينو وهيدروكسي وترو ، أو الزمر هالوجينية) في بدائل بارا . وتشمل مركبات بارا Para على سبيل المثال ، المبنجات الموضعية مثل البروكاين ، والبنزوكاين و أنستراكاين والعوامل الموقفة للسسل (حمض بارا أمينوساليسيليك) ، والعوامل القموية المضادة للسكري ، والسولفوناميدات .

إن فرط التحسس المحدد في بعض المركبات هو تحسيس أحادي التكافؤ ، أما في تحسيس الزمرة ، فإن ذلك يحدث تجاه زمرة من المواد المتشابهة بالبنية الكيميائية ، مثال : ما يدعى بمواد Para . كما وتشاهد أرجيات الزمرة تجاه الأدوية الموجهة لمعالجة الذهان Psychotropic ، ومن أمثلتها : الفينوتيازين ومشتقات الديتريزين Dipenzepine ، هذا ويوجد في التحسيس متعدد التكافؤ تحسيس مكتسب للعديد من المركبات الكيميائية المختلفة كالتتراسيكلينات ، الفينوتيازينات ، والفينازونات .

وفي العديد من الحالات ، لا يشكل إدخال الدواء مستضداً بدئياً ، لكن ذلك المستضد ينجم في الجسم كنتيجة أولية لقلب تلك المواد أو تدركها ، علماً بأن هذه المستقبلات الأرجية لا تعرف في معظم الحالات ، كما لم يتضح أيضاً كيفية حدوث طفوح دوئية مميزة شكلياً بدواء واحد . ويغلب أن تتظاهر الطفوح الدوائية نتيجة لعمليات ضم ، كما لوحظ أن الأخماج (الأنفلونزا ، التهاب اللوزتين) تساعد على حدوث الأرجية . فإذا ما تغلب المريض على مرضه الحمجي ، ثم تعرض لدواء وحيد لا يعاني بعدها تفاعلاً جلدياً .

تشكل الأضداد بعد حوالي ٨ - ١٢ يوماً من التماس مع المستضد ، ويؤدي تفاعل الضد - المستضد إلى أمراض أرجية . ومن جهة أخرى ، فإن الجسم إذا ما كان متحسناً سابقاً ، فإن كافة المجريات ابتداءً من نفوذ المستضد وحتى تظاهرات التفاعل الأرجي تجاه الدواء تحدث بأكبر سرعة معتبرة . وقد يؤدي التفاعل الدوائي الناجم عن الأضداد الخلطية إلى تغيرات جلدية ، أو في الأغشية المخاطية خلال بضع دقائق وحتى بضع ساعات وذلك كتفاعل تأقي أو كتفاعل من نمط أرتوس (تفاعل مباشر ، النمط المبكر للأرجية) . ومن جهة أخرى ، فإن التفاعل الأرجي المتواسط بالخلايا (نمط الأرج للهنسلين أو نمط الإكريمة) أول ما يظهر بعد ٢٤ - ٤٨ ساعة من نفوذ المستضد (النمط الآجل من فرط الحساسية) . أما الدورة الزمنية للتفاعلات الخلطية المتواسطة بالأضداد والتفاعلات المناعية الخلوية ، فتزود دليلاً قياً في إيضاح الطفوح الدوائية .

لقد صُنفت التفاعلات المناعية الأساسية من قبل كل من

المجلد ١٠ - ١ : التفاعلات الأرسية وفقاً لكمس وجل مع مكافئاتها من الأمراض السريرية

نظم التفاعلات	التفاعلات التبادلية : تفاعلات أرجية من النظم الماحل	النظم I.	النظم II.	النظم III. : تفاعل المقدم الماحلي	تفاعلات أرجية بالوسطة بالخلايا ، غير خلطية : تفاعلات أرجية بالنظم الأجل
المستعدي	التفاعل الثاني	تفاعل الانسداد الحولي	نظم أرتوس	نظم مرض الفحل	نظم الإكزمية
المستعدي	الأدوية ، مواد غذائية ، مضاعفات الطعام ، ذيفان حشرات ، بروتينات غريبة (العسل ، اللقاحات)	الأدوية ، بروتينات غريبة (العسل ، اللقاحات)	الأدوية ، مستضدات جرثومية	بروتينات أجنبية (قنبيع ، خلاصات خلوية طازجة) سترنوكيتاز ، محضرات مذبذبة التأثير	الأدوية ، مستضدات جرثومية مستضدات ذاتية ذات وزن جزيئي منخفض (أدوية ، مواد مهيجة ، مروبات)
الأضداد	IGE ، IGG ، أضداد غير مرضية ، غير مبنية للمستعدي ترتبط بالخلايا البدينة والكريات البيضاء الأمسة .	تفاعل أضداد (IGA ، IGM ، IGG) مع الغذاء الحولي أو ربط المستعدي مع النعمة المنقلة .	تشكل الأضداد IGA ، IGG ، IGM مع المستضدات المرتبطة بالنعمة معقدات مناعية ذروية .	كافي نظم أرتوس .	خلايا الانزهاض ، لخاريات نوعية ، لخاريات ذاتية عسمة نوعيا ، تفاعل مستضدات خازجة أو داخلية مستضدات مع الساتراج (قانس) مستضدات (مستضدات)
الوسطاء	الوسطاء	الوسطاء	الوسطاء	الوسطاء	الوسطاء

[illegible]

لكنها تصبح مستضدات تامة في الجسم إما مباشرة أو بعد أن يرتبط استقلالها بالبروتين .

II. تفاعل الانسجام الخلوي Cytotoxic Reaction : غالباً ما تحدثه الأدوية ، حيث ترتبط المستضدات بسطوح الخلايا . ففي الشخص المحسس ، ترتبط أضداد خلطية IgG و IgM سوية مع المستضد المرتبط بالغشاء الخلوي ، أو مع مستضدات الغشاء الخلوي مشكلة معقدات مناعية والتي تستهلك المتممة . هذا وتنفعل جملة المتممة أثناء هذه العملية مؤدية إلى أذية خلوية وإلى انحلال خلوي محتمل . وتم هذه العملية عند الشخص المحسس خلال بضع ساعات .

أما المكافآت السريية لهذا النمط من التفاعل فتجلى بفقر دم انحلاي مناعي حاد ، وقلة صفيحات أرجي ، وقلة محببات أرجية أو انعدام المحببات .

III. تفاعل المعقد المناعي Immune Complex Reaction : ويمكن أن يقسم إلى نمطين من التفاعل وهما : التفاعل من نمط أرتوس وتفاعل نمط مرض المصل .

التفاعل من نمط أرتوس : عندما يكون هناك وفرة في المستضدات الذوابة ، فإن المعقدات الضدية - المستضدية الذوابة تتشكل في الدم أو في النسج ، وتتفاعل الأضداد من نوع IgG ، IgA ، IgM مع المستضدات الذوابة وبواسطة المتممة . ويؤدي ترسب مثل هذه المعقدات المناعية في الأوعية الدموية أو في منطقة الغشاء القاعدي ، مع تفعيل جملة المتممة إلى زيادة كل من النفوذية والانجذاب الكيميائي للعدلات ، مع انطلاق الإنزيمات المحلولة . ونتيجة لذلك تحدث التهابات نخرية مترافقة بنزف وتكسر الكريات البيضاء . والمستضدات الرئيسية هي : الأدوية ، والمكونات الجرثومية ، أما زمن التفاعل فيتراوح ما بين بضع دقائق ، ويصل حتى إلى حوالي ١٥ ساعة .

أما أكثر المكافآت السريية لهذا النمط من التفاعل فتكون من أشكال مختلفة من التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض الأرجي ، ومن كل من متلازمة سويت Sweet ، متلازمة مجازة الأمعاء Bowel bypass ، بالإضافة إلى ظاهرة أرتوس الموضعية أيضاً (راجع الشكل ١٠ - ١) .

تفاعل نمط مرض المصل : يظهر المرض عادةً بعد زمن كامن يتراوح بين ٤ - ١٤ يوماً (غالباً من ٩ - ١٠ أيام) ، وتالياً لتعرض شخص غير متحسس سابقاً للمستضد . أما الملاح الخاصة لهذا التفاعل فتعزى إلى ترسب مستضدات كثيرة عند المصاب (مثال : بنسلين مديد ، محضرات مصلية) ، ومنها ، حتى بعد التحسيس ، وفرة المستضد المفيد في تشكيل المعقدات

المناعية . وقد ينجم أيضاً نوع مشابه من التفاعل إذا ما أعطي الدواء يومياً ولمدة طويلة . وبعد أن يكون التحسيس قد أخذ مكانه ، تؤدي تشكلات المعقدات الضدية - المستضدية وترسباتها في جدر الأوعية الصغيرة إلى صورة كاملة لمرض المصل . أما هذه الصورة فتتضمن على حمى ، وطفوح شروية أو حمامية ، والتهاب غدد متعدد ، وألم مفصلي متعدد ، والتهاب مصليات متعدد ، والتهاب أنف حاد . أما الأعراض الأقل وضوحاً والتي قد تحدث فتتضمن على شرى حاد أو منطقة حمراء جاشة ومتورمة في أماكن الحقن والتي قد تصبح أيضاً نخرية نزفية . كما ويعتبر حدوث فرغرية في الراحتين ، وصفياء في مرض المصل . أما المصنوع الغريبة المتضمنة على بروتين (معظمها مصل حصان) والمستحضرات ذات التأثير المديد وخاصة البنسلين المديد أو الستربتوكناز ، فهي مستضدات صافية .

IV. (الرابع) : التفاعلات الأرجية الخلوية المناعية : تكون التفاعلات في هذا النمط متواسطة بالخلايا حيث تتفاعل لمفاويات / ت / المحسسة مع أضداد خارجية أو داخلية ، علماً بأنه ليس للأضداد الجوال في الدم علاقة بهذا التفاعل . فبعد التحسيس بالمستضد لا يحدث تفاعل التهابي إلا بعد أن تنقضي فترة كافية تبلغ ما بين ١٢ - ٤٨ ساعة من تكرار التعرض ، ومن ثم جاء مصطلح فرط التحسس من النمط الآجل . هذا ويمكن تمييز نوعين من التفاعلات في هذا النمط .

تفاعل نمط السلين : فيعد أن يُقدّم المستضد من قبل البلاعم ، تتفاعل للمفاويات المحسسة مع المستضد الذي يتوضع عادة في محيط الأوعية الجلدية . ومن خلال ربط نوعي للمستضد إلى سطوح للمفاويات التي تحمل مستقبلات نوعية ، يحدث تفاعل تتحرر فيه اللمفوكينات ، مثل العامل المثبط للبلاعم (MIF) ، العامل المثبط للكريات البيض (LIF) ، أو الذايفان اللمفي ، يؤدي ذلك إلى تفاعل خلوي التهابي مع توسع وعائي ، وإلى زيادة النفوذية ووذمة . أما الأعراض السريية المختلفة التي قد تظهر فتتعلق بشدة تفاعل النسيج الذاتي .

اعتبرت الطفحيات الأرجية على أنها التظاهرات السريية لهذا النمط من التفاعل . وعلى هذا تتجلى التظاهرات السريية لهذا النمط ، وعلى سبيل المثال ، بالطفوح الدوائية الحصبوية الشكل ، والقرمزية الشكل ، والحميرانية الشكل . ومن المحتمل أن تتظاهر بحمامي عديدة الأشكال ، وحمامي عقدة أيضاً ، إضافة إلى تفاعلات دوائية شبيهة باللمفوم الكاذب والطفوح الدوائية الثابتة .

الطفوح الدوائية قرمزية الشكل ، حصوية الشكل وهيائية الشكل :

تكون الطفحيات البقية ، التي تذكر بأحد الأمراض الخمجية الموافق ، أكثر حدوثاً وتطوراً إلى الشكل المعمم من فرط الحساسية المتوسطة بالخلايا من غط السلين (النمط ٤ لكومبس وجيل) والتي تحدث غالباً بعد ٢ - ٣ أيام من التعرض في المرضى المتحسين . غير أنها غالباً ما تحدث حوالي اليوم التاسع وحتى ١٨ عند الأشخاص غير المحسسين سابقاً . وغالباً ما تترافق هذه الطفوح الدوائية باحمرار وذمي التهابي يشبه الفراشة يتوضع على الوجه ، كما تترافق بأعراض عامة أيضاً : حمى ، قلة الكريات البيضاء والصفائح . هذا وتذكر تلك الطفوح والأعراض بالذأب الحمامي الحاد . أما في المصير الأبعد لتطورها فقد يحدث نزوف وحوصلات وبثور وحتى نخور في المناطق الطفحية .

الأدوية المحدثّة Eliciting Drugs :

المسكنات ، خافضات الحرارة والعوامل المضادة للالتهاب : فيناسيتين ، فينيل بوتازون ، أوكسي فينيل بوتازون ، أسبرين ، أندوميتاسين .

الصادات : بنسلين ، سترپتومايسين ، التراسيكلينات ، كلورامفينيكول ، إيريثرومايسين .

الأدوية المضادة للصرع : مشتقات الهيدانتوين ، الأدوية المحتوية على البيلادونا .

عوامل المعالجات الكيميائية : السولفوناميدات ، إيزونيازيد ، نترفوراتيون .

النومات : الباربيتوريات ، هدرات الكلورال .

الأدوية الموجهة لمعالجة الذهان Psychotropic : كلوربرومازين ، ميروبامات ، نروديازيبين ، فينوتازين .

المعادن الثقيلة : أملاح الذهب .

الطفوح الدوائية البقية الشروية :

قد تتطور هذه الطفوح من طفح دوائي بقعي وذلك من خلال تزايد المظاهر الشروية أو من خلال تظاهر بدني آخر بصورة شري حاد (راجع الشكل ١٠ - ٢) .

الأدوية المحدثّة :

المنجات : بروكاثين ، و Caines ، الأخرى .

المسكنات ، الصادات (البنسلين ، الأميسيلين) .

المطهرات ، عوامل المعالجات الكيميائية (السولفوناميدات) .

تتمحور غط الإكزيمة : على النقيض من الأرجية الخلوية لنمطين . فإن الأرجية الخلوية لنمط الإكزيمة ترتبط بالبشرة شكل عم . وعلى الأرجح فإن المستضدات (المستأرجات Allergens) التي تنفذ من خلال الطبقة القرنية ترتبط بخلايا ذاغرهانس داخل البشرة ، وتقدم إلى اللمفاويات « ت » قبل ظهور اللمفاويات التائية النوعية ، والمراقب من قبل كل من خلايا التائية المساعدة ، والخلايا التائية الكابتة . هذا ويؤدي عدة أحماس خارجي أو الداخلي ، بعد حدوث التحسيس مع مستأرجات بالتحاس إلى تفاعل ضد - مستضد على سطح خلايا اللمفاوية التائية ويترافق بتحرر اللمفوكينات وتفاعل انتهائي من نمط الإكزيمة . أما التظاهرات السريرية الوصفية مكافئة لهذا التفاعل فتجلى بالتهاب جلد تماسي أرجي حاد ، وكرتية أرجية تماسية مزمنة ، وعديد من الطفوح الجلدية ذات لإصابات البشروية الثانوية مثل التهاب جلد تماسي أرجي دموي نشأ .

وليعلم أن هذا التصنيف التعليمي للتفاعلات الأرجية لأساسية الذي وضعه كل من كومبس وجل ، مفيد ولكنه محدود . وينبغي أن ندرك أيضاً بأن هذه التفاعلات ذات الأنماط متعددة قد تكون مرتبطة ، وبأن واحد ، بتظاهرات الأعراض سريرية .

التظاهرات السريرية والسيببات

: Clinical Features and Etiology

تتضمن الطفوح الدوائية على الجلد عدداً كبيراً من الأشكال السريرية الشكلية المختلفة . كما وأنه من المستحيل بناء استنتاج حول طبيعة الدواء المحدث من الأعراض السريرية الشكلية في معظم الحالات . هذا وقد يحدث دواء واحد أنواعاً مختلفة من التفاعلات الدوائية حسب المكان الذي يتم فيه التفاعل الإيمراضي .

وبشكل عام ، فإن الطفوح الدوائية تتوزع بشكل متعمم ومتناظر من جراء تحريضها الدموي . كما ولوحظ أن هذه الطفوح تفضل التوضع على السطوح الانبساطية للأطراف . ومن المحتمل أن تشمل الأغشية المخاطية بتوضعها (طفح باطني Enanthem) . ويسبب العديد من الطفوح الدوائية ، الحككة ، ويرافق الطفوح كثرة الحمضات غالباً . ويجب ألا يغرب عن الذهن دوماً بأن التأثيرات الجانبية للدواء قد تشمل بتوضعاتها الأعضاء الداخلية أيضاً فتحدث : الحمى ، وفقر دم ، وقلة الكريات البيض والصفائح ، وبيلة آحينية ، وزرام Anuria ، والتهاب كبد ، والتهاب عضل القلب ، والتهاب كلية . ويجب توقع حدوث حالات ربوية .

المهرمونات (الأنسولين ، خلاصات الغدد الهرمونية) .
 المليّنات (المتضمنة على الفينول فتالين ، الأفيونات) .
 والأشعة السينية بأوساطها المتباينة ، المصول (دم ، مصول مناعية) .
 منتجات الدم (كامل الدم ، مصل ، مصول مناعية ، لقاحات) .

الطفوح الدوائية الحمامية الحويصلية :

تحدث هذه الطفوح ثانوياً على طفحية بقعية منتثرة نتيجة لالتهابات نضحية متزايدة . وقد تكون هذه الطفوح معبرة أحياناً عن الأرج أو عن التهاب جلد تماسي دموي المنشأ ، حيث أن تلك الطفوح تحدث بديئاً تغيرات حويصلية حمامية ، أو حويصلية حطاطية . ومع ترقى الآفة ، قد تحدث حمامى وذمية حويصلية نازة ، لأن مناطق واسعة من الآفة تصبح متلاقية .

الأدوية المحدثة :

الصادات (وخاصة البنسلين) .
 الأدوية المضادة للبرداء ، العوامل المضادة للالتهاب والمسكنات (فينازون ، أو كسيفينبوتازون ، مشتقات البيرازولون ، الساليسيلات) .
 عوامل المعالجات الكيميائية (السولفوناميدات ، الإيزونيازيد) .
 المليّنات (المحتوية على فينول فتالين) .
 والمعادن الثقيلة (أملاح الذهب) .

احمرار الجلد النضحي أو التقشري

: Weeping or Exfoliative Erythroderma

قد تأخذ هذه الحالات التي تحدث غالباً عقب معالجة طويلة الأمد وبسبب التأثيرات التراكمية ، سيراً خطيراً مع ظهور العديد من الاختلاطات (التهاب قصبي رئوي ، التهاب كلية) ، كما أنها قد لا تستجيب للمعالجة .

الأدوية المحدثة :

أدوية الصرع .
 الأدوية المضادة للبرداء .
 مشتقات الهداتوثين .

فينيل بوتازون .
 المعادن الثقيلة (أملاح الذهب ، المركبات الزرنيخية العضوية ، البزموت أو أملاح الليثيوم) .

الحمامى عديدة الأشكال والطفوح الدوائية الحمامية الفقاعية :

يجب أن ينظر إلى هذه التفاعلات الجلدية الدوائية ، والتي

تذكر بالحمامى عديدة الأشكال بشكل جدي لأنها تؤدي إلى أعراض شديدة متعددة الأشكال . وقد تبدو هذه الطفوح أحياناً دون ترافقها بآفات هدفية (قرحية الشكل) ، كما هو الشكل الوصفي للحمامى عديدة الأشكال ، كما أن لهذه الطفوح ميلاً واضحاً للانتشار بشكل جاذب Centripetal . وقد تؤدي الإصابة الشديدة في الأغشية المخاطية والمنظمة إلى حالات تهدد الحياة .

هذا وربما يمكن اعتبار الدواء المحدث لتلازمة لايل كشكل أكثر جدّة وخطورة من أشكال هذه الطفوح . وغالباً ما تبدي القصة السريرية عمليات مشاركة يكون فيها لكل من التهاب اللوزات الحاد ، والذّباح بالعقديات والانفلونزا والدواء ، دوراً باعتبارها عوامل مسببة . هذه المشاركة تفسر الملاحظات التي كثيراً ما يكون فيها تناول الدواء المشكوك فيه محتملاً ولا يحدث تفاعلاً . ومع ذلك فإنه يجب عدم التعرض .

الأدوية المحدثة :

الصادات (بنسلين ، تراسيكلين) .
 الكاربامازيبين .
 المدرات .
 مشتقات التيازيد .
 الهداتوثين ومشتقاته .
 النمومات والباربيتوريات .
 الإيزونيازيد .
 الفينوتيازين .
 الكينين Quinin .

والكينيدين Quinidine .

البيرازولون - السولفوناميدات (وخصوصاً ذات التأثير المديد) . وعلى كلٍ فقد عرف أيضاً العديد من الأدوية الأخرى ، مثل الأدوية الموجهة للذهان ، وأملاح المعادن الثقيلة ، والمليّنات المحتوية على الفينول فتالين ، ومشتقات السولفونيل يوريا (Sulfonyleurea) كمسببات للحمامى عديدة الأشكال .

متلازمة لايل Lyell المحدثة بالدواء : [١٩٥٦ : Lyell]

المرادفات : انحلال البشرة النخري الانسمامي (TEN) ، انحلال البشرة النخري اشتعالي الشكل Combustiformis ، انحلال البشرة السمي الحاد ، متلازمة الجلد السمطي .

التعريف : إن متلازمة لايل هي شكل منتشر وخطير من الطفح الدوائي الحمامي الفقاعي والتي تأخذ سيراً حاداً ومميتاً في حوال ٣٠ - ٤٠٪ من الحالات .

سلفا ميتويل	Sultiam
سلفادوكسين	مضادات الرئية :
مشتقات حمض الفثاليك	الفيمازون
السالييلات :	فينيل بوتازون
الأسبرين	أمينوفينازون
الفيناسيتين	أوكسيفين بوتازون
فوسفات الكوديه ثين	بينوكسابروفين
سلفات الإيزوبرينالين	الباريتوريات :
السليلايد	أموباريتال
بروفينازون	بوتوباريتون
ميتانيزول	فينوباريتال
المصل المضاد للكرزاز	الفينوتيازينات :
متنوعات :	كلوروبرومازين
Silver protein	بروميتازين
acetyltannate	مسحوق دوفر :
تراكورول إيتيلين	الصادات والأدوية المثبطة
صبغة الفليفلة الحمراء	للسل :
الفيتامين ب ٦	Ancoloxin
كليوكينول	الكولورامفينيكول
أشباه قلوبات البلادونا	الإيزونيازيد
ديمثيل ييردين	النوميسين
فورمتول	حمض
ميكليزين	أمينو ساليسيليك - ب
م - كلوروفينول	البنسلين (بروكائين)
نروكاربازول	بنسلين ج بتراين
زيت شينوبودي	سيراميسين
بارالدايد	ستريومايسين
البتيدين	انتراميكليينات
	السولفوناميدات :
	أستازولاميد

الأعراض: يكون المريض عليلًا جدًا وينتابه ترفع حروري شديد ، وأحياناً يصاب بوسن وإنهاك من جراء تنخر مناطق واسعة من الجلد . كما يحدث اضطراب في الشوارد وفي توازن السوائل نتيجة لضياح مقادير كبيرة من سوائل الجسم . أما الاختلالات المألوفة ، والتي لا تظهر قبل الأسبوع الثاني والرابع ، فهي التهاب قصبي رئوي ، والتهاب كبب و كلية والتهاب الكبد .

الموجودات المخبرية : يعتبر كل من ارتفاع سرعة التثفل ، وقلة اللمفاويات ، وزيادة أجزاء الغلوبولين ألفا وبيتا في المصل موجودات نموذجية . وقد يوجد في البول علامات لإصابة

الإمراض : كقاعدة ، تشير القصة إلى تجمع حوي غامض مع تسول أدوية ، على الرغم من أن ٢٠٪ من المرضى ينكرون ذلك . هذا وقد يحدث المرض في أي عمر ، كما أن إمراض الآفة م يزول غير مؤكد حتى الآن . غير أنه ورد ذكر كل من انحساس الذاتي الولادي وتفاعل شفارتزمان - ساناريلي . ونقد أوحث كل من اختبارات فوق الجلد الإيجابية ، واختبارات تحول اللمفاويات مع الدواء المحدث بتفاعل من الفط متأخر . هذا وبعد من أكثر العوامل المسببة لهذه المتلازمة كل من : البيرازولون ، ومشتقات الهدانتوئين ، ونسولفوناميدات ، والباريتوريات . كما اعتبر للعديد من لأدوية علاقات سببية (انظر الجدول ١٠ - ٢) نذكر منها عى سبيل المثال : فينيل بوتازون ، أوكسي فينوتازون ، بينوكسابروفين ، الكينين ، البنسيلينات ، نترفورانتوئين ، ملاح الذهب ، الكلورامفينيكول ، التتراسكليينات ، أويورينول وأستازولاميد Acetazolamide .

الموجودات السريرية : تظهر طفحية حمامية لطخية منتثرة على انوجه والسطوح الانبساطية للأطراف وذلك عقب تجمع بلعومي أنفي بسيط ، أو أعراض غير واضحة من حمى خفيفة وقصة تناول أدوية . يتلاق الطفح بسرعة فوق مناطق واسعة وتظهر نقاط رخوة كبيرة ، كما ويحصل انفصال بشروي سريع على مناطق واسعة كما في السمط الواسع ، ومن هنا جاءت التسمية بمتلازمة الجلد السمطي . أما ظاهرة نيكولسكي فهي إيجابية ، حيث تنسلخ البشرة من قاعدتها عند تطبيق ضغط جانبي أو ملتو . كما أن الإصابة المبكرة للأجفان العلوية والسفلية أهمية قيمة وتنجلي بحدوث تآكل سريع مع جليبات نزفية (راجع الشكلين ١٠ - ٣ و ١٠ - ٤) . وتبدى المتحممة تغيرات النهاية جسيمة مع ميل لظهور التصاق ملتحمي ، كما قد يحدث التصاق ما بين المتحممة وانقرنية خلال ٢٤ ساعة بسبب المفرزات الغنية بالفيرين . وتبدى الأغشية المخاطية لكل من الفم والأعضاء التناسلية تآكلات وتقرحات احمرارية ذات جليبات نزفية . وقد تحدث بسرعة التصاقات خاصة عند النساء ، علماً بأن هذه التظاهرات تسبب وجعاً شديداً وألماً حارقاً .

الجدول ١٠ - ٢ : الأدوية التي تتداخل في إحداث متلازمة لاييل

الأمينوتيازول	سلفامتوكسي ديازين
الإيتوفورم	كاربوتاميد
Anesthesin	سلفاتيازول
مضادات لاحتلاج :	سلفاميتيل ديازين
ميفينيتوئين	سلفاميتيل ديازين
التريميدين	سلفامتوكسي بيريدازين

كلوية ، ويجب تعيين مكدهاس الدم Hematocrit إذا ما حدث هناك تجفاف .

التشريح المرضي النسجي : يكون النخر الحمضي في البشرة وصفيًا . ويحدث انفصال البشرة المتنخرة عن الأدمة مع تغيرات طفيفة في الأدمة العليا ، ووذمة التهابية مع توسع وعائي ملحوظ (ويدعى بالأدمة الفارغة) . ولا تشكل التفاعلات الالتهابية الخلوية جزءاً من الصورة المبكرة من متلازمة لايل الحديثة دوائياً .

المسار : يأخذ المرض سيراً حاداً محدثاً للوفيات في حوالي ٣٠٪ من الحالات . أما الإنذار فيصاغ بمحذر حيث أنه يستند على مدى انتشار الآفة ، وعلى الاختلاطات الداخلية المحتملة ، إضافة للحالات السطحية الشديدة والتي يمكن أن تصيب أكثر من ٣٠ - ٤٠٪ من الجلد . وكنتيجه للتفاعل السمي الحاد والخطير تظهر ، ولكن بشكل قليل ، اضطرابات عابرة في نمو الأطفال أيضاً (أخايد Beau - Reil) ، وقد تنطرح جميع أظفار الأصابع والأباض . وقد تنتج تشكلات ندية مؤدية لعدم حدوث نمو جديد للأظفار . وكثيراً ما تشاهد حاصة انسامة منتشرة على الرأس . وتشفى الآفات الجلدية دون تندبات إذا ما كان المرض غير شديد ، كما أشير إلى ميل المتلازمة لتشكيل التصاقات في الملتحمة والأغشية المخاطية .

العلامات المساعدة في التشخيص : حمى فقاعية معممة شديدة مع تغيرات جلدية شبيهة بالسمط Scald وانفصال البشرة في مناطق واسعة تالية لخمج أو معالجة دوائية . هذا ويظهر المقطع المجدد أو المثبت نسجياً لسقف النفاطة وجود نخر إيوزيني - هبالي في كامل البشرة .

التشخيص التفريقي : يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار متلازمة لايل بالنعقوديات (التهاب الجلد التقشري عند الوليد) . وتنجم هذه المتلازمة عن الذيفان الخارجي للنعقوديات Epidermolysin وتصيب الأطفال الصغار وحدثي الولادة . ويمكن أن يعتمد التفريق بين المتلازمتين ، وحتى في مراحلها المبكرة ، على الاستقصاءات النسجية (مقطع مجمد) لسقف النفاطة ، حيث نجد في متلازمة لايل الحديثة بالدواء انفصلاً في منطقة ما تحت البشرة ، ويتكون سقف النفاطة فيها من كامل البشرة المتنخرة . في حين يحدث انفصال البشرة في متلازمة لايل بالنعقوديات أسفل الطبقة القرنية وأعلى طبقة مالبيكي ، ولذا فإن سقف النفاطة أو الحويصل يتضمن هنا على طبقة قرنية وحبيبية فقط ، وقد يشتمل على بعض الخلايا الشائكة في بعض الحالات ، والتي تبدي بعض التنخرات القليلة . هذا وإن التمييز بين المتلازمتين هام جداً لتوجيه المعالجة .

كما يجب تمييز الأشكال الوحيدة من الحمى عديدة

الأشكال (متلازمة ستيفن - جونسون) ، حيث أن الآفات الجلدية تبدي تفاعلاً التهابياً خلوياً بالمفاويات بشكل ملحوظ . أما الآفات التي وصفت سابقاً تحت اسم « الفقاع الحموي الحاد أو فقاع القصبين » فليس لها كيان مستقل في الواقع وتندرج حالياً ضمن متلازمة لايل .

المعالجة : يجب معالجة المرضى المصابين بهذه المتلازمة في وحدات عزل منفردة لدرء خطر الخمج الكبير ، حيث تكون التسهيلات من حرارة ورطوبة متوفرة في تلك الوحدات ضمن شروط مثالية . هذا وتكون المعالجة لهذه المتلازمة وفق معالجة الحروق ، وينبغي تقدير مدى انتشار متلازمة لايل اعتماداً على قوانين الحروق أيضاً . ويوصى بالعناية المشددة بشكل باكر قدر المستطاع إذا ما اختلط سير المرض ، وأكثر ما يحدث هذا الاختلاط عند المسنين .

القواعد الأساسية للمعالجة تتبع ما يلي :

- معالجة فقدان الحرارة بتزويد الجسم بالدفء المناسب .
- معالجة فقدان البروتين والسوائل ومراقبة القلب والوظيفة الدورانية ، وعلى الطبيب أن يلتزم بالقواعد المطبقة في معالجة الحروق .

- المعالجة للتخفيف من الالتهاب : وهذه لا تزال موضع نقاش . ففي حين كانت خبرتنا (المؤلفين) تقوم على زرق الستيروئيدات القشرية السكرية (٨٠ - ١٠٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يكافئه) والتي وجبت مفيدة في المراحل المبكرة لمتلازمة لايل الحديثة بالدواء ، فإن آخرون يعتبرون أن معالجة مثل هذه الحالات بالستيروئيدات القشرية السكرية ليس لها أية فائدة .

ويجب عدم تطبيق العوامل المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية لخطورها في إحداث فرط التحسس . ومن المهم أن نكون متأكدين بأن الإصابة ليست بمتلازمة لايل النعقودية قبل الإقدام على تطبيق المعالجة الستيروئيدية ، إذ أن الستيروئيدات السكرية بذاتها هي مضاد استطباب في متلازمة لايل النعقودية . ويجب أن يعالج الخمج الثانوي بصادات واسعة الطيف . ويمكن أن يشخص الخمج الثانوي باكرأً بالمراقبة المستمرة لنبيت Flora سطح الجلد ثم يعالج بعدئذ . وتعطى هنا المعالجة بالصادات واسعة الطيف مثل الاريترومايسين لأنه ذو قدرة كامنة قليلة للتحسس . هذا ولا يستعمل البنسلين أو مشتقاته أو الأميسيللين في المعالجة .

- أما الاختلاطات الداخلية والتي يمكن أن تحدث في الأسبوع الثاني أو الثالث ، فيجب أن تعالج من قبل الاختصاصيين الداخليين .

أن تتم بعناية فائقة وباستعمال جرعات صغيرة جداً من المستنضد .

الأدوية المحدثه : إن أهم العوامل المحدثه لهذه الآفة هي : أملاح الذهب ، هيدروكلوروتيازيد ، بنزوترياديازيد ، السولفوناميدات ، مشتقات البيرازولين ، الاندوميتاسين ، الفورسيميد ، كما يمكن اعتبار الأدوية التالية عوامل مسببة : الأسبرين ، حمض أمينو ساليسيليك - ب ، الفينوتيازين ، العوامل المثبطة للتكاثر الخلوي ، ديجيتوكسين ، الإيزونيازيد ، ميتيل دوبا ، الهدانتوين والعديد من العوامل الأخرى .

الفرقية الصبغية المتريفة Progressive Pigmented Purpura :

الملاحظات : الفرقية المزمنة المتريفة ، الجلاد الصبغى المتري ، داء شامبرغ Schamberg . وصف هذا الجلاد بالتفصيل في الفصل الثالث والعشرون من هذا الكتاب . ولم يفهم إمراض هذه الفرقية حتى الآن بشكل كامل ، لكنه من المحتمل أن يكون متضمناً للنمط الآجل من التفاعل الأرجي المتوسط بالخللايا (النمط ٤) مع تفاعل التهاى في الأوعية الدموية ، إضافة لفقدان الكريات الحمر من الأوعية الشعرية المتوسعة . وهكذا فإن الأساس الإمراضى للآفة يكون عبارة عن التهاب شعيريات مع تسرب الكريات الحمر . هذا وتنشأ هذه التظاهرات بعد فترة طويلة من أخذ الدواء ، وتتطور بشكل خاص على الأطراف السفلية صعوداً حتى تصل إلى المنطقة الخشيلة ، ويمكن أن تظهر بشكل أقل على الأجزاء القاصية من الأطراف العلوية .

أما الأدوية المحدثه لهذا المرض فهي مركبات الكارباميد والتي تعمل كمنومات ضعيفة ، والأدوية الموجهة لمعالجة الدهان كالديازيبام الذي يمكن أن يؤدي لحدوث تفاعلات جلدية من هذا النوع . ويمكن أن يبنى التشخيص اعتماداً على الفحص النسجي ، أو بواسطة إيقاف الدواء ، أو بإجراء اختبارات . وفي بعض الحالات ، وخاصة تلك التي تتضمن تغيرات جلدية ناجمة عن الفرقية ، يمكن إجراء اختبار بقعي يستعمل فيه المستنضد الموافق بتطبيقه على ظهر المريض ، وأفضل من ذلك ، تطبيق المستنضد على منطقة الجلد المصابة . حيث يبدى ذلك الاختبار استجابة إيجابية ، أو يبدى نسجياً تفاعلاً إكزيمياً .

التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض كفاعل دوائى :

ويحدث هذا نتيجة التهاب أوعية أرجي خلطي بمعقد مناعى (التفاعل نمط ٣) ، يتوضع في الأوعية الدموية للجلد والأغشية المخاطية ، وقد وصف هذا المرض بتفصيل أكثر في مكان آخر (الفصل : ٢٣) . ويلعب قسم من المستنضدات

- إن المعالجة الموضوعية المناسبة ضرورية ، وتتضمن المراقبة مستمرة ، والمعالجة الباكرة للعيون والأغشية المخاطية ، وترك نشرة المتخثرة في مكانها طالما لم يطرأ عليها خمج ثانوي . ومن جهة أخرى فإن المعالجة يجب أن تكون كمعالجة الحرق مفتوح ، ويساعد تطبيق الرقاقة المعدنية Metallic Foil والغطاء غير اللاصق في معالجة بعض المناطق . أما التظهرون فيمكن تمجيل به فيما بعد بتطبيق ضمادات من الصادات والمراهم .

إنذار : ويعتمد في حالة متلازمة لايل أساساً على المعالجة خذرة للمريض والمعنى بها .

الطفوح الدوائية النزفية الحمامية والنزفية والفقاعية النزفية :

عندما تحدث هذه الطفوح في الأجزاء القاصية من الجسم (الأليتين ، نهايات الأطراف العلوية والسفلية) ، تحصل اختلاطات نزفية كنتيجة للأذيات الوعائية الشديدة مع تسرب عدد كبير من الكريات الحمر خارج الأوعية . ويكون اختبار روميل - ليد Rumpel - Leede وهيس Hess إيجابياً بشكل عادي ، بينما تبقى الصفائح والتجلط طبيعيان .

الأدوية المحدثه :

- الصادات .
- أملاح الذهب .
- مشتقات الهدانتوين .
- المنومات (الباريتوريات) .
- الاندوميتاسين .
- المليينات المحتوية على فينول قتالين .
- البيرازولونات (الفينيل بوتازون) .
- السولفوناميدات .

فرقية قلة الصفائح Thrombocytopenic Purpura :

ويحدث هذا المرض نتيجة تفاعل انسمامي أرجي (النمط ٣ III) عند مريض متحسس . أما المنظر السريري ، فهو منظر فرقية قلة الصفائح مع كدمات وانصبابات دموية وقروص . ويمكن في مثل هذه الحالات ، تأكيد الإمراض المناعى لهذا التفاعل بواسطة اختبار ترص الصفائح الدموية . ففي هذا الاختبار يضاف كل من الدواء ومصل المريض إلى الصفائح ، فإذا ما كان هنالك وجود للأضداد فإنه يحدث ترص في الصفائح ، ويتم الانحلال حالما تضاف المتممة .

- وكثيراً ما ترتبط فرقية قلة الصفائح بأذية الأوعية الشعرية (إيجابية ظاهرة روميل - ليد أو هيس) والتي قد توحى بفعل مشترك . أما عند المرضى المصابين بفرقية قلة الصفائح فإن الاختبارات التي تجرى لتأكيد التشخيص يجب

الجراثيمية ، والورمية ، والأدوية العلاجية دوراً هاماً في حدوث هذا الالتهاب .

وكثيراً ما ينجم التهاب الأوعية الأرجية المحدث بالدواء ، أو التفاعلات الشبيهة بالتهاب المفاصل المتعددة ، عن تناول السولفوناميدات ، بنزوتيازين ، مشتقات البيرازولون ، الاندوميتاسين ، التيويوراسيل ، التيازيد ، ومشتقات الهدانتونين . لكن مثل هذه التفاعلات قد تنجم أيضاً عن أدوية أخرى كالمستحضرات المحتوية على الإيودين ، وأملاح الذهب ، والعوامل الموجهة لمعالجة الذهان ، مثل Amitriptyline أو البروميدات . ومن المهم من الناحية الإيمراضية أن نشير إلى الآراء التي تعتبر الصادات مسؤولة عن هذه الآفات . وليس بعيداً أيضاً وجود مشاركة في المسؤولية بين الخمج والدواء .

التفاعلات الدوائية الشبيهة بالحمى العقدية :

تتجلّى هذه الآفات بشكل عقيدات ملتية ، حمراء ، محدّدة وموضعة في الجلد وما تحت الجلد وعقد جلدية . أما الحدوث الأكثر شيوعاً لهذه الآفات فهو الشكل الواسع الانتشار على السطوح الانبساطية للأطراف . ويأخذ المرض سيراً حاداً أو تحت الحاد . وعندما تصيب هذه الآفة منطقة الظنبوب حصراً فعندئذ قد يصعب تفريقها عن الحمى العقدية . أما التّكّدم Bruising الوصفي للحمى العقدية فيغيب في العديد من هذه الحالات .

وقد يكون الأساس الإيمراضي لهذه التغيرات ، إمّا تفاعل من النمط الثالث الأرجي أو تفاعل من النمط الرابع السِّليني أو كليهما . هذا وقد يحدث تفاعل من نمط السِّلين حتى أثناء التفاعل الاختباري ضمن الجلد باستعمال المستضد المسبب . والملاحظة الهامة هنا هي كثرة حدوث الحمى العقدية عند النساء اللواتي يتناولن الأدوية المانعة للحمل .

وبصورة عامة فإن نسبة حدوث الحمى العقدية المحدثّة بالدواء أقلّ شيوعاً ، وفي كل حالة يجب نفى الخمج بالعقديات ، وخمج اليرسينية Yersinia ، وسل الجلد والغرناوية . ووصفت كل من حبوب منع الحمل - السولفوناميدات (السولفاتيازول) ، الساليسيلات ، البروميدات ، اليوديدات - إضافةً لأملاح الذهب والجستاجين Gestagens ، بأنها غالباً ما تكون كأدوية مسببة ، وربما تحدث تأثيرات مشتركة (خمج ودواء) على الأكثر هنا .

نخرة الكومارين الزفية

Hemorrhagic Coumarin Necrosis :

تنشأ هذه الحالات أحياناً من النخر ، وخاصة عند النساء المسنّات البدينات في الأسبوع الأول للمعالجة بمضادات التخثر

الدوائية المحتوية على الكومارين ، وتتصف بنخر وكدّمات واحتشاءات نزفية تكون سبباً في حدوث نخرة جلدية شديدة . وترافق هذه التغيرات جميع مركبات الكومارين ، بينما لا يعتبر الهيارين عاملاً مسبباً . هذا وقد تصبح الآفة واسعة لدرجة البتر (مثال : استئصال الثدي) الذي يجب أن يكون في الحسبان . وقد يكون للآلية الإيمراضية لهذا التفاعل علاقة بعوز البروتين C ، ذلك لأن عوزة ليس أرجياً ، ويظن أن لمضادات التخثر هذه تأثيراً انسهماً على ظهاروم الأوعية الدموية . وبالرغم بأنه ليس مؤكداً أن العلاجات السابقة بمضادات التخثر لها تأثير عكسي ، فإنه يوصى بتبديلها بالهيارين عند ظهور مثل هذه الآفات .

أما التخر الناجم عن الباريتوريات أو أول أو أكسيد الفحم فكثيراً ما يحدث على الأطراف (القسم القاصي) ويكون ناجماً عن الانسهم .

الطفوح الدوائية الثابتة

Fixed Drug Eruption :

يشير مصطلح الطفوح الدوائية الثابتة إلى أن الاستعمال المتكرر للدواء نفسه يحدث آفات جلدية موضعة و/أو آفات على الأغشية المخاطية ، متكررة الظهور على الأماكن نفسها من الجلد والأغشية المخاطية . ومن المفترض نشوء هذه الحالات نتيجة للتفاعل الآجل (من النمط ٤) . علماً بأن الأضداد لم توجد مطلقاً في الجلد ، أما حقيقة الاختبارات البقية للمستضد في بؤرة المرض ، والتي قد تؤدي إلى تفاعل التهابي موضع ، فتشير إلى أرجية من النمط الآجل المتوسط بالخلايا .

الموجودات السريرية : تتظاهر هذه الطفوح عادة بآفة مفردة ، قد يتراوح قطرها بين بضعة ميليمترات وحتى ٢ سم أو أكثر ، ويمكن تمييز هذه الآفة من شكلها الدائري والحمامي : الأحمر - القرنفل الغامق ، أو القرنفل الساطع المتوّد . كما تميز بمحدودها الواضحة التي قد تصبح فقاعية . ومن المحتمل مشاهدة شكلية شروية ، عقيدية أو حتى حلّية . وغالباً ما يستمر حدوث الأنماط ذات اللون القرنفل - الضارب للحمرة ، والقرنفل البني أو البني المزرقي لهذه الاندفاعات البقية عدة شهور . وقد تنفصل في الآفة النفاطات الرخوة عن البشرة . هذا وتظهر اندفاعات جديدة نتيجة المعالجة الدوائية المتكررة على المكان الذي ظهرت عليه الاندفاعات السابقة . وتحدث مثل هذه الاندفاعات عادة في مكان واحد فقط ، وقد تحدث في أماكن أخرى إضافية . وتحدث الطفوح الدوائية الثابتة المتعددة البؤر بشكلية وصفية (راجع الشكل ١٠ - ٥) .

أما الأماكن المفضلة لتوضعاتها فهي : الأطراف ، الراحين ، والأخصصين ، الأعضاء التناسلية (وخاصة حشفة

لقصيب أو الصفن) . وقد تظهر طفوح دوائية ثابتة على الأغشية المخاطية أيضاً . وتتصف الآفة بأنها غير حاككة لكنها قد تسبب إزعاجاً حارقاً ، كما تغيب الأعراض العامة . وعند الاستمرار المديد للآفة فإن الشفاء يعقبه حينئذ فرط تصبغ شديد .

وقد تحدث تآكلات عندما تتوضع الآفة على الغشاء المخاطي . وهذه التآكلات قد تشبه الحلاأ البسيط (حدود متعقدة تدور للتآكلات) ، أو الفقاع الشائع ، وذلك عندما تحدث في الفم أو على الملتحمة أو في الإحليل .

الأدوية المسببة :

سكنات ومضادات الالتهاب (باراسيتامول ، بيرازولون مثل نوكسي فينيل بوتازون ، الفينيل بوتازون والفينازون) .

لصدمات (البنسلين ، التتراسيكلينات) .

لعوامل في المعالجات الكيميائية .

هدنتوتين .

لصدمات كالباريتوريات .

لصدمات (الفينول قتالين) .

لصدمات .

وقد يسبب العديد من الأدوية الأخرى أيضاً طفوحاً دوائية شبيهة مثل مركبات الزرنيخ العضوية ، الهالوجينات (يوديدات ، بروميدات) ، العوامل المضادة لليرداء (الكينين ، الكينيدين) الأريترومايسين ، الستاتين ، لندسون ، حمض بارا أمينوساليسيليك أو الأسيتامينوفين .

لما نقصه مرضية فوصفية . ويؤدي تجنب الدواء لنحصول على نتيجة ناجحة . وقد يسبب نسيجياً تأثيراً بشرياً - لصفويث . حزازي أو شبه باخمامي عديدة لأشكال ، ويتراكم بكثرة خلايا انلالية الجلدية ، وقد تنتخر الخلايا البشرية أحياناً .

الضاعلات الدوائية الحزازانية

: Lichenoid Drug Reaction

تتظاهر الطفوح الدوائية الحزازانية على شكل حطاطات حزازانية ، وتظهر في العادة على السطوح الانبساطية والظهر ، لكنها لا تظهر على المناطق الانتقائية لاندفاعات الحزاز المسطح (نرسغ ، الخشقة ، الأغشية المخاطية) . وعموماً ، فإن الآفات تبدأ بعد عدة أسابيع وحتى بضعة أشهر من استعمال الدواء ، كما أنها غريبة ما تشفى تاركة فرط تصبغ واضح ، وقد يحدث ضمور جلدي وآفات شبيهة بتبكل الجلد Poikiloderma .

والإمراض في هذه الطفوح ما زال غير معروف حتى الآن .

ويعتقد بأنه تفاعل حزازاني متواسط بالمفاويات الثابتة لدى الشوي تجاه الطعوم .

الأدوية المسببة :

أسيكلوفير .

الصادات .

العوامل المضادة لليرداء .

بنزوتيايازين .

الدابسون .

أملاح الذهب .

هدروكسي كلوروكين .

مياكرين .

ميتيل دوبا .

البنسلين .

فينوتيازين .

براكتولول .

كينين Quinin .

كينيدين .

مركبات السلفونيل يوريا .

التتراسيكلينات .

المدرات التيازيديية .

أما مفتاح التشخيص فيكون تشابه هذه الآفات مع آفات الحزاز المسطح الذي قد يحدث أحياناً نتيجة لتفاعل ضيائي انسمامي في مناطق الجلد المعرضة للضياء .

الطفوح الدوائية عذية الشكل

: Acneiform Drug Eruption

ليست هذه الطفوح بالأصل أرجية ، لكنها تنجم عن فعل الأدوية على الظهارة الجريبية للجريبات الزهمية (راجع الشكل ١٠ - ٦) .

تؤدي بعض الأدوية أحياناً إلى تفاعلات عذية الشكل ، ومن هذه الأدوية الفيتامينات (أ ، ب ١ ، ب ٢ ، ب ١٢) ، الإيزونيازيد ، الهالوجينات (إيدوين ، برومين ، هدرو كربون مكلور) ، مضادات الصرع (مشتقات الهدنتوتين) ، أدوية السسل (إيتامبوتول ، الإيزونيازيد ، الريفامبيسين) ، فينوباريتال ، تريمتاديون ، والمهرمونات .

وتكون الطفوح الدوائية عذية الشكل وصفية وذلك عندما تنجم عن الهرمونات وخاصة الأندروجينات ، الستيروئيدات الابتنائية Anabolic ، والجستاجينات Gestagens . كما تلاحظ الحطاطات البثرية وحيدة الشكلية في مناطق توضع العد . ولا يوجد زؤان وإنما قد توجد تشكلات زؤانية ثانوية .

وتلاحظ هذه التفاعلات الأخيرة عند استعمال الكلورامفينيكول ، الداكتينومايسين ، الفوروسايد ، أملاح الليثيوم ، والبيرازين .

الحكة Pruritus ، المذل Paresthesia :

قد تكون الحكة العرض الأول للتأثير الجانبي المحدث بالدواء . وإن الحكة هي العرض التحذيري المبكر ، تليها بعدئذ التظاهرات الجلدية عند متابعة أو استئناف تناول الدواء . وقد تشاهد الحكة كعرض وحيد لعدم التحمل بعد استعمال الأدوية المحررة للهيستامين مثل قلوانيات الأفيون والمركبات المشابهة ، بعض العوامل الموجهة لمعالجة الذهان (مضادات الهلوسة) ، وحبوب منع الحمل ، الباربيتوريات ، مشتقات السولفونيل يوريا ، المليينات والسلفوناميدات .

أما المذل فقد يحدث كعرض وحيد ، أو يكون العرض الأول عند حدوث عدم تحمل للدواء ، ويأخذ شكل ألم حارق أو ناخس وكأنه يحدث بواسطة إبرة في الأصابع أو الأبخس أو حول الفم . ويجب أن نتذكر احتمال حدوث المذل أثناء المعالجة بمضادات السل وخاصة الإيزونيازيد أو حمض بارا أمينوساليسيليك ، علاوة عن إمكانية حدوثه أثناء المعالجة المضادة للطفور بالغرغيزوفولفين أو عند تناول الدابسون أو التاليدوميد .

التفاعلات الدوائية غط مرض المصل وطفوح مرض المصل :

ويشمل كلا الشكليين تفاعل متواسط بالأضداد الخلطية من النمط الثالث و يترافق بتشكيل معقدات مناعية . ويحدث تفاعل الأضداد هذا ما بين الأضداد المتشكلة أثناء فترة الحضانة والمستضدات التي لم تلفظها العضوية بعد .

مرض المصل : ويحدث ، كما يشير اسمه ، بعد إدخال مصل مناعي أجنبي المنشأ ، كمصل الحصان عادة ، والذي يعطى كمصل محتو على اللقاح . أما فترة التحسيس فتتراوح ما بين ٤ - ١٤ يوماً وغالباً ما يبدأ هذا المرض بتوذم التهابي حاد ، خشبي ، أو بتفاعل شروي في موضع الحقن العضلي . كما تظهر سريعاً تظاهرات جلدية ، والتهاب عقد لمفية معمم ، وحمى .

طفحجية مرض المصل : وتأخذ هذه الطفحجية توزعاً متناظراً دوماً ، وهي عموماً حاككة بشدة ، وتماثل في شكلها السريرية المسيطرة ، الطفوح الشبيهة بالحصبة أو الشبيهة بالحمى القرمزية ، أو الشرى الحاد ، أو الوذمة الوعائية . أما الطفوح النزفية فأقل حدوثاً .

التظاهرات الداخلية : قد يحدث التهاب مفاصل ، والتهاب الزليلات المتعدد ، وآلام عضلية ، والتهاب أعصاب أيضاً .

ويشير كل من شح البول ، والبيلة الآحينية إلى تغيرات كلوية ، بينما يوحي القيء والإسهالات إلى وجود إصابة معدية . وترتفع سرعة التفل بشكل زهيد ، كما يوجد عادة كثرة معتدلة في عدد الكريات البيض والحمضات . وعموماً فإن الأعراض المرضية تتلاشى خلال بضعة أيام ، ويتراجع ببطء كل من اعتلال المفاصل والتهاب الأعصاب .

هذا وعندما يتبع مرض المصل بإعادة حقن المصل نفسه فإنه من المتوقع حدوث شكليين من التفاعل : فإذا ما مضى على الحقن الأول زمناً طويلاً (سنة أو أكثر) ، فعندها تظهر أعراض داء المصل بعد طور كامن يتراوح ما بين ٢ - ٧ أيام ، أي يكون أسرع من العارضة السابقة مع تفاعل شديد مكان موضع الحقن بشكل خاص . أما إذا كان الحقن الأول حديث العهد ، ونادراً ما يكون مع حقنة أقدم ، فإن التفاعل العاجل يتكشف عن صدمة تأقية (تأق معقد مناعي) . وقد تؤدي الأعراض الحادة والشديدة لحدوث وهط وعائي ، واختلاجات ، وربو قصبي ، وارتقاء المصبرات العفوي ومن ثم إلى السبات فالموت .

التفاعلات الدوائية غط مرض المصل : تحدث هذه التفاعلات خاصة عند تناول المحضرات التي تُختزن في الجسم بغية الحصول على تأثير مديد ولفترة طويلة . وقد يحدث هنا تفاعل المعقد المناعي من النمط الثالث بعد إتمام تشكل الأضداد .

وبشكل خاص ، فإن هذه التفاعلات تلاحظ بكثرة بعد زرقعة عضلية من البنسلين أو بعد إدخال معالجات تتضمن على بروتين ، مثل الأنسولين ، ومعلق خلايا طازجة ، وخلاصات الأعضاء ، وبروتينات أجنبية أخرى . أما سريرياً فقد تظهر جميع أعراض مرض المصل . وعموماً ، وعلى كل حال ، فإن الطفحجية الموصوفة غالباً ما تكون أكثر وضوحاً من الأعراض العامة .

الجلادات المحرشة بالدواء Drug Provoked Dermatoses : [راجع الشكل ١٠ - ٧]

من المحتمل ، استناداً إلى قاعدة الاستعداد الوراثي وأفعال الحرائك الدوائية النوعية للدواء الذي نحن بصدد ، أن يكون لمداداة معينة المقدرة على إحداث الطفوح التي تكون شديدة الشبه أو مماثلة للجلادات المعروفة . وفي كل مرة يحدث طفح جلدي ، فإنه من المهم اعتبار إمكانية التحريض الدوائي . كما أنه من المهم جداً أخذ القصة المرضية بشكل لائق .

الطفوح عدية الشكل : الستيرويديات القشرية السكرية ، الفيتامينات (ب ١ ، ب ٦ ، ب ١٢) الباربيتوريات ، التتراسيكلينات ، مضادات الصرع ، الليثيوم ، النظائر الهالوجينية .

أحد الشائع : المستيروئيدات السكرية القشرية ، الهرمونات (الأندروجينات ، الجسجائين) ، الأدوية الابتائية .
 عند شعوري : الجسجائينات .

نقعا عاني الفقاعي : فوروسيميد ، سالازوسلفايريدين ،
 فيتستين ، بنسيليناميد ، نادولول .

نكسف : فيتوتوئين ، الهرمونات (الأستروجينات ، موانع
 حمل الفموية) .

تهاب الجلد بالتماس واكرمة التماس : الصادات (البنسلين ،
 نيتروبتومايسين ، جنتاميسين ، كاناميسين) ،
 السولفوناميدات ، كليوكينول ، العوامل الموجهة لمعالجة
 نذهان (كلوربرومازين ، فيتوتيازين) ، ميروبيامات ،
 مضادات الهستامين ، بروميتازين ، المدرات (كلورتيازيد
 ومثالثاته) ، المدرات المحتوية على زئبق ، الأدوية المضادة
 لنسكري ، البروكاتئين ، الكينين ، الكينيدين ، الذي
 سولفيرام ، كلورال هيدرات ، الهالوجينات .

التهاب الجلد الحلي الشكل : الهالوجينات ، البروجسترون .

خلل التعرق *Dyshidrosis* : التريكويفتين ، البنسلين ،
 الصادات ، النيكل .

الحمامى متعددة الأشكال : (انظر الفصل : ١٤) .

الحمامى العقدة : (انظر الفصل : ١٤) .

الطفحيات الحزازانية : (انظر هذا الفصل في مكان آخر) .

الطفوح الدوائية الشبيهة بالحزاز المسطح : الزرنيخ ، أملاح
 الذهب ، السولفوناميدات ، الباس ، الكينين ومشتقات
 الكينيدين . مثيل دوبا ، حاصرات مستقبلات بيتا ، مضادات
 البرداء .

النخالية الوردية : الباريتوريات ، كابوبريل ، ميروبيامات ،
 أملاح الذهب ، كيتوتيفين ، ميترونيدازول .

الفقاع الشائع : الزرنيخ ، السولفوناميدات ، بنسيلامين ،
 ريفاميسين ، الأسبرين ، كلوروكين ، سلفاسالازين ،
 إيزونيازيد ، بليومايسين ، فوروسيميد ، فينيل بوتازون ،
 اهيروين ، براكولول ، أملاح الذهب .

الحكاك البسيط تحت الحاد : البروجسترون ، الأندروجينات .

الصداف الشائع : الليثيوم ، الأملاح المعدنية (الذهب ،
 الزرنيخ) ، حاصرات بيتا (وخاصة الباراكيتولول ،
 بروبرانولول ، أوكسي برينولول ، بيندولول) ، مضادات
 البرداء (مياكرين ، برماكين) ، الكينيدين ، اللقاحات ،
 مشتقات الفيتامين آ .

الصداف البشري : كاربامازين ، سيكلوسبورين ، ديلتيازيم ،
 السولفوناميدات ، البنسلين ، الساليسيلات ، الأفيونيات ،
 الستيروئيدات القشرية السكرية ، مضادات البرداء
 (كلوروكين وأشباهه) ، الزرنيخ ، الليثيوم .

اللمفوم الكاذب (التهاب العقد اللمفية الجلدي السليم) :
 مشتقات الهدانتوئين ، فينيل بوتازون ، الساليسيلات ،
 الفيناسيتين ، المتول .

الفرفرية بقلة الصفائح : التهاب الأوعية الأرجي الكاسر
 للمكريات البيض (الفصل : ٢٣) .

الذئب الحمامي : هدرالازين ، إيزونيازيد ، بروكائيناميد ،
 هيدانتوئين ، مثيل دوبا ، فيتوتيازين ، فينيل بوتازون ،
 التراسيكلينات ، البنسلين ، الغريزوفولفين ، براكولول ،
 السولفوناميدات ، بنسلامين ، الأستروجينات ،
 البروجسترون ، مانعات الحمل ، مركبتوبرورين - ٦ ،
 الأملاح المعدنية (الزموت ، الزرنيخ ، الذهب) ،
 تريمتاديون ، برميديون ، تيويوراسيل ، اللقاحات ، المعالجة
 بالبوفا PUVA .

البرفيرية الجلدية الآجلة : الباريتوريات ، هيدانتوئين ،
 السولفوناميدات ، العوامل المضادة للسكري ،
 التراسيكلينات ، الغريزوفولفين ،
 الإيزونيازيد ، هكساكلوروبتزين ، نيتروفينول ،
 الأستروجينات ، دي إيثيل ستيلسترون ، موانع الحمل ،
 الأندروجينات .

البرفيرية المتقلبة *Porphyria Variegata* : الباريتوريات ،
 السولفوناميدات ، الغريزوفولفين ، الستيلسترون ، موانع
 الحمل .

الحاصة أو النفحة (تساقط الأشعار *Effluvium*) المنتشرة :
 نفحة في الطور الانتبائي للأشعار تتعلق بالمقدار العلاجي
 (حاصة من النمط الآجل) ، تحدث بعد ٢ - ٣ أشهر من البدء
 بالمعالجة ، أو يحدث تساقط الأشعار في طور النمو (حاصة من
 النمط الحلي ، حاصة النمط العاجل) بعد ٢ - ٣ أسابيع من بدء
 المعالجة .

هذا ويجب اعتبار كل من الأدوية التالية كعوامل مسببة :
 العوامل الموقفة للتكاثر الخلوي (من جميع الأنماط) ، مضادات
 التخثر (الهيبارين ، مشتقات الكومارين) ، فينيدون ،
 الهرمونات ، موانع الحمل ، الأندروجينات (عند النساء) ،
 الأدوية الموقفة لنشاط الدرق (الكاربازول ومثالثاته
 ومشتقات التيويوراسيل) ، تاموكسيفين ، كلوميدين ، خلاص
 السيروترون .

التشريح المرضي النسجي :

يمكن أن نميز الأشكال المختلفة من الطفوح الدوائية ، الواحدة عن الأخرى بشكل جيد اعتماداً على المعطيات النسجية . كما أن نوع ودرجة تطورها يؤكدان التشخيص التفريقي بينها . هذا وإن النماذج المختلفة للطفوح الدوائية ، تكون على كل حال ، غير وصفية بالنسبة لدواء ما . أما فيما يتعلق بالتفاعلات الوعائية الجلدية ، فإنه وبشكل طبيعي ، توجد آفات التهابية شائعة الحدوث ضمن الأدمة الحليمية والشبكية متضمنة الأوعية الصغيرة . كما يوجد تورم ظهاري مع تورم في جدر الأوعية ، ووذمة حول الأوعية مع ارتشاحات خلوية (التهاب أوعية خلوي) .

هذا ونجد في العديد من حالات الطفحية الحادة أكثر من ظاهرة نضحية . أما في الطفحيات تحت الحادة وحتى المزمنة فنجد في أكثرها ارتشاحات باللمفاويات حول الأوعية ، وهي أكثر وضوحاً على التوالي في الحالات الحادة وتحت الحادة ثم التهاب الشعيرات المزمن . وفي الطفحية النزفية الحادة غالباً ما يتواجد تسرب هام للكريات الحمر ، أو تواجد ركيزة نسجية ، تكون وصفية لالتهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض والتي تتجلى بترسبات ليفينية Fibrinoid على جدران الأوعية مع نزف وزيادة في نسبة العدلات والحمضات من الكريات البيضاء (تحرب الخلايا مع انطلاق الجزيئات المتخربة للنوى المتغلظة) . ويشير هذا النمط من التفاعل ، لتفاعل نسجي مناعي أرجي من النمط الثالث .

أم الطفوح الدوائية المزمنة من النمط النزفي الصباغي في الجلادات فتكون إما من النمط الثالث أو النمط الرابع للتفاعلات المناعية . هذا وتبدي النخرة البشرية لمتلازمة لايل المتعلقة بالدواء تبايناً واضحاً بالنسبة للتغيرات الخفيفة (وذمة ، توسع الشعيرات) في أعلى الأدمة .

الدلائل المساعدة في التشخيص :

قد يكون تشخيص الطفوح الدوائية صعباً وذلك بسبب تنوع التفاعلات الشكلياتية المحتملة وبسبب تشابه تلك الطفوح مع الأمراض التي تنجم عن عوامل أخرى . ولذا فمن المهم دوماً التفكير باحتمالية الطفوح المحدثة بالدواء . أما الإجراءات المشخصة التي نوصي بها فهي ما يلي :

القصة السريرية للطفحية : هذه القصة تكون هامة جداً في الحالات المشتبه بكونها تفاعلاً دوائياً . ويجب أن لا يُسأل المريض عن المعالجات المستخدمة في معالجة الأمراض الشديدة

فحسب ، وإنما يجب أن يُسأل أيضاً حتى عن أي عقار يمكن أن يستخدم في الحالات الخفيفة كذلك الأدوية التي تؤخذ غالباً دون وصفة طبية (المليينات ، حبوب منع الحمل ، الفيتامينات ، حبوب القوت ، القطرات العينية) . كما يجب أن نتنبه إلى المستأرجات في المواد الغذائية .

اختبار الحذف **Elimination Test** : ويتضمن حذف العامل المشتبه بإحداثه للطفحية . هذا وإن لهذا الاختبار قيمة كبيرة ، وليس له خطورة ، إذ يتم شفاء التظاهرة المرضية بعد حذف العوامل المسببة . ويجب الانقطاع عن الدواء المعروف بإحداثه لفعل أرجي . ويمكن أن تجرب إعادة التعرض للتفاعل الأرجي بمحذر شديد بعد اختفاء الطفوح ، إلا أن ذلك يجب أن يتم بالتعاون مع الطبيب المعالج ، وفي حالات خاصة .

اختبار التعرض **Exposure Test** : يفيد هذا الاختبار للتأكد من مسؤولية دواء ما عن إحداث الطفح . ويجب أن يستشار الطبيب المعالج قبل أن يتم إيقاف الدواء ، كما يجب أن يتم اختبار التعرض ضمن المشفى ، وبمحذر ، إذا كان ذلك ممكناً ، لأن إجرائه يتطلب احتياطات كبيرة وعلى الأخص في التفاعل الأرجي من النمط الأول . ويجب أن يجري الاختبار بوجود تجهيزات إسعافية كاملة ، كما ينبغي أن لا تجرى مطلقاً لمريض سبق أن حدث عنده صدمة تأقية ، أو أعراض صدمة شديدة ، أو متلازمة لايل .

الاختبارات في الحي **In Vivo Tests** : تستعمل كل من اختبارات الرقعة الموضعية والحقن الجلدي ضمن الأدمة للتأكد من ضرر الدواء . أما نتيجة الاختبار الإيجابية فتشير إلى تفاعل أرجي للدواء .

الاختبارات داخل الأدمة : يشار بإجراء هذا الاختبار عندما يكون هناك تفاعل وعائي جلدي . وإذا ما كان ثمة شبهة في كون التفاعل الأرجي من النمط الأول فيجب عندها اختبار المستضد (دواء مخفف) بإجراء اختبار الدلك أو اختبار الوخز Prick وذلك قبل إجراء اختبار التزيغ أو اختبار حقن المستضد داخل الأدمة . هذا ويعطى في البدء أصغر مقدار ممكن من المستضد ، وذلك تجنباً لحدوث تفاعل تأقاني أو تأقي .

الاختبارات الرقعية : يمكن أن تدرس هذه الاختبارات عندما تكون الطفحية من نمط التفاعل الآجل (النمط الرابع ، نمط السلين أو الإكزيمة) . هذا وقد يعطي الاختبار نتيجة إيجابية في مكان تفاعل الدواء الثابت أو في الجلادات الصباغية النزفية المحدثة بالدواء .

الاختبارات في الزجاج **In Vitro Tests** : تسهم هذه الاختبارات في تأكيد وجود مستضدات معينة .

حبار الامتصاص الأرجي الشعاعي (Radioallergosorbent) R.A.S.T : ويمكن التعرف بهذه الطريقة على الأضداد النوعية الموجهة ضد الدواء في مصل مريض بالتفاعل العاجل (نمط ١) .

حبر تحول اللمفاويات *Lymphocyte Transformation* : يجرى هذا الاختبار تحول أرومة كل من اللمفاويات التائية أو لمفويات البائية عند المريض بتفاعل من النمط الرابع وذلك بعد التعرض للمستضد . وهو على الأغلب اختبار للبحث نهمي .

أضرع المناعية الإمراضية : تساعد هذه الطرق في التعرف على كيم من الغلوبولينات المناعية المترسبة ، ومكونات المتممات أو منقذات المناعية في الجلد ، وخاصة في الأوعية الدموية من النطقة العليا من الأدمة . إن هذه التفاعلات ليست نوعية ، كما أن التعرف على المستضد الدوائي غير ممكن .

المعالجة Treatment :

إن للتعرف على الدواء المؤذي ، ومن ثم حذفه أو تركه ، أهمية كبرى . إذ تستهل كل الطرق العلاجية بإيقاف الأدوية المشتبه بها في إحداث الطفوح الدوائية . أما الأدوية الحيوية فلا يمكن توقفها إلا بعد موافقة الطبيب المعالج ، أو بعد استبدالها بأدوية أخرى ، لها زمرة كيميائية مغايرة .

لتعلاج الجهازية : وتقوم على إعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية عن طريق الفم بجرعات متوسطة (٦٠ - ٨٠ ملغ من مكافئات البريدنيزولون يومياً) ، وقد تعطى بجرعات أعلى (٨٠ - ٢٠٠ ملغ من مكافئات البريدنيزولون يومياً) . ومن الممكن في حالات الضرورة أن تكون الجرعات أعلى من ذلك أيضاً . أما في المراحل الحادة فقد يكون زرق الستيروئيدات القشرية السكرية ضرورياً أيضاً .

ويجب أن تعطى أيضاً مضادات الهستامين في حالات الحكمة الشديدة مع الحذر الكافي ، وذلك لأن مضادات الهستامين نفسها قد تثير تفاعلاً أرجياً . ويجب أن ينحصر استعمالها في معالجة تلك الطفوح الدوائية التي يحدث فيها حكة شديدة ، والتي يمكن الافتراض بأنها تفاعل أرجي من النمط I الذي يشكل أساس الطفحية المحدثة بالدواء .

ويمكن أن تعطى أيضاً أملاح الكلسيوم وريدياً وخاصة في حالات الشرى والطفوح الشديدة الحكة . وعلى كل حال ، فإن فعلها الدوائي لا يمكن تفسيره بشكل مؤكد تماماً .

كما ثبت أيضاً فائدة تيوسلفات الصوديوم أو ديمير كايرون في معالجة الطفحية الناجمة عن المعالجة بالأملاح الثقيلة .

أما الأعراض العامة وحالات الوهط أو التظاهرات العضوية فيجب معاملة على أساس الإجراءات المستعملة في الطب الداخلي .

المعالجة الموضعية : تعتمد المعالجة الموضعية على الموجودات السريرية الشكلية . وتعالج بشكل حسن الطفحيات الحمامية الحافة بدهون الزنك أو محلول الزنك الغولي (الكحولي) . وقد يضاف رهم ستيرويدي قشري سكري إذا ما كان ذلك ضرورياً . أما في حالات الطفحية النفاطية والنازة فيوصى بالكمدات الرطبة حتى بدء ظهور التظهور ثم تعقب بتطبيق معجونة طرية فيما بعد .

ويجب أن تؤخذ إمكانية حدوث الخمج الثانوي في الحسبان . ويوصى باستعمال الستيروئيدات القشرية السكرية خارجياً وذلك في الطفحية شديدة الارتشاح حيث يمكن تطبيق معالجة مضاعفة الطبقات بإضافة غطاء من معجونة الزنك الرخوة أو محلول الزنك (Zinc Lotion) . هذا ويمكن للمعالجة الموضعية الجيدة أن تختصر سير التفاعل الدوائي بشكل ملحوظ . وقد ذكرت معالجة متلازمة لايل المحدثة بالدواء في مكان سابق من هذا الفصل .

الحقن داخل الشريان Intraarterial

Injection : [Lesser : ١٨٩٩

و Nicolau : ١٩٢٥] :

المرادفات : صمات الجلد الدوائية ، النخر الجلدي الحادث بعد الحقن داخل العضلات ، نخر الجلد النطاقي الشكل ، التهاب الجلد الشبيه بالترزق ، نخر الجلد الشبيه بالاحتشاء ، متلازمة نيكولا .

التعريف : هو التهاب الجلد التزقي الشبيه بالترزق والذي يظهر عقب حقنة عضلية ، وقد يتحول إلى نخر جلدي ، مع ميل للشفاء بشكل بطيء جداً .

الحدوث : نادر .

الإمراض : تظهر الآفة دوماً عقب حقنة دوائية بالعضل ، وعادة ما تكون في الأليتين . وإن الإمراض الذي يجب أن يفسر العديد من الأوصاف التشخيصية المختلفة لم يدرك بشكل كاف حتى الآن . وإن حقن الدواء ضمن الشريان مع انسداد صمّي Embolic في الدوران ، ووجود الإقفار مع التزرق ، ونخر الجلد ، توحي جميعها لأن تكون تعبيراً عن حالات احتشائية . هذا وقد عرفت تلك الموجودات في تفاعل حقن البزموت ، حيث لوحظ البزموت المبلى في الشرايين الصغيرة (صمة البزموت) . وعلى كل حال ، فإن التزرق حول الشريان أو

أيضاً نفاطات ، كما قد يلاحظ شلل مؤقت في الأطراف على التوالي . ومن المحتمل أيضاً حدوث خجج جرثومي ثانوي . هذا ويتطور تحدد الألم على مدار أسبوع وحتى شهر كامل ، إضافة إلى تشكل قرحات عميقة . ويتلو الشفاء الثانوي للجرح ، ندباً ضمورية مسطحة أو ذات أشكال عجيبة .

الحدوث : يتعلق سير المرض بوجود ميل للنخر ، وقد يمتد السير أسابيعاً أو أشهراً وقد يؤدي الألم وتحدد الحركة إلى عجز شديد .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : محاولة الإقلال من الميل للنخر عند بدء ظهور الآفة وذلك بإعطاء موسعات الأوعية كالبنتوكسي فيلين Pentoxifylline ، أو الحمض النيكوتيني ، أو البابافيرين .

المعالجة الموضعية : وتكون بمحاولة تطبيق الرهيات الستيرويدية القشرية السكرية أو معجونة الزنك ، وبعد تحدد الآفة نلجأ إلى الوسائل التي تحرض على الإنضار والتجيب والتظهرن .

الانسام الحاد بأول أو أكسيد الكربون

Acute Carbon Monoxide Poisoning :

تتضمن التظاهرات الجلدية على وذمة جلدية كبيرة في الوجه والأطراف ، إضافة إلى حدوث تفاعل قفاعي موضع ومتراق بانسم حاد بأول أو أكسيد الكربون .

التشريح المرضي النسيجي : تنفط تحت البشرة مع نخر بشروي وآخر هيالي في الغدد العرقية الناتحة .

الأعراض : يحدث انحلال في العضلات المخططة مع يلة ميوغلوبولينية ، والتي قد تنجم عن القصور الكلوي من جراء النخر الحاد في الأنابيب الكلوية . كما لوحظ فقر دم انحلاي ، وحدوث اعتلال أعصاب محيطي .

التشخيص التفريقي : إن الأعراض الموصوفة تجعل الإنسان يفكر ليس فقط بالتسمم بأول أو أكسيد الكربون ، بل بالتسمم بالباريتوريات أيضاً .

المعالجة : عرضية .

داخل العضل قد يؤدي إلى تشنج شرياني وانسداد ، كما أنها قد تعطي حافزاً للعلامات نفسها . ويسبب الحقن حول العصب أو داخله ألماً مباشراً في الأليتين ، وفي الأطراف ، وخاصة عندما يترسب الدواء بين عضلات الألية ويؤدي إلى تحريش الفرع الصغير للعصب الوركي . وهذا قد يكون أيضاً ناجماً عن التقبض الوعائي والإقفار . وفي النهاية فإن النخر الموضعي يحدث أيضاً عندما يكون حقن الدواء داخل الألية قريباً من السطح أو عندما يكون الحقن ضمن النسيج الشحمي .

الجدول ١٠ - ٣ : الأدوية التي بدت أنها تسبب نخرأ جلدياً موضعاً بعد الحقن العضلي

الزمرة	العنصر الفعال
العوامل الزهرية	البزموت } كانت تستعمل الزئبق } في الماضي
السولفوناميدات	سلفايريدين ، سلفاتيازين ، سولفيسوميدين
البنسيلينات المديدة	بنسلين بروكاثين ، بنزاثين بنسلين
الستربتومايسين	ستربتومايسين
التتراسيكلينات	كلوروتتراسيكلين
المقشعات	كينين ، كافور ، أو كاليبتول ، مانتول
المضادات الرئوية	مضادات الهستامين ، بيرازولون ، فينيل بوتازون ، فيتامين ب ١٢ ، المخدرات الموضعية ، دكساميتازون ، تريامسينولون

الموجودات السريرية : تظهر خلال دقائق أو ساعات بعد الحقن العضلي آفة حمامية مزرقة ومتخشبة في منطقة الحقن . وتشبه هذه التظاهرات أحياناً التزراق العنقودي Livido Racemosa (التهاب الجلد التزراقي) مسببة ألماً موضعاً أو مُشعاً . ويختلف الشفاء فرط تصبغ (راجع الشكل ١٠ - ٨) .

وفي الحالات الشديدة ، يحدث التميز أو التحدد المركزي الأول بعد حوالي ٢٤ - ٧٢ ساعة ، ويعقب ذلك تشكلات نخرية ونزفية عميقة ، مسطحة أو مخروطية الشكل . وقد يحدث

الفصل الحادي عشر

الشرى

Urticaria

د . صالح داود ، د . مازن داود

مردقات : الانتبارات (Hives) .

التعريف : يدل مصطلح الشرى على طفح ظاهر وحيد الشكل يتصف بالانتبارات Wheals . والتسمية الألمانية لهذا المرض هي Nesselsucht ويعني الطفح القراصى ، وتشير هذه التسمية إلى تفاعل الجلد الذي يتلو التماس مع نبات القراص اللاسع .

تتصف آفات الشرى بزوالها السريع عادة . أما الآلية التي تحدث الشرى فهي ذات أسباب عديدة سنأتي على مناقشتها .

حدوث الشرى : يعتبر الشرى واحداً من بين الأمراض الجلدية لعشرين الأكثر شيوعاً . يترافق الشرى بنسبة ٢٠ - ٣٠٪ مع وذمة الوعائية (وذمة كوينكة) . وبينما يعتبر الشرى المزمن ندرًا في الأطفال ، يعتبر الشرى الحاد من أشيع الأمراض الجلدية عندهم . هذا ويمكن أن تصيب الوذمة العرقية الوراثية الأطفال أيضاً . والعوامل الوراثية المسببة للشرى ليست مسؤولة عن غالبية حالات الشرى . ويميل المرضى المتأثرين لإطلاق الهستامين والإصابة بالشرى .

الآلية المرضية في تشكل الانتبارات Pathomechanism of

Wheal Formation : الانتبار هو وذمة في الأدمة الخليمية

وفي الأدمة الشبكية العليا ، تنجم عن توسع الأوعية الدموية وزيادة نفوذيتها ورشح مكونات المصورة في النسيج المجاورة . وتتوسع الأوعية اللمفية الجلدية الصغيرة أيضاً . يؤدي انطلاق هستامين من الخلايا البدينة Mast Cells إلى تشكل انتبارات وصفية . تتواجد الخلايا البدينة حول الأوعية الدموية وحول الملحقات ، وهي لا تحتوي الهستامين والهيبارين فقط وإنما تحتوي أيضاً البرديكينين واللوكترين C4, D4, Leukotrienes E4 والإنظيمات الحالة للبروتين . ينطلق الهستامين من الخلايا البدينة والأسسة نتيجة تفاعلات فيزيائية أو كيميائية أو أرجية . ويرتبط انطلاق الهستامين بزوال التحجب من الخلايا البدينة ، حيث يمكننا كشفها نسيجياً أو بواسطة المجهر الإلكتروني وتطلق الخلايا البدينة حبيباتها المتبدلة اللون إلى ما يحيط بها .

تصبح الخلايا البدينة حرة (عاصية) Refractory على

المنبهات حتى تعيد تشكيل حبيباتها والهستامين فيها من جديد ، وتخزينها وتصبح جاهزة للتنبه ثانية . وهذا يفسر الحاجة إلى مضي وقت معين بعد غياب الانتبارات لكي تتشكل هذه الانتبارات من جديد في ذات التوضع ، أي حتى تستعيد الخلايا البدينة قدرتها للتنبه ثانية .

ويؤدي لإطلاق الهستامين من هذه الخلايا مسببات عديدة يمكن تحريكها وكشفها . ومن هذه المسببات بعض الأدوية كالكودائين والمورفين واسات ACTH التركيبي ، وتؤدي هذه الأدوية لإطلاق الهستامين بطريقة مباشرة ، ويمكن أن يؤدي إلى إطلاق الهستامين أيضاً كل من الأملاح الصفراوية ، والمنظفات والأمنيات القوية . من جهة أخرى ينطلق الهستامين في الجلد والأغشية المخاطية بالتفاعل العاجل من النمط I وذلك بتفاعل المستضد مع الخلايا البدينة المحسنة بالأضداد النوعية IgE . ويمكن لمادة P من أعصاب الجلد أن تطلق الهستامين أيضاً . وهكذا تؤدي الاستجابات الدوائية المناعية وغير المناعية في الخلايا البدينة إلى إطلاق الوسائط Mediators والهستامين واحد منها . وتوجد اختلافات شخصية في التفعيل نحو التأثيرات المطلقة للهستامين .

وغالباً ما توجد وسائط إضافية مسؤولة عن إحداث الانتبارات المقاومة لمضادات الهستامين في العديد من الحالات الشرى ، كما في شرى البرد العائلي ، شرى الضغط والشرى المناعي ، ومن هذه الوسائط السير وتونين ، البراديكينين ، اللوكترين C4, D4, E4 (مادة التآق بطيئة التفعيل SRSA - A) ، البروستاغلاندين والإنظيمات الحالة للبروتين .

ترتبط الحكة في الشرى بازدياد كثافة الهستامين في الانتبارات وفي الدم بوجه عام ، ويؤدي حقن الهستامين في الجلد إلى حدوث حكة مكان الحقن ، وتحدث الحكة أيضاً وسائط أخرى مثل الببتيدات العصبية Neuropeptides .

الموجودات السريرية : تتألف الآفات البدينة في الشرى من الانتبارات وهي عبارة عن وذمة موضعة ومرتفعة عن سطح الجلد ، يبيض اللون ، قرنفلية ، حدودها واضحة ، وترافق بحكة . ويمكن بالمعاينة الشفوية Diascopy رؤية السائل الأصفر للمصل الراشح في الانتبار . ويأخذ الانتبار ما يشبه قشرة البرتقال نتيجة الضغط الودمي وخاصة حول الجريبات ، ويحيط بالانتبارات عادة بقعة حمراء بأقطار مختلفة . ويشاهد هذا أيضاً أثناء حقن الهستامين داخل الجلد .

تتشكل الانتبارات بسرعة خلال بضع دقائق (فعل عاجل نتيجة انطلاق الوسائط) ، وتختلف أقطار ولون الانتبارات من حالة إلى أخرى . وكما ذكرنا ، يكون لون الانتبارات وردياً أو

أحمر خفيفاً . ويعزى لون الشرى الأحمر إلى التوسع الوعائي الأدمي . ويمكن أن تأخذ الانتبارات لوناً أبيض قمرانياً Anemic كما في الشرى البروسيليني *Urtica Porcellanea* نتيجة ضغط الوذمة الشديد على الأوعية الدموية . ويدل لون الانتبار الأبيض غالباً على تسببه بالمستامين .

يختلف قد الآفات من رأس الدبوس (في الانتبارات الجريسية) وحتى عدة مللترات قطراً ، وحتى أكبر من راحة اليد حيث يسمى الشرى العملاق . ويختلف شكل الاندفاع أيضاً . ويؤدي اتصال الانتبارات مع بعضها بعضاً إلى تكوين شكل عديد الدوائر وقد يأخذ شكلاً جغرافياً ، كالشكل المتحلق . ويعطي تراجع مركز الانتبار شكلاً حلقياً (الشرى الحلقي) ، وإذا تشكلت الوذمة في الطبقة تحت الأدمة فالانتبار لا يظهر على الجلد . ويتصف الشرى العميق *Urticaria Profunda* أو ما يسمى أيضاً بوذمة كوينكة - وهو شرى موضع ينتج عن الوذمة في الطبقة تحت الأدمة - ويتصف بانتفاخ في الجلد لونه أحمر أو وردي ، وقد يكون الجلد المتورم بلون طبيعي .

قد يؤدي زيادة رشح المصورة والاحتكاك إلى تشكل نفاطات ، ويسمى هذا الشكل الشرى الفقاعي . ويشاهد هذا التفاعل عادة على الطرف السفلي والمصاب بزرق النهايات ، ويتلو لدغ البعوض عادة . تتواجد الكريات الدموية في الانتبارات ، وإن زيادة تواجد هذه الكريات يؤدي إلى الانتبارات التزفية ، أو ما يسمى بالشرى التزفي ، ويشبه بذلك الآفات الفرغرية الأخرى . وأخيراً يحدث الشرى المصطبغ *Pigmented Urticaria* بسبب زيادة فعالية الخلايا القتامية ، وبالتالي حدوث فرط تصبغ في أماكن وجود الانتبارات .

دينامية الانتبارات Dynamic of Wheal : تتشكل الانتبارات خلال بضع دقائق بسبب انطلاق المستامين في الأدمة العليا وبالتالي حدوث رشح المصورة ومكوناتها إلى خارج الأوعية . وتبقى الانتبارات فترة محدودة ، حيث يمكن أن تغيب خلال ٢٠ دقيقة ولكنها تبقى ٣ - ٨ ساعات بوجه عام . وإذا ما بقيت أكثر من ذلك أي بقيت مدة يوم إلى يومين ، فقد لا تكون انتبارات شروية ، بل شكلاً من الشرى غير ناجم من انطلاق المستامين ، وإنما يحدث بألية أخرى كما في النموذج الثالث III ، أي أنه عبارة عن التهاب أوعية شروي ، ينتج عن تفاعل معقد مناعي من النمط III من التفاعلات المناعية .

الحكة في الشرى : الحكة في الشرى شديدة خلال تشكل الانتبارات ، ولكنها تصبح أخف بعد ذلك . والحكة الشروية

ليست محدشة عادة وإنما هي حكة فاركة ، وتزداد ليلاً في العادة .

إصابة أعضاء أخرى غير الجلد بالشرى : تندر إصابة أعضاء أخرى غير الجلد . وأكثر هذه الإصابات حدوثاً في الشرى الأرجي الحاد المترافق مع أعراض صدمة تأقية . أما إصابة الأغشية المخاطية ، فيظهر على شكل وذمة المزمار الحادة أو وذمة الحنجرة ، وقد تهدد هذه الإصابات الحياة . تُعد بحه الصوت مشعراً للإصابة المخاطية المذكورة ، وقد تحدث آلاماً بطنية ناجمة عن إصابة الأغشية المخاطية المصلية *Serous Mucosa* . وإسهال ناجم عن إصابة الأمعاء ، وربو ناجم عن التشنج القصبي الأرجي ، غير أن هذه الأعراض نادرة المشاهدة . يمكن أن تتورم المفاصل بسبب الوذمة الزليلية *Synovial Edema* ، والمصطلح الألماني حمى القريص *Nettle Fever* ، يشير إلى احتمال ارتفاع الحرارة في الشرى الحاد . ويوحى الغثيان والدعث *Malaise* وأعراض أخرى إلى الشرى الأرجي الحاد من النمط التأقاني .

التشريح المرضي : توجد وذمة في الأدمة الحليمية والشبكية ويحدث توسع الأوعية اللمفية في الآفات الحادة . وتبدو الضفائر الوعائية تحت البشروية متضيقاً ، وتتوسع الأوعية الجلدية الأعمق وخاصة الوريدات ، ويتوذم النسيج الضام . تتصف الآفات الشروية المبكرة في الشرى الفيزيائي الكوليزجي ، وشرى البرد ، وشرى الضغط بوجود العدلات و/أو الحمضات في الأوعية الدموية وما حولها . أما في الآفات المتأخرة فتتصف الآفات بوجود رشاحة لمفاوية فقط . يبدى الشرى المزمن خلايا لمفاوية تائية حول الأوعية في الأدمة . ويشير تكسر الكريات البيض وتوضع الغلوبولينات المناعية IgG والمتممة C3 والفبرين (الليفين) في جدران الأوعية إلى التهاب الأوعية الشروي *Urticarial Vasculitis* .

سير الشرى : يختلف سير الشرى بحسب الحالة والسبب . ويحدث الشرى المحرش بالمواد المختلفة بسرعة كبيرة ، وبعد عدة ساعات تراجع الانتبارات وتغيب .

يقال عن الشرى بأنه حاد (راجع الشكل ١١ - ١) إذا كانت تظاهرات المرض حادة ولم تتجاوز فترة تتالي النوب الشروية أكثر من ٤ أسابيع ، ويوضع تشخيص الشرى المزمن المتقطع إذا استمرت الطفوح الشروية الحادة أكثر من أربعة أسابيع ، ثم ظهرت ثانية بعد فترات من غياب الأعراض . ويعتبر الشرى مزمنًا إذا استمرت أعراضه وعلاماته أكثر من ٤ أسابيع . ويمكن أن يستمر الشرى المزمن المتقطع أو الشرى المزمن الناكس سنوات عديدة ، وحتى العقود أحياناً .

تصنيف الشرى : لا يوجد تصنيف كامل ومرض لكل أنواع الشرى وذلك لاستحالة معرفة أمراض جميع حالاته ، ولهذا يفضل أن يصنف الشرى تبعاً للأسباب و/أو « الاستجابات » :

- شرى بالتماس Contact Urticaria .
- شرى فيزيائي Physical Urticaria .
- شرى كوليزجي (كوليني الفعل) Cholinergic Urticaria .
- شرى غير مناعي يحدث بالأدوية (أرج كاذب) Drug Induced Nonimmunological Urticaria .
- شرى أرجي Allergic Urticaria .
- شرى مترافق بالتهاب أوعية Urticaria Associated with Vasculitis .

الشرى بالتماس :

ينتج الشرى بالتماس نتيجة تماس الجلد مع مادة خارجية محرشة للشرى ، وتبقى الانتبارات محصورة في مكان التماس ، ولهذا يكون توزع الاندفاعات الشروية غير متناظر بشكل رئيسي . ويكون الشرى بالتماس مناعياً أو غير مناعي .

الإمراض : يجب وضع الاعتبار التالية في آلية حدوث الشرى بالتماس :

تأثيرات سمية : يحدث شرى التماس نتيجة التماس مع القريص ، وإن دخول أوبار النباتات في الجلد وبالتالي دخول المادة المشربة يؤدي إلى انطلاق الهستامين وبالتالي حدوث الانتبارات .

الشرى المحدث باليسروع Urticaria Caused by Caterpillars : يلاحظ هذا النوع من الشرى بالتماس على العنق ، والأذرع نتيجة التأثير السمي لأشعار اليسروع التي تسقط من الشجر والشجيرات على عمال الزراعة أو عابري السبيل .

الشرى المحدث بالتماس مع الحيوانات البحرية (قنديل البحر) : يحدث التماس مع قنديل البحر أثناء السباحة شرى بالتماس ، وهو يتواجد في بحر الشمال . ويحدث هذا الشرى أيضاً للحيوان البحري المسمي شقائق النعمان ، ويؤدي التماس معه لانطلاق الهستامين وحدوث الشرى بآلية سمية .

لسع الحشرات أو عضها : يحدث لسع النحل ، والزناير ، وعض بق الفراش ، والبراغيث ، والذباب ، والبعوض ، والنمل ، تفاعلاً بالتماس شروياً سُمياً ، ويظهر هذا التفاعل الشروي بسرعة . يؤدي لسع الحشرات إلى حكة وإلى ظهور اندفاعات حطاطية مرتشحة وحتى عقيدات في بعض الأحيان . وتراجع ببطء عادة (تفاعل أرجي ثانوي غط آجل) . يمكن

للسوس Mites أن يسبب أيضاً تفاعلاً شروياً سُمياً مكان تماسه مع الجلد . ويجب أن نضع في اعتبارنا أن لسع النحل والزناير قد يحدث أعراض الصدمة .

انطلاق الهستامين : يحدث الشرى بالتماس نتيجة امتصاص مواد مطلقة للهستامين خارجية المنشأ ، حيث يتحرر الهستامين من الخلايا البدينة وتحدث الشرى بآلية أرجية عند الأشخاص المستعدين ، ومثال هذه المواد الباستيراسين ، والبوليمكسين ، والكوبالت وبلسم يرو .

الأرج بالتماس من النمط العاجل Immediate - Type Contact Allergy : يكون المريض قد تعرض للمادة المحسسة سابقاً . ويحدث التفاعل الأرجي العاجل (التفاعل المتواسط بالغلوبيولين IgE غط ١) خلال بضع دقائق وذلك بتأثير وسائط الهستامين التي تسبب بزوال التحجب في الخلايا البدينة . والشرى الأرجي بالتماس حاك في المناطق المصابة . ويجب أن نلاحظ في الشرى بالتماس المواد التالية :

- المؤرجات الحيوانية : سم النحل ، سم الزناير ، أشعار الحيوانات ، أوبار اليسروع وقنديل البحر .
- المؤرجات النباتية : غبار الطلع ، بلسم يرو ، الدهيد القرفة .
- المؤرجات الغذائية : قشر ثمار الحمضيات ، البطاطا ، البصل ، السمك ، الهليون .
- المؤرجات الدوائية : المواد المزوقة ، والمواد المرتبطة بعمل الإنسان : منها الفورمالدهيد ، ريزورسين ، حمرة الشفاه ، اليود ، السيفالوسبورينات ، كلوريد الكوبالت ، العصارات النباتية ، بيرسلفات الأمونيوم (تستعمل في تبييض الشعر وتزيينه) .

وهكذا عندما تدخل المؤرجات الجلد (لسع النحل ، لسع الزناير) تؤدي إلى الشرى الحاد ، ويمكن أن تؤدي إلى وذمة لسان المزمار وكذلك إلى أعراض الوهط Collapse والصدمة .

سير الشرى بالتماس : يعتمد سيره على درجة تحسس المريض وعلى نوع المستضد ، حيث يمكن أن تبقى الإصابة محصورة في مكان التماس أو يمكن أن يحدث شرى حاد أو وذمة وعائية ، أو ربو قصبي تشنجي حاد ونادراً ما تحدث تفاعلات تأقانية .

التشخيص : تساعد القصة المرضية وتوضع الآفات في وضع التشخيص . ويمكن الاستفادة من اختبارات الرقعة المعدلة ، وهي عبارة عن اختبار مغلق يتعرض المريض فيه للمؤرجات لمدة ٢٠ دقيقة وتقرأ القراءة الأولى بعد ٣٠ دقيقة وذلك لكشف المؤرج في الشرى بالتماس الأرجي .

المعالجة : تعتمد المعالجة في الشرى بالتماس على تجنب المادة المؤرجة .

جهازياً : تعطى مضادات الهستامين وقد تعطى الستيروئيدات القشرية .

موضعيًا : تطبق مضادات الهستامين على شكل هلام أو دهونات ، أو الستيروئيدات (دهونات أو رهيمات) ، أو دهونات ملطفة .

الشرى الفيزيائي :

تشير الدلائل إلى أن ١٠ - ٢٠٪ من حالات الشرى ينجم عن منبهات فيزيائية وغالباً ما يكون على شكل الكتوية الجلدية Dermographism الشروية ، والكتوية الجلدية الحمامية . وتبقى الأعراض الشروية في النمط التماسي مكان تماس المنبهات . أما في النمط الانعكاسي Reflex Type ، فيمكن أن يتعد التفاعل عن مكان التماس ويؤدي إلى أعراض عامة كالتخفّض الضغط وتسرع القلب ودغدة أو حكة في الأنف أو في الأنامل . وتكون الاندفاعات الجلدية على شكل حمامى شروية ، أو انتبارات غموضجية ونادراً ما تشاهد الانتبارات الشكلية . ولا تشاهد عادة أثناء الليل ، وليس في سوابق المرض تأنب أو أرج في غالبية الحوادث .

الكتوية الجلدية Dermographism :

تحدث الكتوية الجلدية بفرك أو ضغط الجلد أو بالكتابة عليه بألة كليفة كالملاق Spatula .

الكتوية الحمراء : تحدث الكتوية الجلدية الحمراء بعد ضرب الجلد أو الضغط عليه بألة كليفة بعد ١٥ - ٢٠ ثانية . يأخذ الجلد لوناً أحمر ناصعاً وذلك نتيجة التوسع الوعائي الجلدي الموضع ويتراجع هذا التفاعل أو يحدث تفاعل ثانٍ . وتحدث الحمامى المنعكسة Reflex Erythema حول الحمامى الناتجة عن رض الجلد وتكون خفيفة أو شديدة غير منتظمة ، وهيجة حمراء اللون ، وتنتج عن التوسع الوعائي المحدث بتنبية الأعصاب الحسية .

الكتوية الجلدية الشروية : (راجع الشكل ١١ - ٢) وهو التفاعل الثالث الذي يحدث عند بعض المرضى بعد ٣ - ٥ دقائق من تنبيه الجلد بالضغط . ويحدث الانتباز مكان رض الجلد ، وينتج عن عامل آلي يؤدي إلى انطلاق الهستامين ، ويمكن كتابة اسم المريض أو أية كلمة أخرى على ظهره ، وهذا ما دعى لتسمية هذه الظاهرة بكتوية الجلد . يستمر الاندفاع لمدة ١٥ دقيقة وحتى الساعة ويتراقد بحكة . وتعتبر الكتوية الشروية من النوع الأجل نادرة جداً ، وهي تحدث بعد ٣ - ٦

ساعات وتستمر حتى ٢٤ ساعة .

تلاحظ الكتوية الجلدية والحمامية المنعكسة الشديتين عند الأشخاص العصبيين وعند المصابين بالكرب Stress . ولقد افترض أن الهستامين ينطلق بسهولة عند هؤلاء أو أنهم يتفاعلون بشدة تجاهه . ولقد تبين أن نقل المصل المنفعل أو الغلوبولينات من نوع IgE ، IgM ، IgG أو IgA ، وذلك من المرضى الكتوبين إلى جلد الأشخاص الطبيعيين قد أدى إلى حدوث الكتوية الشروية .

الكتوية الجلدية البيضاء : وتصف الكتوية الجلدية البيضاء بعدم ظهور التفاعل التبيغي بعد رض الجلد ، وإنما يظهر بدلاً من ذلك تفاعل أبيض اللون (قفري) . وينتج عن تضيق الأوعية الدموية الجلدية القريبة من سطح الجلد ، أو نتيجة انضغاط الأوعية الدموية بالوذمة . وتحدث الكتوية الجلدية البيضاء عند المتأئين ، وخاصة المصابين بالإكزيمة التأئية (التهاب الجلد التأئي) . تحدث الكتوية الجلدية البيضاء غير النوعية بسبب التهاب الجلد بأسباب مختلفة كما في الصدف الشائع ، والإكزيمة المثية والتهاب الجلد التقشري .

الشرى المفتعل Factitious Urticaria :

المردقات : الشرى الاستكتابي .

يطلق هذا المصطلح على شكل من الشرى المزمن الذي يتجلى بتفاعلات جلدية شروية على شكل خطوط أو أشرطة مكان ضغط أو احتكاك الألبسة بالجلد . ويحدث أيضاً مكان فرك أو حك الجلد . تؤدي الحكمة إلى ازعاج المصابين بعد الاستيقاظ في الصباح أو عند ذهابهم للنوم ، ولهذا نجد هم يفركون جلودهم أو حتى يحدشونها ، وتحدث لديهم الانتبازات التي تؤدي بدورها إلى الحكمة . وينشأ عن ذلك حلقة مفرغة لأن الحكمة تتطلب مزيداً من الحكمة . يصاب بالشرى المفتعل الأشخاص ذوي الجلود التي تتصف بفعالية وعائية مضطربة غير عادية . وغالباً ما تبين قصتهم المرضية وجود اضطرابات نفسية أو حالات كرب (اضطرابات نفسية جسمية) .

تشخيص الشرى المفتعل : تقود القصة المرضية وفحص الآفات وإمكانية إحداثها إلى التشخيص عادة . ويمكن أن نلاحظ وجود حمامى انعكاسية . ويندر مشاهدة الشرى المفتعل خلال المعالجة بالبنسلين .

المعالجة : تستطب الاستشارة النفسية في بعض الحالات الفردية .

المعالجة الجهازية : تعطى الأدوية المضادة للهستامين والمهدئات

نفسية (الهيدروكسيزين Chloridiazepoxide, Opipramol, Hydroxyzine) .

معجزة انوضعية : ويمكن تجربة المضادات المستامين موضعياً على شكل هلام أو دهون .

شرى الضغط Pressure Urticaria :

مرادفات : الشرى الآلي (الميكانيكي) .

الموجودات السريرية : يحدث شرى الضغط بعد لطمة أو دفعة أو ضغط على الجلد تحدث تنبهاً ينتجم عنه شرى الضغط . وتتفاعل الحاصل ليس انتباراً وصفياً ولكنه احمرار عميق في جند ، أو انتفاخ موضع مؤلم على شكل الوذمة العرقية في مكان الذي صدم أو رُض فيه الجلد . ويمكن أن يترافق شرى الضغط بالكتوية الجلدية والشرى المزمن الناكس .

الإمراض : يمكن أن ينتج شرى الضغط عن انطلاق المستامين من الخلايا البدينة بعد الضغط الفيزيائي على الجلد . وتختلف درجة وشدة الضغط باختلاف الأشخاص المهيين . ولقد وجدت في اندفاعاته الخلايا وحيدة النواة والعدلات والحمضات في الآفات الباكرة من النموذج الآجل ، (يحدث لتفاعل في هذا النموذج بعد ١ - ٤ ساعات من ضغط الجلد) . ووجدت اللمفاويات وعدد كبير من الحمضات في الآفات المتأخرة (من ٦ - ٢٤ ساعة) . ولهذا يمكن أن يكون هذا النوع تفاعلاً مناعياً .

التشخيص : ينصح بإجراء اختبار الضغط لإثبات التشخيص :

اختبار الحزام : يوضع حزام عرضه ١٠ سم على كتف المريض ومعلق بكلتا طرفيه أوزان مقدارها ١٠ كغ ولمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة .

اختبار الاسطوانة : توضع اسطوانة على السطح الباسط للفخذ قطرهما ٤ سم وثقلها ٨ - ١٠ كغ ولمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة . وتقرأ النتيجة بعد ١٠ - ٣٠ دقيقة (شرى ضغط من النمط العاجل) ، وبعد ٢ - ٦ ساعات (شرى ضغط من النمط الآجل) ، وتكون النتيجة الإيجابية بوجود آفات شروية جلدية منتشرة بلون قشر البرتقال في المكان المعرض للضغط .

المعالجة : معالجة شرى الضغط ليست سهلة عادة .

المعالجة الجهازية : تعطى مضادات المستامين بمقادير عالية ولفترة طويلة (حاصرات H1) ، وقد تكون مفيدة أحياناً ، وإلا يعالج بنفس معالجة الشرى المفتعل .

المعالجة الموضعية : يمكن تطبيق مضادات المستامين موضعياً على شكل هلام أو دهون .

شرى البرد Cold Urticaria :

المرادفات : شرى البرودة .

يعتبر شرى البرد أشيع أنواع الشرى الفيزيائي ، وله شكل يسمى شرى البرد العائلي حيث يورث بصبغي جسدي سائد . حالاته نادرة وهو من نوع التفاعل العاجل أو الآجل . وعلاقة شرى البرد الفصلي بالبرد واضحة ويظهر على الجلد بعد تعرضه للبرد مباشرة (النمط القاسي) ، أو بعد مدة من التعرض للبرد (النمط الانعكاسي) .

الإمراض : تعتبر بعض حالات شرى البرد القاسي الكسبي الغامض (الذاتي) من نمط التفاعل I ، حيث يكون تفاعل Prausnitz - Kustner إيجابياً . وليس لهذا الاختبار من قيمة في الوقت الحاضر سوى القيمة التاريخية ، لإمكانية انتقال الأبحاث به كخمج التهاب الكبد والمعم (الأيدز) . ويعتبر ذو أهمية في أمراض شرى البرد : زيادة انطلاق البيبتيدات العصبية ، أو قابلية الخلايا البدينة لإطلاق المستامين أو القينينات Kinins ، وذلك استجابة لمنبه البرودة . ويقود تفاعل البرودة إلى إطلاق المستامين والوسائط الأخرى ، وبالتالي حدوث التفاعل الشروي .

الموجودات السريرية : يفيدنا في تشخيص شرى البرد القصة السريرية والموجودات المخبرية حيث تعتبر وصفية للمرض . يتظاهر شرى البرد الكسبي باندفاعات حمامية وانتبارات حاكة (نمط قاسي) ، وخاصة في فصل البرد ، عندما يتعرض بعض أجزاء العضوية غير المغطاة للبرد ، كما في الوجه ، والعنق ، واليدين (راجع الشكل ١١ - ٣) . ويؤدي الهواء البارد إلى ظهور اندفاعات شروية أيضاً ، ويدعى في هذه الحالة شرى الهواء البارد .

ومن المهم أن نشير إلى أن انخفاض الحرارة المفاجيء أهم من درجة البرودة المطلقة في إحداث المرض . ويحدث الاغتسال بالماء البارد أيضاً شرى البرد (شرى الماء البارد) . وقد يصاب المريض بهجمة شرى البرد بعد تناوله طعاماً أو شرباً باردين (نمط انعكاسي) .

أعراض شرى البرد : تندر الإصابة بالأعراض العامة في شرى البرد . ولكن في الحالات الشديدة قد يصاب بأعراض شبيهة بأعراض الصدمة . ويحدث الموت المفاجيء في بعض الحالات عند السياحين في المساح المفتوحة بعد الغطس بالماء البارد نتيجة انطلاق كميات كبيرة من المستامين . يمكن أن يلاحظ شرى البرد عند المصابين بداء الصقر (حيات البطن) Ascariasis ، والبور الحمجية ، أو المصابين بأرج غذائي . ويمكن أن يحدث

عند الأشخاص المصابين ببيلة هيموغلوبينية أو بالغلوبولينات القرية .

التشريح المرضي : تبدي الآفات الحديثة وجود التهاب وعائي بالعدلات ، وباللمفاويات في الآفات الأقدم ، ونادراً ما يتغير تواجد الخلايا البدينة وعددها .

التشخيص : يعتمد التشخيص على القصة المرضية واختبار البرد .

شرى البرد بالتماس : يجري الاختبار بتطبيق الماء البارد على الجلد درجة برودته الصفر ، أو بتطبيق أنابيب تحتوي الثلج ، وذلك لمدة تختلف بحسب تفاعل الجلد من ٥ - ١٠ دقائق ، أو يمكن أن تغطس الذراع في ماء بارد (درجته ٥ - ٦ درجات مئوية) لمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة . ويعتبر تطبيق اسطوانة نحاسية أو أنبوب اختبار مليء بالثلج على الجلد ، الطريقة الأفضل والأكثر دقة .

شرى البرد المنعكس : تغطس كلتا ذراعي المريض في ماء بارد ودرجته ١٠ درجات مئوية فوق الصفر لمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة ، أو يعرض المريض جزئياً للماء البارد في المغطس (درجة برودة الماء ١٠ - ١٦ درجة مئوية) . وتلاحظ النتائج الإيجابية بظهور انتبارات في المناطق المعرضة وحتى غير المعرضة من الجلد . يؤدي منه البرودة إلى زيادة تركيز الهستامين ، وزيادة كل من عامل الانجذاب الكيميائي للعدلات وعامل تفعيل الصفائح في الدم .

المعالجة : تفيد مضادات الهستامين عموماً في معالجة شرى البرد الكسبي ويجب على المريض تناولها بانتظام قبل تعرضه للبرد . أما فائدتها في معالجة شرى البرد العائلي فأقل . ومن الحقائق التي تثير الانتباه فائدة المعالجة بالبنسلين في معالجة شرى البرد وذلك بنسبة ٢٠ - ٤٠٪ من الحالات . ويحتمل حدوث تفاعل بين البنسلين والأضداد من نوع IgE .

يعطى البنسلين جهازياً بمقدار ٦١٠ وحدة من بنزيل البنسلين (بنسلين ج) في الوريد يومياً لمدة ٢ - ٣ أسابيع . وليس للبنسلين أو البنسلامين من فائدة عن طريق الفم . ومن المعالجات الجهازية الأخرى إعطاء مضادات البرداء كالهيدروكسي كلوركين بمقدار ٢٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة أسبوعين ، ثم ٢٠٠ ملغ يومياً ، مع الحذر من التأثيرات الجانبية لهذه الأنواع من العقاقير .

شرى الحرارة Heat Urticaria :

مرادفاته : شرى الكالوري ، شرى الحرارة بالتماس .

التعريف : يعتبر شرى الحرارة نادر جداً . ويحدث بتأثير الحرارة أو الدفء المباشر على الجلد . وبعد بضعة دقائق من التعرض

للحرارة تظهر الحمامي والانتبارات الموضعة في مكان تماس الجلد مع الحرارة ، ونموذج التفاعل هو من النمط العاجل .

الإمراض : يرجح أن منشأ شرى الحرارة هو زيادة تحسس الخلايا البدينة نحو الحرارة ، ويفترض أيضاً زيادة تحسسها نحو الأستيل كولين . ويميز حالات شرى الحرارة بالتماس الوراثي (نمط آجل) بالقصة المرضية ، وحالاته نادرة جداً .

التشخيص : يوضع التشخيص استناداً للقصة المرضية ، واختبار الحرارة ويجري هذا الاختبار ، بتطبيق اسطوانة أو أنبوب اختبار مليء بالماء الساخن درجته من ٣٨ - ٤٤ درجة مئوية فوق الصفر ، على منطقة الساعد ، تظهر الانتبارات بعد مدة ٥ - ١٠ دقائق من تطبيق الأنبوب . وتحدث الانتبارات بعد ساعات من التطبيق في شرى الحرارة العائلي الآجل .

المعالجة : عرضية فقط .

المعالجة الجهازية : يمكن إعطاء مضادات الهستامين والمهدئات (Chlordiazepoxide, Diazepam, Opipramol, Hydroxyzine) .

المعالجة الموضعية : يمكن تطبيق مضادات الهستامين موضعياً على شكل هلامات أو دهون .

أشكال خاصة للشرى :

شرى إعادة التدفئة Rewarming Urticaria : يحدث هذا النوع من الشرى عند المرضى الذين يدخلون إلى قاعات دافئة بعد بقائهم فترة طويلة في البرد ، حيث يحدث لديهم حكة شديدة ، وانتبارات بعد بضع دقائق وخاصة في المناطق المعراة من الجسم كالوجه ، والعنق والأيدي . ويمكن أن يعاني المتأثرين من هذا النوع من الشرى .

شرى الشمس Solar Urticaria : يحدث هذا النوع من الشرى عند المرضى بتأثير الأشعة فوق البنفسجية و/أو الضوء المرئي وذلك في المناطق المكشوفة من الجلد (راجع بحث شرى الشمس في الفصل ١٣) .

شرى الأشعة السينية : يعتبر هذا النوع من الشرى نادراً جداً ، وينتج عن التعرض للأشعة السينية ، ويحدث في المناطق التي تتعرض لهذه الأشعة بقصد المعالجة .

الشرى الكولينرجي Cholinergic Urticaria :

الترادفات : شرى العرق . Sweat U. ، شرى الجهد . Exertion U. .

التعريف : يحدث الشرى الكولينرجي نتيجة ارتفاع درجة

حرارة الجسم ، حيث تؤدي إلى ظهور انتبارات حاككة ،
تُحضرها بضع مللترات وعلى قاعدة حمامية .

الحديث : يحدث هذا النوع من الشرى نتيجة لحالات نفسية
جسمية أو فيزيائية ، وبعد مشاكل عاطفية كالكرب Stress ،
أو التحضير للامتحانات ، أو موت أحد الأقرباء ، وبعد الجهد
وتركض .

الإمراض : يبدو أن هناك زيادة في استجابة العضوية نحو
لأستيل كولين في هذا المرض ، حيث يؤدي حقن الجلد
بمحلول كلوريد الأستيل كولين ، أو كلوريد الميتا كولين ، أو
نييلوكاربين وذلك بنسبة ١ : ١٠٠٠ أو أكثر إلى ظهور
نتبارات شروية وسوائل وصفية للداء . ويؤدي حقن الجلد
بمحلول كارباكول Carbachol بنسبة ٠,١ - ٠,٥ ملغ إلى
تدفعات مماثلة . هذا ويمكن كشف زيادة نسبة المستامين في
المصورة في الشرى الكوليزجي الشديد ، غير أنه يصعب تحقيق
النقل المنفصل . وهذا يفترض أن هذا النوع من الشرى يحدث
بآلية مناعية من النمط I معتمد على الغلوبولين IgE ، ويمكن أن
تجد عند هؤلاء المرضى كتيبة شروية أو شرى البرد .

الموجودات السريرية : يحدث الشرى الكوليزجي المتناثر
بالجهد ، حيث ترتفع حرارة الجسم ويحدث التعرق . وتحدث
الآفات أيضاً بالحمام الساخن أو بارتفاع حرارة الجسم . وأكثر
ما تلاحظ الانتبارات في القسم العلوي من الجسم . وأشكال
الاندفاعات وصفية للداء ، حيث تتجلى بانتبارات دائرية ،
أقطارها ١ - ٣ ملم ويحيط بها حمامي انعكاسية كبيرة . وكثيراً
ما تلتقي الانتبارات مع بعضها (راجع الشكل ١١ - ٤) .

الأعراض : المرض حاكك بشدة ، وقد يترافق أحياناً بأعراض
عامة كالغثيان ، وفرط الإلحاح ، والصداع ، واضطرابات
معوية (فعل الأستيل كولين ؟) .

الإنذار : الإنذار فيه غير واضح ، ويجب أخذ الحذر في وضع
الإنذار إذ يمكن أن يستمر الداء أشهراً عديدة .

التشخيص : تعتبر القصة المرضية ، والصورة السريرية عوامل
مهمة في وضع التشخيص :

اختبار الشرى الكوليزجي : يتم اختبار شرى الكوليزجي
بإجراء حمام ساخن لمنتصف الجسم ، ودرجة الماء ٤٠ - ٤١
درجة مئوية ولمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة ، أو يجري بغطس
الذراعين بماء ساخن درجته ٤٠ - ٤٥ درجة مئوية ولمدة
٢٠ - ٢٥ دقيقة ، أو يطلب إلى المريض صعود الدرج ، أو
إجراء جهد حتى حدوث التعرق . تؤدي هذه الاختبارات إلى
حدوث الانتبارات ، وتظهر بعيداً عن الأماكن المسخنة . يمكن

إجراء الاختبار أيضاً بحقن الأستيل كولين ، ميتا كولين ،
أو النييلوكاربين .

المعالجة : يجب تقييم أية حالة نفسية جسمية عند المصاب
ومعالجتها بالمعالجة المناسبة . وقد نحتاج إلى إشراك الطبيب
النفسي في المعالجة . وإلا يمكن أن نعطي حال اللاودي
Parasympatholytic مثل قلوبانيات الأرغوت ergot ، أو
يمكن استعمال بنزوديازبين . وينصح في البداية استعمال
الهيدروكسيزين Hydroxyzine بمقدار ١٠ ملغ أو أكثر ٣
مرات يومياً في البداية ، ثم ١٠ ملغ/يومياً كحد أدنى . ومن
الضروري إبقاء المعالجة لفترة طويلة .

حالات خاصة : شرى العرق

يعتقد أن شرى العرق تحدثه مكونات مفرز الغدد العرقية
الناعمة ، ويصنف على أنه شرى كولينرجي . ويجري الاختبار
المفيد في تشخيصه بحقن العرق الممدد في الجلد بنسبة
١ : ١٠٠ حيث يؤدي إلى تفاعل شروي ، ولكن الاختبار غير
نوعي . ويحتوي العرق على الغلوبولين IgE ، البروستاغلاندين «
والكالكيرين ، عدا مكوناته الأخرى .

شرى الماء Aquagenic Urticaria : [Shelley and Rawnsley 1964]

شرى الماء شكل نادر جداً من الشرى الفيزيائي ، ويمكن أن
يكون عائلياً بالإضافة إلى أنه كسبي . وحكة الماء Aquagenic
Pruritus أو الانتبارات الحاككة ، شبيهة بالشرى الكولينرجي ،
وتحدث في المناطق التي تمس الماء من الجلد وذلك بعد ٢ - ٣٠
دقيقة . والآلية التي يتم بها هذا النوع من الشرى غير واضحة .
 ويفترض أن هؤلاء المرضى يتفاعلون نحو مستضد ما محلول في
الماء ، يدخل الطبقة المتقرنة من البشرة وينتقل إلى الأدمة ،
وبالتالي يؤدي إلى انطلاق المستامين من الخلايا البدينة
المحسنة .

معالجة شرى الماء : تخف الأعراض بإعطاء مضادات
المستامين . ومن جهة أخرى يمكن تطبيق زيت خامل Inert
Oil قبل الحمام ، أو تخفيف الجلد بسرعة بعد التماس مع الماء .
ويعتبر هذا الإجراء مفيد في الوقاية من الأعراض .

الشرى اللانماعي المحدث بالأدوية Drug - Induced Nonimmunological Urticaria :

تحدث بعض الأدوية والمواد المستخدمة في التشخيص
تفاعلات تأقانية ، وتظاهرات سريرية لتفاعل من النمط الأرجي

العاجل وتتضمن الشرى الحاد ، ولكن هذه التفاعلات لا تتصف بوجود أضرار مصلية نوعية . ويدعى هذا التفاعل بالأرج الكاذب Pseudo Allergy .

الإمراض : إن إمراض التفاعلات التأقانية بعدم التحمل التي تسببها الأدوية ، أو بعض الأغذية ، أو المواد التي تستخدم في التشخيص ، غير معروف حتى الآن . ويؤدي تناول هذه المواد إلى انطلاق الهستامين وبعض الوسائط الأخرى ، وذلك من الأسس Basophils ومن الخلايا البدينة ، ويؤدي ذلك إلى الظاهرة التأقانية أو ما يسمى بالأرج الكاذب .

الأدوية والمنبجات والمضادات الكوليرجية : تحدث هذه المواد أحياناً تفاعلات تأقانية أو اندفاعات شروية . ومن هذه المواد الأفيونيات Opiate ، البتيدين ، الأتروين ، البابافيرين . وتؤدي إلى هذه التفاعلات أيضاً بعض المنبجات ، كمادة Propanidid و Thiopental و D-Tubocurarine ومادة سوكنسيل كولين . ويؤدي تناول هذه المواد إلى إطلاق الهستامين مباشرة من الأسس ومن الخلايا البدينة (يطلق على هذه المواد محركات الهستامين) . وتكون اختبارات الأرج سلبية .

أبدال المصورة الغروانية Colloidal Plasma Volume Substitutes : يصعب تقدير حدوث التفاعل التأقاني الناجم عن المصورة الصناعية ، ويقدر البعض حدوثها بحوالي ٠,١٪ ، أما التأثيرات الجانبية للألبومين الإنساني ، فتقدر بنسبة ٠,٠١٪ . ويبدو أن انطلاق الهستامين هو المسؤول عن حدوث الأعراض الحادة ، ولكن ما تزال آلية انطلاق الهستامين فيها غير معروفة . هل هي بتأثير مباشر على الخلايا البدينة ، أو بتأثير غير مباشر عقب تفاعل مركب مناعي ، أو أنه يحدث بآليات أخرى ؟ وينطبق هذا أيضاً على التفاعلات التي تحدثها الألبومينات الإنسانية . بينما يعتقد أن التفاعلات الشديدة المحدثه بالكسثران تحدث بتفاعل مناعي حقيقي (مركب مناعي تأقي ، نمط III) .

المواد الظليلة التي تستخدم في التصوير الشعاعي X-Ray Contrast Media : يتواتر حدوث التفاعلات التأقانية بحوالي ٥٪ من الحالات بعد إعطاء المواد الظليلة قصد التصوير الشعاعي (مشتقات حامض تري إيودين يزيوك Triiodin Benzoic Acid) . تطلق هذه المواد الهستامين من الخلايا البدينة والأسس في الدم ، وتؤدي لحدوث زيادة مستوى الهستامين في الدم . ويلاحظ في هذه الحالات نقص في المتممة بعد تفعيلها بالطريق البديل ، حيث تطلق عوامل المتممة C5a ،

C3a ، الهستامين ، وقد يؤدي إلى انطلاق السيروتونين وعامل تكس الصفائح .

الأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية : عرف عن الأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، إحداثها للشرى ، والوذمة العرقية ، والربو والتفاعلات التأقانية منذ فترة طويلة . وقد سميت التحساس الذاتي بالمسكنات Analgesic Idiosyncrasies أو عدم التحمل . وتشير الأبحاث إلى أن ١٪ من الناس الذين يعالجون بهذه العقاقير يبدون مثل هذه التفاعلات الدوائية . ووجدت بعض الحالات العائلية . ويقدر حدوث التحساس الذاتي من الأسبرين عند مرضى الربو بنسبة ٢ - ١٠٪ وعند مرضى الشرى المزمن ٢٢ - ٥٠٪ . ويجب أن نذكر أن مصادر الساليسيلات هي بعض الأطعمة ، والأدوية والسجائر . ويمكن أن يكون عند المرضى مفرط الحساسية تجاه الأسبرين عدم تحمل في نفس الوقت للاندوميتاسين ، أو نحو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الأخرى . ومثل هؤلاء المرضى يوجد لديهم أيضاً عدم تحمل نحو أصبغة الأزو Azo-Dyes في الأطعمة ، أو نحو المواد التي تضاف للأطعمة كمركيبات حامض البنزويك . ويجب أن نأخذ في الحسبان متلازمة عدم التحمل هذه ، وخاصة إذا لم نجد أسباباً أخرى يمكن أن نتهمها في الشرى المزمن الناكس ، أو إذا كان الشرى المزمن مترافقاً ببيع متعمم أو حكة في فروة الرأس ، أو تحسس في المنطقة ، أو التهاب الأنف الأرجي ، أو ربو قصبي .

مواد دوائية أخرى : وتشمل بعض أنواع الصادات (كلوروتراسكلين ، البوليمكسين ، الأدوية المحاكية للودي (مقلدة) كالأمفيتامين ، فينيل إيتيلامين ، أو أكسيدرين ، أو محفضات الضغط (هيدرلازين) . ويمكن أن يحدث الفيتامين ب ، أو أملاح الحديد تفاعلات عدم التحمل التأقانية .

الموجودات السريرية : يؤدي تفاعل الأرج الكاذب الحاد ، سريرياً ، في أشده إلى الأعراض التأقانية ، حيث يبدأ باندفاع متعمم (بيع) ، أو باندفاع شروي حاد . ويتراعى ، إضافة لذلك ، بتخريش المنطقة أو سيلان أنفي ، وتشنج قصبات . وقد يؤدي تسرع القلب وانخفاض الضغط إلى الصدمة . وتؤدي تفاعلات عدم التحمل الحادة في الجلد إلى احمرار موضع ، أو تفاعلات شروية مع حكة شديدة ، وأكثر ما تلاحظ في القسم العلوي من الجسم كالوجه أو الرأس وخاصة الفروة .

تؤدي الأدوية أو المواد المستعملة في التشخيص عند المتأبين المصابين بالتهاب أنف أرجي ، أو التهاب ملتحمه أرجي أو ربو

قصي أرجي ، إلى سورة حادة في الآفات المرتبطة بالعضو الذي استعملت من أجله هذه الأدوية .

ويعزى نكس الآفات في المرضى المصابين بشرى مزمن إلى نضلاق الهستامين الناتج عن التحسس نحو الأدوية أو مضافات لأضمة ، أو باعتبار هذه المحسسات عامل متمم ومسؤول عن استمرار هذه الآفات الشروية .

التشخيص التفريقي : يجب أن نضع في بالنا التفاعلات التأقانية

المرتبطة بالغلوبيولين IgE ، والتفريق ما بين الحالتين صعب أحياناً . والقصة المرضية المأخوذة بدقة (حالات تأتبية) ، تتبعها باختبارات جلدية ومعايرة IgE في المصل ، كل ذلك يمكن أن يساعد في التشخيص بين الأرج الكاذب والتفاعلات التأقانية المعتمدة على الغلوبيولين IgE .

المعالجة : نفس معالجة الشرى الحاد مع أعراض الصدمة أو الصدمة التأقية كما سيأتي لاحقاً في هذا الفصل .

الجدول ١١ - ١ : تقدير درجة التفاعلات التأقانية تبعاً لشدة الأعراض السريرية

الدرجة	الأعراض	الجلد	البطن	جهاز التنفس	جهاز الدوران والقلب
I	حكة				
	بيغ				
	شرى				
	وذمة عرقية				
II	حكة		غثيان	سيلان أنف	تسرع قلب أكثر من ٢٠ دقة بالدقيقة ، تغيرات في موجة RR < ٢٠ ملم زئبقي انقباضي لا نظامية
	بيغ		معص cramp		
	شرى				
	وذمة عرقية				
	(غير إجبارية)				
III	حكة		إقياء	وذمة حنجرة	صدمة
	بيغ		تغوط إسهال	تشنج قصبي	
	شرى			ازرقاق	
	وذمة عرقية				
	(غير إجبارية)				
IV	حكة		إقياء	توقف التنفس	توقف قلب
	بيغ		تغوط إسهال		
	شرى				
	وذمة عرقية				
	(غير إجبارية)				

مأخوذ عن (Ring and McBmer 1977)

متلازمة Hoigne : [Hoigne and Schoch 1959]

التعريف : متلازمة سمية عكوسة تحدث فجأة بسبب انصمام Embolism في الجهاز العصبي المركزي ، وذلك بعد حقن مادة دوائية ، وبخاصة الحقن الشرياني لمعلق بلوري (بنسلين مدخر Depot.P. ، الستيروييدات القشرية) . حدوث الداء : نادر المشاهدة .

الإمراض : يتضمن حالة حادة تالية لحقن المواد الدوائية المعلقة في الأوعية الدموية ، وما يتبع ذلك من حالة سمية في الجهاز العصبي المركزي .

الموجودات السريرية : يتصف بازرقاق حاد ، وسعال ، وحس دغدغة باليدين والقدمين ، واضطراب في الذوق . ويحدث ذلك أثناء الحقن العضلي الخاطيء للبنسلين المدخر

(البيضاء الإطراح) أو يليه مباشرة . وقد يحدث في هذه المتلازمة أيضاً نفخة في الأذن أو خفة سمع ، أو اضطرابات في الرؤية ، كل ذلك يثير الخوف عند المريض من الموت . ويمكن أن يشاهد أيضاً اضطراب في وعي المريض أو شعور بالدوار ، أو تسرع قلب أو رجفان اليدين .

العلامات المحورية : كثرة الحمضات المؤقتة .

السير : تزول تظاهرات المرض خلال بضع دقائق دون أن تترك أثراً ، ويرجع حدوث ذلك بعد ذوبان بلورات البنسلين .

المعالجة : كما في معالجة الصدمة التأقية . كما سيأتي لاحقاً .

الشرى الأرجي Allergic Urticaria :

يعتبر الشرى الأرجي أكثر أشكال الشرى شيوعاً ، وتسببه مستضدات لا تحصى ولا تعد .

الحدوث : الشرى الأرجي مرض شائع ، وليس له ارتباط أثني Ethnic ، ويصيب جميع الشعوب ، وتغلب مشاهدته بين ٢٠ - ٤٠ سنة وأكثر ما يصيب النساء .

لقد افترض وجود استعداد وراثي للإصابة بالشرى الأرجي ، ويزداد حدوثه عند المتأبين ، وكذلك يزداد حدوث الوذمة العرقية العصبية والتأق . غير أنه تبين عدم حدوث زيادة في هذه التفاعلات ، على الأقل تجاه البنسلين ، عند التأبين .

الإمراض والسميات : يعتبر الشرى الأرجي عديد الأمراض وتلعب دوراً في أمراضه ، الأدوية والمعالجات والأطعمة ومضافاتها ، والمنبهات والنشوقات inhalants ، والمستضدات الجرثومية ، والمستضدات الهرمونية ، والاضطرابات الاستقلابية ، والمستضدات الذاتية (مثل الأورام ، الأمراض المنيعية الذاتية) ، وحتى العوامل الانفعالية . وغالباً ما يصعب معرفة المستضد المسبب ، وخاصة في حالات الشرى المزمن الناكس . ويطلق على الشرى الذي يصعب تحديد المستضد فيه الشرى الغامض Idiopathic . ويعتبر التفاعل المناعي العملية الأساسية في إحداث الشرى الأرجي . ويكون بأشكال مختلفة .

التفاعل الشروي النمط العاجل : يحدث الشرى الأرجي خلال دقائق بعد دخول المستضد ، ويؤدي إلى حدوث تفاعل عاجل من النمط I معتمد على IgE عند إنسان متحسس وتفاعل تأقاني . يمكن أن يترافق مع تشنج قصبي أو وذمة حنجيرية أو في لسان المزمار ، ومن الممكن أن يؤدي إلى صدمة تأقية وبالتالي حدوث الموت .

التفاعل الجلدي المتأخر : هذا الشكل أيضاً منوط

بالغلوبولين IgE ، ويتأخر حدوثه حتى ٨ - ٣٦ ساعة بعد دخول المستضد إلى عضوية الأشخاص المتحسين . ولم يتم بعد معرفة الآلية بشكل كامل . ويعتقد أن التفاعل بين المستضد - الضد المنوط بالغلوبولين IgE يحدث على سطح الخلايا البدينة ، ويؤدي ذلك إلى إطلاق الوسائط منها ومن الأسس .

تفاعل داء المصل : يحدث التفاعل الشروي فيه بعد ٧ - ١١ يوماً من دخول المستضد كجزء من أعراض داء المصل (تفاعل نمط III) .

التشخيص : يتم تشخيص الشرى الحاد اعتماداً على السريريات وعلى اختبار حذف المؤرجات ، واختبار التحريض ببعض المؤرجات التي يشك بإحداثها للشرى ، وكذلك اختبارات حقن المؤرجات داخل الجلد ، واختبار الامتصاص الشعاعي الأرجي (RAST) . وستكلم عن هذه الاختبارات فيما بعد .

السير : إنه لمن المفيد التفريق بين أشكال الشرى الأرجي المختلفة وبحسب سير كل منها وهي :

- الشرى الحاد .
- الشرى المزمن المتقطع .
- الشرى المزمن الناكس .

الشرى الحاد Acute Urticaria :

يعرف الشرى الحاد بأنه الشرى الذي لا تستمر أعراضه أكثر من ٤ أسابيع وسطياً ، ويظهر هذا الشكل فجأة بتفاعل تأقاني نمط عاجل (تفاعل نمط I) عند أشخاص متحسين وبشكل سريع ، وذلك بعد انتهاء مدة كافية ضرورية لامتناس المستضد الذي يدخل العضوية عن طريق الفم أو الحقن العضلي أو الوريدي . ويتجلى التفاعل بظهور الانتبارات وقد يتجلى أحياناً بوذمة عرقية ، أو وذمة حنجيرية ، أو وذمة لسان المزمار ، أو تشنج قصبي ، أو ترفع حروري ، أو غثيان وإقياء ، أو اضطرابات دورانية تؤدي إلى ما يشبه الصدمة .

ويظهر التفاعل الجلدي في الحالات المتأخرة بعد ٨ - ٣٦ ساعة ويمكن أن يترافق بوذمة حنجيرية أو لسانية مزمارية . ويبدأ التفاعل على شكل داء المصل بعد ٧ - ١١ يوماً من دخول المستضد إلى العضوية ، حيث تظهر الاندفاعات الشروية ، ويحتمل ترافقها مع أعراض أخرى لداء المصل كالحمى ، وضخامة العقد اللمفية ، والآلام المفصالية ، وتغيرات غير طبيعية في الصورة الدموية . ويحدث داء المصل بعد تناول البنسلين ، أو بروتينات خلاصات الأعضاء (الخلايا الطازجة ، الهرمونات) أو المصول .

مُ الشرى الحاد الذي ينتج عن عدم تحمل أو تحساس حسكيات فقد ذكرناه في مبحث الشرى غير المناعي المحدث -الأدوية .

البيات : يحدث بسبب الأدوية ، والأطعمة ، والمنبهات Stimulants ، والنشوقات ، ولسع الحشرات ولدغها .

لأدوية : تعتبر الأدوية من أشيع الأسباب . ويمكن لكل دواء تقريباً أن يحدث شرى حاداً . والدواء المأخوذ زرقاً أكثر إحداثاً بكثير من الدواء المأخوذ عن طريق الفم . وشرى البنسلين (تفاعل عاجل غط I أو III) كثير المشاهدة والحدوث نسبياً .

خلاصات اللواتية المؤرجة : والتي تستعمل قصد التشخيص و المعالجة . مثل المواد التي تستعمل في إنقاص التحسس .

نصادات : منها البنسلين ، والأدوية القلبية منه ، مشتقات سيفالوسبورين وصادات أخرى .

نم : الدم الطازج ، البلازما المحفوظة مع عدم توافق الزمر الدموية ، أو عامل RH ، أو عوامل أخرى فيه .

كوية أخرى : السولفاميدات ، حامض بارا أمينومثاليسيليك ، يزيرونيازيد ، والغريزيوفولفين .

هرمونات : الأنسولين ، ACTH ، خلاصات بروتينية خصوية أو مبيضة (بروتينات غريبة) .

منومات : المسكنات ، الباربيتوريات ، المهدئات ، نيبرومات ، كاربامازيبين .

الأطعمة : تعتبر الأطعمة من مسببات الشائعة . وتحدث بوجه عام تفاعلاً أرجياً نموذجياً سريعاً (نموذج I) عند أشخاص متحسين نحو بروتينات غريبة مؤرجة . وتتضمن الأطعمة :

– البروتينات الحيوانية : السمك ، السرطان ، الكركند Lobsters ، المحار ، بلح البحر (نوع من الرخويات البحرية) للحم (لحم الضأن) بعض أنواع الجبن خاصة المتعفنة منها .

– الفواكه : الفريز ، عنب الثعلب ، الحمضيات ، الجوزيات .

– الخضروات : البندورة ، الكرفس ، القطنيات .

– المنبهات : الكاكاو ، الماء المقوي الذي يحتوي الكينين ، بعض أصناف النبيذ ، البهارات .

– مضافات الأطعمة : حامض البنزويك ، بنزوات الصوديوم ، نلونات (خاصة التارتازين) حامض السوربيك .

– الفيتامينات : فيتامين ب ١ ، ب ٢ .

مستضدات الأخماج أو الاحتشار Infestation ، حيث يمكن

حدوث الشرى الحاد نتيجة الإصابة بالأمراض الطفيلية (أخماج الديدان) ، والأخماج الجرثومية .

النشوقات : ينذر أن تسبب الشرى ، ومنها غبار الطلع ، والأبخرة التي تحتوي بروتينات ، والغبار ، والعطورات ويحتمل أحياناً أن تكون هذه المواد مسببة للشرى .

مستضدات حشرية : يحدث التفاعل الشروي غط I عند الأشخاص المتحسين من سم النحل أو الزناير وغيرها من السموم نتيجة للدغ ، وتأخذ عادة تفاعلاً منتشرأ مع أعراض تأقانية .

الأدوية التي تحتوي حمض الصفصاف وخافضات الحرارة : اللقاحات والمصول : المستحضرات التي تحتوي خلاصات خلايا طازجة (بروتينات غريبة ، والمصول المضادة للسموم ، واللقاح المضاد للحمى الصفراء وغيرها ، واللقاحات الجرثومية .

سير الشرى الحاد : يعتمد سيره على الأعراض المرافقة له ، والمعالجة السريعة والعاجلة ضرورية في وذمة الحنجرة ولسان المزمار والحالات المترافقة باضطرابات دورانية .

الإنذار : الإنذار حسن إذا عرفنا المستضد المسبب ، وعلم المريض كيف يتحاشاه . ولا بد من استشارة الطبيب والمشفى في حالات النكس .

التشخيص : لمعرفة المستضد المسبب يمكن إجراء اختبار حذف المؤرجات ، واختبار التحريض ، والاختبارات الجلدية ، واختبار RAST . ويجب أن لا تجرى الاختبارات الجلدية قبل ٣ – ٤ أسابيع من شفاء الشرى خوف حدوث ظاهرة العصي Refractory .

المعالجة : كما سيأتي ذكره في معالجة الشرى .

الشرى المزمن المتقطع

: Chronic Intermittent Urticaria

يتصف الشرى المزمن المتقطع بحدوث انتكاسات في نوبات الشرى وبعد فترة تتجاوز ٤ أسابيع من الإصابة ، وقد يستمر لبضع سنوات ، ويمر بفترات من التحسن تختلف من نوبة إلى أخرى . ويصعب عادة على المريض كشف مسبباته ، وتؤدي القصة المرضية المتقنة عادة لإيضاح السبب .

الإمراض : يحدث الشرى المتقطع المزمن بتفاعل مناعي عاجل غط I أو بتفاعل أرجي كاذب .

السيببات : بينت الخبرة السريرية أن مسببات الشرى المزمن المتقطع هي نفسها المسببة للشرى الحاد .

ومن المحتمل أن تكون العوامل التالية هي المسببات :

الأدوية : ينذر أن تكون الأدوية العامل المسبب في الشرى المزمن لندرة تناولها بشكل مستمر ولفترة طويلة ، ولأن الأرج الدوائي عادة يحدث على شكل شرى حاد . ولكن يجب أن نشدد على أن الشرى المزمن يمكن أن يكون بسبب تحساس أو ناجم عن عدم التحمل كما سبق وأسلمنا . وأشيع الأسباب المحرصة من الأدوية هي الأسبرين أو عدم التحمل نحو الأسبرين .

الأطعمة : ينذر أن تؤدي الأطعمة لوحدها إلى التفاعل غلط I . والكثير من الحالات تحدث بظاهرة أرجية كاذبة ، ويجب الانتباه إلى الأطعمة ومحتوياتها ، ومن هذه الأطعمة الحليب ومشتقاته ، البيض والأطعمة التي تحتويه ، والأطعمة المصنوعة من الحبوب ، والقهوة والشاي . وأما الأطعمة التي تفاقم الداء فهي النيذ بما يحتويه من الهستامين ، والخميرة في الجعة (البيرة) ، والتيرامين في الجبن . ويمكن أن تسبب مادة السولفيت الحافظة للأطعمة الشرى وحتى الربو .

المؤرجات المستنشقة : وتتم بإحداثها للشرى بنسبة ٥ - ١٠٪ من الحالات . يحدث غبار الطلع زكام العلف أو التهاب الملتحمة الأرجي ، أو الربو أو الشرى الحاد الشديد . وإذا ما حدث الشرى المزمن في فصل الإزهار يمكن أن يكون غبار الطلع مسبباً له . ومن المؤرجات المستنشقة التي يمكن أن تحدث الشرى أشعار الحيوانات ، وغبار القبك (Kapak) (ألياف بعض الأشجار ، تحشى به الوسائد والفرش) ، وغبار المنزل ، والريش ، والصوف ، والقطن . ويعتبر غبار طلع البتولا والتفاح مستضداً مشتركاً حيث يمكن أن يسبب شرى بتفاعل تصالبي .

أسباب داخلية المنشأ للشرى المزمن : تعتبر العوامل الداخلية من الأسباب الشائعة للشرى المزمن ، ويفترض في هذه الحالات حدوث مستضدات ذاتية ، أو أضداد غريبة (بروتينات) تحدث تفاعلاً أرجياً عاجلاً (غلط I) . ومن الآليات أيضاً حدوث تفاعلات بمركبات مناعية كما ذكرنا سابقاً (غلط III) ، أو بمشاركة عدة عوامل محرصة تؤدي لحدوث الشرى ويوضع تشخيص الشرى المزمن الغامض الداخلي المنشأ في ٥٠٪ من الحالات التي لا نستطيع إيجاد سبب لها .

وسنبحث في الأسباب الداخلية التالية :

اضطرابات جهاز الهضم : قد تحدث الاضطرابات الهضمية الشرى المزمن ويزيد هذا الاحتمال عندما يشكو المريض من وهن ، وصداع ، حس الامتلاء أو الإصابة بالإمساك . وقد تكشف التحريات السريرية والشعاعية علامات التهاب معدة

الأدوية : يحدث الشرى المتقطع المزمن الكثير من الأدوية التي تستعمل في تسكين الصداع ، والأدوية التي تستعمل في الاضطرابات الطمئية أو في الأمراض الأخرى . ولا ننسى أن المريض الذي يتحسس نحو دواء ما ، يتحسس لكل المجموعة أو المجموعات الدوائية التي تشابه في التركيب الكيميائي ، ومثال ذلك المواد الدوائية التي فيها جذر - بارا - على حلقة بترين . وقد يحدث كاستجابة لأشكال مختلفة من الأدوية ، كالبنجات والسولفاناميدات ، والسولفونيل يوريا .

الأطعمة : يحدث بسبب تناول العديد من الأطعمة ، كما في تناول الكرفس في حال الأرج نحو الكرفس ، والكينين في الأشربة المقوية ، وملونات عصير الفواكه ، والسنامكي أو الفانيليا في خانات الطعام Dessert أو الحلويات ، كل تلك المواد يمكن أن تحدث الشرى المتقطع .

النشوقات : نادراً ما تحدث الشرى المتقطع المزمن .

السير : السير حسن غالباً ، بعد معرفة السبب وإمكانية تجنبه .

التشخيص : يعتمد التشخيص على القصة المرضية . ويمكن أن تجرى الاختبارات التي تجرى في الشرى الحاد لمعرفة العامل المسبب ، والحمية اليومية المدروسة قد تساعد في معرفة السبب أيضاً .

المعالجة : كما في معالجة الشرى الحاد .

الشرى المزمن Chronic Urticaria :

يعرف الشرى المزمن بأنه حالة شروية تستمر أكثر من أربعة أسابيع . وتظهر فيه نوب الشرى يومياً ويسمى أيضاً الشرى المزمن المستمر ، وإذا ما ظهرت الانتبارات بأوقات يفصل بينها فترات من التحسن ليوم أو لأيام سمي بالشرى المزمن الناكس . يصيب البالغين عادة ، وقد يستمر أشهراً وحتى سنوات . ويسبب استمرار الحككة ازعاجاً شديداً للمريض ، وكلما أزم المرض قلت فرصة الشفاء العفوي فيه .

الإمراض : يحدث تفاعل عاجل بنسبة محدودة من الحالات ، أي بتفاعل أضداد منوطة بالغلوبيولين Ige . ويرجح أن يكون السبب الكيميائي هو المحرض لحدوثه بنسبة ٢٠ - ٣٠٪ من حالاته ، ويحدث بآلية عدم تحمل غير مناعية ، أو كمتلازمة تحساس ذاتي . تحدث بعض حوادث الشرى المزمن بآلية مركب مناعي (الغلط III) . هذا ولا يمكن معرفة السبب في الشرى المزمن بنسبة ٣٠ - ٥٠٪ ، ويسمى في هذه الحالة كما ذكرنا سابقاً بالشرى المزمن الغامض . ولقد تبين نسجياً وجود رشاحة من اللعفاويات الناتجة حول الأوعية في الشرى المزمن .

المسببات : يجب أولاً نفي الأسباب الفيزيائية والكولنزجية .

البراز . ويفتش عن الديدان الشعرية بالطريقة الخاصة بها . ويمكن أن يحمل السياح داء كلابية الذنب *Onchocerciasis* ، أو داء الخيطيات (الفيلاريا) . وإن معالجة هذه الأخماج يؤدي إلى شفاء الشرى المزمن .

اضطرابات الغدد الصماء : يصعب تقييم مدى مسؤولية هذه الاضطرابات في إحداث الشرى المزمن . ويفترض في بعض الأحيان تشكل أضداد ذاتية لبعض الغدد . يمكن أن يتفاقم الشرى قبيل الطمث ، وكذلك في حالات الحمل أو خلال سن اليأس ، وقد يشير ذلك إلى دور غدي في إحداث الشرى المزمن . كما ذكر أيضاً حدوث الشرى المزمن لدى المرضى السكريين ، ولكن قد يكون الأنسولين هو العامل المسبب .

أمراض داخلية أخرى : يمكن أن يكون للشرى المزمن علاقة ببعض الأمراض الداخلية . ومن هذه الأمراض : التهاب رتج المري ، والورام اللمفي الحبيبي الخبيث (داء هودجكن) ، وإبيضاض الدم المزمن ، وكثرة الحمر *Polycythemia* ، والتهاب ما حول الشرايين ، ووجود الغلوبولين الكبري بالدم لوالدنستروم ، والغلوبولينات القرية ، والذأب الحمامي ، والأورام الخبيثة وأمراض أخرى . أما علاقة الشرى المزمن بهذه الأمراض فغير واضح . ولكن يمكن تفسير بعض الحالات بتشكيل أضداد ذاتية حيث تؤدي إلى تفاعل أرجي عاجل من النمط (I ، III) .

العوامل النفسية : ما يزال ما يسمى « بالشرى المزمن النفسي » قيد المناقشة . ولكن مما لا شك فيه أن العامل النفسي يفاقم الشرى المزمن الناكس ويزيد الحكمة ، وخاصة حدوث الشرى المزمن المترافق مع كتوية جلدية شروية .

التدابير التشخيصية في الشرى الأرجي :

إن كشف السبب في الشرى الأرجي هو من أهم التدابير « والقصة السريرية المتقنة ، والاختبارات التالية تعتبر مهمة في كشف السبب .

القصة المرضية : تعتبر القصة المرضية مهمة في كشف سبب الشرى الحاد والشرى المزمن المتقطع (كشف أسباب دوائية مؤرجة ، والأطعمة ، والمنبهات ، والنشوقات ، المواد الموزقة) . ويجب الانتباه بشكل خاص في الشرى المتقطع إلى الأطعمة كعامل مسبب .

الموجودات السريرية : يمكن أن تقدم أشكال الاندفاعات الشروية معلومات مفيدة ، فالحالة الشروية التي تتصف ببغ وحامى شديدين وتوضع على الصدر والرأس مع حكة شديدة ، توحي بالشرى بعدم التحمل . ويتصف الشرى

مزمن ، أو التهاب أمعاء ، أو التهاب كولون ، أو التهاب زائدة مزمن . ولقد تبين في الوقت الحاضر أن خلل المعدة (اللاكلوريدية ، نقص الكلورين ، انعدام عصارة المعدة) ، الذي كان يعتبر في الماضي عاملاً مهماً في إحداث الشرى المزمن ، لم يعد ينظر إليه كذلك الآن إلا في ما ندر من حالات . ويمكن أن نأخذ بعين الاعتبار وظيفة المعشكلة لإفرازية الخارجية ، واضطرابات السبيل المعدي المعوي التي مصدرها زيادة الإفراز المعدي العفجي ، والتهبت المعوي المرضي (مثال استعمار العفج ، بالكولونيات والجيارديا لأمبليا) ، أو الاضطرابات الناتجة عن تخمر النشا ، والشحوم والألياف العضلية في الطعام ، إذ يمكن لهذه جميعاً أن تكون عوامل مسببة في إحداث الشرى المزمن . ويفترض أيضاً أن زيادة الامتصاص المعوي لبروتينات طعامية أو جرثومية ، وذلك في حالات التهابات الأمعاء ، يؤدي إلى الشرى . كما أن امتصاص البروتينات الطعامية التي لا تستقلب إلى حموض أمينية من جراء الاضطرابات الهضمية ، بل يعاد امتصاصها على شكل بروتينات عديدة الببتيد وبيبتيدات ، يمكن أن تصبح مستضدات فعالة بعد عبورها جدران الأمعاء . وأخيراً يمكن أن يكون الشرى المزمن بسبب استعمار الأمعاء بجراثيم ممرضة أو فطور . وفي بعض الحالات يمكن أن يشفى الشرى المزمن بعد معالجة المبيضات البيض في الأمعاء .

البور الحمجية ودورها في إحداث الشرى : يترافق ٢ - ٥٪ من حالات الشرى المزمن بالبور الحمجية ، ولكن ما يزال دور هذه البور غير واضح . وينصح في حالات الشرى المزمن التفتيش عن التهاب اللوزتين ، والتهاب الجيوب ، والتهاب جذور الأسنان ، والتهاب المرارة ، والتهاب الزائدة ، والتهاب الموثة (البروستات) أو بور خمجية أخرى . والمستقلبات الجرثومية السمية هي المسؤولة عن المستضدات وتشكيلها . وإن استمرار دخولها إلى الدم يؤدي إلى الشرى المزمن . وإن استئصال البور المسببة يؤدي إلى شفاء الشرى المزمن . ويؤدي استئصال المرارة أو معالجة الجيوب إلى شفاء بعض الحالات .

الاحتشار : تنهم الديدان المعوية في إحداث الشرى المزمن . وإن احتشار الأمعاء بالمسودات *Nematodes* ، والمتقويات *Trematodes* ونادراً بالقلبيديات *Cestodes* ، يؤدي إلى انطلاق وتشكل بروتينات في النسج الجعورة وبالتالي دخولها الدم حيث تعمل كمستضدات . قد يكون سبب الشرى المزمن المتقطع أيضاً الديدان الصفر *Ascaris* وخصوصاً في أوروبا . وإن كثرة الحمضات في الدم ، وارتشاح الرئتين (شعاعياً) العابر بالحمضات ، يمكن أن يكون مشيراً إلى تشخيص هذه الديدان ، ويثبت التشخيص بوجود البيوض في

الكوليزجي بانتبارات صغيرة محمرة . وقد يترافق الشرى الحاد التآقاني بأعراض عامة قد تؤدي إلى الصدمة . ويجب نفي الشرى الفيزيائي بأنواعه بإجراء اختبار كتوية الجلد ، واختبار الضغط ، واختبار البرودة والحرارة والحساسية الضيائية .

الحزعة : تبدي الحزعة رشاحة النهائية لمفاوية تائية حول الأوعية . وإذا ما بقيت الاندفاعات لفترة أطول من ٨ - ٢٤ ساعة ، فالواجب يقضي بإجراء خزعة نسجية وومضائية ، إذ قد تكون الإصابة عبارة عن التهاب أوعية شروي .

اختبار حذف المستضدات Avoidance Test : إن حذف المستضدات المتوقعة يمنع تشكل الانتبارات ، وهي مهمة في تشخيص الشرى الحاد والمزمن المتقطع أكثر منها في الشرى المزمن . يمكن البدء بقوت من البطاطا والرز والمياه المعدنية . ويجب تجنب البيض ، والحليب ، والسمك ، والجوز ، والفواكه ، والبندورة ، والشوكولاته ، والبهارات ، والشاي ، والقهوة والمشروبات الكحولية .

اختبار التحريض Exposure Test : يؤدي إعطاء المريض المستضدات المتوقعة بأنها مسؤولة عن الشرى إلى حالة شروية حادة . ويمكن إجراء الاختبار بإعطاء الأسبرين ، إذا ما شككنا بالأسبرين ، وهلمجرا وذلك في حالات الشرى الحاد والشرى المزمن المتقطع المحدثن بالمؤرجات الدوائية . غير أنه يجب ألا يغيب عن البال أن هذا الاختبار قد يكون خطيراً ، في حالات الشرى الدوائي أو الشرى الاستشاق . إذ يمكن أن يؤدي إلى صدمة في حالة فرط الحساسية تجاه البنسلين ، وفي حالة الاستنشاق قد يؤدي الاختبار إلى الربو القصبي . ولهذا يجري اختبار التحريض في المشفى فقط وبجانب المريض سلسلة المواد الإسعافية ، وبحضور الطبيب المخدر ، ولا يجري الاختبار إلا بعد غياب الاندفاعات ولمدة ٤ - ٨ أسابيع . والغاية من إجراء اختبار التحريض هذا عن طريق الفم هي معرفة المؤرجات الطعامية والمضافات الطعامية أيضاً ، حيث يمكن أن تكون هي المسببة للداء أو مقاومة له .

الإجراءات النوعية :

اختبارات حذف المؤرجات والتحريض : تجرى هذه الاختبارات مشتركة مع بعضها البعض ، وتجري في حالات الشرى المزمن ، عندما لا يتمكن الطبيب من معرفة السبب .

١ - حذف المؤرج الغذائي : يعطى المصاب خلال يوم إلى ثلاثة أيام شاي محلى بالديكستروز ، أو يعطى البطاطا والرز والماء المعدني وبكميات غير محدودة ، وقد اقترح حديثاً تمديد هذا القوت حتى ٨ أيام ، ولكن ذلك ليس بالسهل بالنسبة للمريض . وإذا ما شفي الشرى خلال هذه الفترة ، فيعني ذلك

أن مضافات الطعام لها دور في إحداث الشرى المزمن .

٢ - معرفة القوت المحدث للشرى : وهذا يساعد على كشف المؤرجات في الأطعمة . تتبع المراحل التالية :

المرحلة الأولى : يعطى المريض حلياً وبيضاً ، وجبناً أبيضاً ، ولبناً ، وجبناً وحلياً وبيضاً ، وملحاً ، وبصللاً ، ولا يعطى فاكهة .

المرحلة الثانية : السكريات تعطى أنواع مختلفة من الخبز ، معجنات ، حلوى ، عسل ، مربى ، فواكه ، عصير ، بندورة ، كرفس ، فواكه طازجة .

المرحلة الثالثة : لحومات وسجق (سجق غير معلب) يعطى لحم بقر ولحم دجاج وتعطى أنواع أخرى من اللحوم .

المرحلة الرابعة : سمك وطعام بحري ، بندورة ، سمك معلب ، شرائح لحم ، سمك طازج مسلوq أو مقلي ، سردين بالزيت .

المرحلة الخامسة : وجبة كبيرة ، فطور عادي ، شوربات باللحوم قريديس مع المايونيز ، لحمة مع الصلصة ، بطاطا مقلية ، كرنب ، كريمة مع فواكه مغلية ببطء .

تجرى هذه الاختبارات بفواصل يوم أو يومين بين المرحلة والأخرى ويجب مناقشة قوت كل مرحلة مع خبير بالتغذية ؛ وتجري هذه الاختبارات مع مراقبة سريرية لتقييم نتائجها .

اختبار استبعاد التحساس الذاتي : وتعطى لهذه الغاية مضافات الأطعمة والمسكنات في مجموعات ، وتستعمل عن طريق الفم في هذا الاختبار كما في الجدول ١١ - ٢ وذلك لمعرفة المادة التي تحدث الشرى أو تفاقمه . وخلال الاختبار يتناول المريض قوتا خالياً من المضافات كالمثلونات أو حافظات الأطعمة . وكما هو واضح في الجدول تنتهي الاختبارات بالأسبرين حيث يعطى مرتين يومياً صباحاً وعصراً وبجرعات متزايدة ، نبداً بجرعة ٥٠ ملغ ونزيد حتى ١٠٠٠ ملغ . وتعطى المحرضات صباحاً ، وتسجل النتيجة الإيجابية .

الاختبارات الجلدية : تعتمد جميع الاختبارات الجلدية على أساس إدخال المستضدات إلى الأدمة التي تحتوي على عدد كبير من الخلايا البدينة . ويؤدي إدخال هذه المستضدات إلى تفاعل عاجل من غط ضد - مستضد (غط I) ، ويعتبر هذا الاختبار ذو قيمة في معرفة المستضد المشكوك به . وتشير الإيجابية تجاه بعض المواد إلى أن المريض متأب . وكلما كان تمديد المستضد خفيفاً ، تعتبر الإيجابية شديدة . ولا ننس أخطار جميع الأدوية وتأمين الأدوات الإسعافية حين إجراء الاختبارات الجلدية .

اختبار الفرك Friction Test : ويجري هذا الاختبار بفرك المستضد ، الذي تتوقع أنه المسؤول عن الشرى ، على جلد

تساعد . ويجرى في الحالات التي نتوقع فيها حساسية شديدة . ونظهر النتيجة الإيجابية بعد ٥ - ١٥ دقيقة على شكل تفاعل شروي من النمط العاجل .

اختبار الوخز *Prick Test* : (راجع الشكل ١١ - ٥) ويجرى الاختبار بعد وضع نقطة من المحلول المؤرج على جلد المساعد ، ويوخز الجلد من خلالها بألة وإبرة خاصة لا تدمي أو تدمي قليلاً . ثم يزال المحلول المؤرج بعد ١٥ - ٢٠ دقيقة وتسجل نتيجة التفاعل . تكون النتيجة إيجابية إذا ما حدث اختبار شروي في مكان الوخز ويحاط أحياناً بحمامى انعكاسية . وباعتبار أن الكمية التي تدخل الجلد من المستضد قليلة جداً . فإن احتمال حدوث تفاعل تأقاني نادر جداً ونستعمل Penicilloylpolylysine إذا ما توقعنا أرج البنسلين .

المجدول ١١ - ٢ : يبين مضافات الأطعمة والأدوية التي تستعمل عن طريق الفم في اختبار التحريش الفموي لبيان التحساس الذاتي

اليوم	المادة	الكمية/ ملغ
١	تارترازين	١٠ - ٥٠ ملغ
	PHB esters	٥٠٠ ملغ
٢	مزيج أصبغة I (كينولين أصفر E104 أصفر برتقالي E110 Azorubin E122 Amaranth E123 (Cochineal red E124 Acetaminophen مزيج أصبغة ١١ Erythrocin E127) Patent blue E131 Indogitin E131 Brilliant black E151 (Pigment Brown E172	٥ ملغ من كل منها
٣	بزوات الصوديوم	٥٠ - ٢٥٠ - ٥٠٠ ملغ
٤	ميتايسولفيت بوتاسيوم	١٠ - ٥٠ - ١٠٠ ملغ
٥	أسبرين	٥٠ - ٢٠٠ - ٥٠٠ ملغ
٦	مادة غفل Placebo (إذا دعت إلى الحاجة إليها)	١٠٠٠ - ٥٠٠ ملغ

اختبار الخدش *Scratch Test* : ويجرى تخدش الجلد بمبضع اللقاحات أو بإبرة دوغما إدماء ، أو بأقل ما يمكن من الإدماء ، ويوضع مكان الخدش محلول مستضدي . ويزال هذا المحلول بعد ٥ دقائق والكمية التي تدخل الجلد أكثر مما هي في اختبار الوخز . وفي حال حدوث إيجابية عدة مستضدات في وقت واحد تنشأ حكة غير نوعية ، وشرى حاد وأعراض صدمة تتجلى بضعف عام وخفقان قلب ، وصعوبة تنفس نتيجة انطلاق الوسائط .

اختبار الحقن داخل الأدمة *Intradermal Test* : (راجع الشكلين ١١ - ٦ و ١١ - ٧) يحقن محلول المستضد المتوقع في الأدمة العليا ، وكمية المستضد التي تدخل إلى الجلد بهذه الطريقة هي أكثر بكثير منها في طريقة التفريك أو الوخز أو بالتخدش . ويجرى هذا الاختبار في الحالات التي تكون الاختبارات السابقة سلبية أو التي لم تقدم معلومات كافية . ويعد احتمال حدوث التفاعلات التأقانية واردة أكثر منه في الاختبارات السابقة . ويجرى هذا التفاعل لإظهار التفاعل الأرجي العاجل .

المحاليل التي تحتوي المستضدات : وتدعى محاليل المستضدات ، أو خلاصات المستضدات وهي متوفرة تجارياً وبتركيز معروفة .

القصة المرضية للمصاب : تؤخذ القصة المرضية بشكل مفصل قبل إجراء أي اختبار جلدي ، ويجب معرفة السوابق المرضية ، والحالات التأقانية ، والأرج السابق ، والاختبارات السابقة للمريض والمعالجات السابقة . ويجب أن لا تجرى هذه الاختبارات إذا كان المريض يتناول الستيروئيدات القشرية ، أو مضادات الهستامين ، أو موقفات غو الخلايا .

استطبابات اختبار الحقن داخل الجلد : يستطب اختبار الحقن داخل الأدمة في غط الأرج العاجل لمعرفة التفاعلات نحو الطعام أو الشبوقات التي تحدث الأرج العاجل ، وكذلك نحو غبار الطلع هذا المستضد الذي يمكن أن يحدث التفاعل العاجل من القطن I كالتهاب الملتحمة الأرجي ، والربو ، وزكام العلف . ويجرى الاختبار بعدة مستضدات منها ، على سبيل المثال لا الحصر : خلاصات الأعشاب والحشائش ، غبار الطلع ، الأنواع المختلفة من نباتات الفصيلة النجيلية ، والخضراوات ، واللحم ، والسمك والقشريات ، وسوس غبار المنزل ، وأشعار الحيوانات والعفن .

وإذا كان اختبار داخل الأدمة إيجابياً في بعض مجموعات هذه المستضدات ، تختبر بعد ذلك مستضدات خاصة (مثال أشعار الكلب ، القط ، الحصان ، البقر ، الأرنب أو غبار طلع

أنواع عديدة كغبار طلع النبق ، وشجر جار الماء Alder ، والزان ، والبتولا ، والبلوط .

اختبار كثافة المستضدات وشكل الاختبار : يعتمد اختبار كثافة المستضدات في محاليلها على درجة الحساسية المعروفة من القصة المرضية . وكلما كانت درجة الحساسية عالية ، دعت الحاجة إلى تمديد المادة $> 10^{-6}$ ، لتجنب التفاعلات التآقية وينطبق الشيء ذاته على شكل الاختبار ، فكلما كانت الحساسية شديدة ، وجب تخفيف كثافة المستضد الذي نختبره . ثم نبدأ باختبار الفرق ثم الوخز وهكذا .

تسجيل نتائج التفاعلات : تسجل نتائج التفاعلات الجلدية بعد ٢٠ دقيقة من إجرائها ، وتسجل الإيجابية بالانتبارات الحمراء أو البيضاء مع حمى انعكاسية مكان دخول المستضد . وتقدر درجته بالمقارنة مع تفاعلات مجموعة المراقبة التي تستعمل المصل الفيزيولوجي ومحلول المستامين (١،٠٪) وتسجل النتيجة + ، ++ ، +++ أو ++++ أو تقدر بالملمترات .

وتسجل نتيجة نمط التفاعل المركب المناعي (تفاعل نمط III) بعد ١٢ - ٢٤ ساعة .

يجب أن لا نجري اختبار الحقن داخل الجلد عند المصابين بكتوبية الجلد أو عند المصابين بالشرى المفتعل . لأن إجراء التفاعل يحدث رضاً لديهم وبالتالي يؤدي إلى تفاعل شروي غير نوعي . ولابد أن نذكر . إن تقييم اختبار الحقن داخل الجلد يحتاج إلى خبرة كبيرة ، إذ قد نحصل على نتائج سلبية حتى في الحالات التي تكون شديدة سريريا . ولابد من تقييم نتائج الاختبارات مع السريريات وثيقة الصلة بها . وهذا ينطبق بشكل خاص على المحاليل التي تستعمل في إنقاص التحسس من أرج غبار الطلع (التهاب الأنف التحسسي ، التهاب الملتحمة التحسسي ، الربو القصبي) .

تفاعل براوسنتر - كوستنر Prausnitz - Kustner Reaction : وهو اختبار جلدي غير مباشر يجرى بنقل الأضداد إلى جلد إنسان سليم لإثبات فرط الحساسية من النمط العاجل . وبسبب خطورة نقل مرض التهاب كبد بالحمة ب وحتى مرض الإيدز (المعمم) ، ولم يعد يجرى في الوقت الحاضر في التشخيص الأرجي وإنما يمكن أجرأه عند القردة بنجاح .

عيار IgE في المصل : تحدث بعض أنواع الشرى كما ذكرنا بآلية تتوسط بها الأضداد الجوالّة ، أي أنها تفاعلات منوطة بالغلوبيولين IgE نمط I . وهذا يعني حدوث تغيرات في قيم الغلوبيولين IgE في المصل ويمكن معايرته بالطرق التالية :

اختبار الامتصاص الشعاعي المناعي (RIST) : وترتكز هذه

الطريقة على ارتباط الأضداد anti-IgE في المصل مع أضداد IgE ومن ثم يتنافس هذا المركب مع IgE الموسوم شعاعياً (I¹²⁵) .

اختبار الامتصاص الشعاعي المناعي على الورق (PRIST) : ويشبه الاختبار الأول باستثناء أن الضد Anti-IgE موجود على الورق . حيث يتحد خلال دور الحضانة مع الغلوبيولين IgE في النموذج المطلوب دراسته . وتضاف بعد ذلك الأضداد الموسومة I¹²⁵ إليها وتشكل مركب مع جزئي IgE . والطريقة حساسة جداً وتكشف حتى الكميات القليلة (> 1 وحدة/ مل) من IgE في المصل والمقدار الطبيعي هو تحت ١٠٠ وحدة/ مل . ومعرفة مقدار IgE في المصل ذو قيمة محدودة في التشخيص أو التشخيص التفريقي بين أشكال الشرى المختلفة (راجع الشكل ١١ - ٨) .

اختبار الامتصاص الشعاعي الأرجي (RAST) : يقوم هذا الاختبار على معايرة الأضداد النوعية من نوع IgE في الدم . ويستعمل في هذا الاختبار أقراص ورقية . ويقوم مبدأ الاختبار على أن الأضداد من نوع IgE ترتبط بالمستضدات النوعية (المؤرجات) . ويمكن تحديد تركيز الأضداد النوعية بواسطة ضد IgE المرتبط باليود الموسوم I¹²⁵ (راجع الشكل ١١ - ٩) .

يمتاز هذا الاختبار بأنه يقدم نتائج كمية وفي الزجاج . ويتوفر العديد من المستضدات لإجراء هذا الاختبار مثل الأعشاب والحشائش وغبار الطلع ، والسوس ، والوسوف الحيوانية وغبار المنزل ، والعفن ، والأطعمة ، وسم الحشرات . ويمكن إجراء هذا الاختبار على البنسلين ، ويمكن بواسطته معايرة الأضداد من نوع IgG في الاختبار RAST - IgG .

ولهذا الاختبار فائدة كبيرة في مراقبة التمتع خلال المعالجة بطريقة إنقاص التحسس ، كما في أرج لدغ الحشرات . ويحد من نوعية هذا الاختبار حصار الأضداد ، إضافة إلى أن سلبية هذا الاختبار لا يعني أنه لا يوجد تحسس ، إذ قد يكون IgE في الجلد والنسج ولا يكون جوالاً في الدم . وفي مثل هذه الحالات يمكن إجراء اختبار التحريض لاستبعاد الأرج الحفيف . أما إيجابية التفاعل الكاذبة فنادرة عادة .

إضافة إلى الطرائق الشعاعية المناعية توجد طريقة اختبارات الامتصاص المناعي المرتبط بالإنظيمات (Eliza) . وتقوم على مبدأ مشابه وتضاهي بنوعيتها الاختبارات الشعاعية المناعية ، وتنفرد عليها بعدم استعمالها النظائر المشعة .

معايرة انطلاق المستامين في الزجاج : وتقوم على حث الأسس بمستضدات نوعية لإطلاق المستامين .

اختبارات مناعية أخرى : توجد تقنيات مناعية لمعايرة الأضداد (اختبار الانتشار في هلام الأغار ، التراص الدموي المتفعل) أو اختبار حث للمفاويات . وما تزال هذه الاختبارات قيد بحث وليس لها قيمة في التطبيق العملي في الوقت الحاضر .

معالجة الشرى الأرجي :

تقوم معالجة الشرى على معالجة سببية وأخرى عرضية . وتستند المعالجة السببية إلى إبعاد العوامل والمستضدات لإمراضية أي العوامل المسببة . وتستهدف المعالجة العرضية منع حدوث الانتبارات والحكة ، والوذمة العرقية العصبية والوذمة خنجرية ولسان المزمار ، والتظاهرات التأقية .

معالجة الشرى الحاد والشرى المتقطع المزمن :

التخلص من المستضدات : يؤخذ حليب المانيزا أو المسهلات الخفيفة في الحالات التي يكون فيها الطعام أو الدواء المأخوذ عن طريق الفم عاملاً مسبباً للشرى ، ويعطى بعد ذلك وسطاً يمتص بقية هذه المؤرجات مثل الفحم والروايتين Resins . وينصح المريض بتطبيق حمية لمدة ١ - ٣ أيام ، يتناول خلالها شيئاً خفيفاً دون حليب ويحلى الشاي بالديكستروز ، مع بعض أنواع البسكويت Rusks . أما إذا كان المريض قد تناول الدواء المؤرج عن طريق العضل أو الوريد ، فمن المستحيل التخلص من مؤرجاته .

مضادات الهستامين : تعمل مضادات الهستامين على منع ارتباط الهستامين بمستقبلات الهستامين (H1) في الأوعية الدموية والخلايا الأخرى وذلك بعملية تنافسية ، وتقوم بالإضافة إلى ذلك من تقليل النفوذية الوعائية . وتتملك مضادات الهستامين خصائص تسكينية خفيفة . ومن مضادات الهستامين ما هو ذو تأثير قصير كالكلستامين Clemastine ، وميليدرولين Meblydrolin ، تيرفينادين Terfenadine ، وقد كان يعطى عن طريق الفم أو طريق الحقن . ومنها ما هو ذو تأثير مديد وهي Dimetincen و Astemizole . وتعطى نهاراً مضادات الهستامين ضعيفة التمسكين والأقل تنويماً ، أما شديدة التنويم فتعطى في الليل . ويجب أن نحيط المريض علماً بخصائص مضادات الهستامين التنويمية ونحذره من قيادة السيارات أو الأعمال الأخرى الدقيقة أثناء تناولها .

المركبات التي تخفف النفوذية الوعائية : استعمل الكالسيوم ومركباته عن طريق الفم والحقن الوريدي لفترة طويلة . ولا يعرف حتى الآن الأساس الدوائي (الفارماكولوجي) لفائدتها . ويعتقد أيضاً بفائدة الحمض النيكوتيني .

الستيروئيدات القشرية : وتعطى كمضاد للأرج والنضح في

الحالات الشديدة من الشرى ، وفي الاختلاطات المهددة للحياة كما في وذمة الخنجرة والصدمة التأقية . تزيد الستيروئيدات من مقاومة الغشاء الخلوي للخلايا البدينة ، وبهذا تقلل من إطلاق الوسائط الحيوية ، وخاصة مستقبلات حمض الأراشيدونيك . ويمكن أن يعطى من الستيروئيدات القشرية الذوابة عن طريق الحقن العضلي أو الوريدي حتى ١٠٠٠ ملغ . وبعدها تعطى الستيروئيدات عن طريق الفم بمقدار ٤٠ - ٨٠ ملغ من الريدنيزولون ولبضعة أيام . وتعطى الستيروئيدات القشرية في الحالات المهددة للحياة في حالات الصدمة التأقية وذلك بعد إعطاء الأدرينالين والمركبات المشابهة بعد استقرار الجريان الدموي (راجع الشكل ١١ - ١٠) .

معالجة الصدمة التأقية : إنه من المهم في حالات التأق أولاً وضع قطرة وريدية ، وإعطاء الأبدال الدموية التي تحافظ على حجم الدم . ويفضل إعطاء المصل الفيزيولوجي الملحي . والعقار المنتخب الذي يجب أن يعطى للمريض هو الإنفريين وذلك للمحافظة على دوران دموي طبيعي ، وتعديل الوهط الدوراني . ويعطى الإنفريين حقناً تحت الجلد في البدء بمقدار ٠,٥ - ١ مل ، وذلك كل ساعة إلى ساعتين . ويعطى في الحالات المهددة للحياة ، عن طريق الحقن الوريدي وذلك بحقن ٣ مل من محلوله المد عشرة مرات (محلول الإنفريين واحد بالألف ١ أي أن واحد مل من هذا المحلول يمدد ١٠٠٠)

في ١٠ مل مصل فيزيولوجي) . وفي حالات الربو الحاد يعطى التيوفيللين حقناً وريدياً بمقدار ٠,٢٤ غرام عن طريق الوريد وبشكل بطيء . ومن المهم أن نتأكد من أن الطرق التنفسية سالكة لأنه قد نلجأ إلى تنبيب الخنجرة في حال حدوث وذمة الخنجرة ، وقد نحتاج إلى الأكسجين أيضاً .

المعالجة الموضعية في الشرى الحاد : تخفف المعالجات الموضعية من الأعراض وخاصة الحكة ، وينصح بتطبيق محاليل الزنك أو غيرها من المحاليل الملطفة كمحاليل مضادات الهستامين ، أو هلاماتها أو الكروتاميتون . وتزيل المحاليل الستيروئيدية القشرية أو الكريمات الحكة أيضاً . وكذلك تفيد المحاليل الكحولية في تخفيف الحكة (متول ١ غ ، تيمول ٠,٥ غ ، إيتانول ٦٠٪ حتى ١٠٠ مل) .

معالجة الشرى المزمن :

يؤدي الحد من دخول المستضدات إلى العضوية إلى شفاء الشرى المزمن . وينطبق ذلك أيضاً على : إزالة البؤر الخمجية ، ومعالجة الاحتشاش بالديدان بمضادات الديدان المناسبة ، واستبعاد المستضدات الغذائية ، أو مضافات الأطعمة ،

والمستضدات المستنشقة وغير ذلك من المستضدات التي يثبت أو يشك بإحداثها للشرى . ومن المهم تحذير المريض من تناول مضافات الأطعمة والساليسلات والمواد المشابهة لها وذلك للوقاية من ظاهرة عدم التحمل .

تعالج المبيضات البيض في السبيل الهضمي ، فقد تكون ممرضة وإن معالجتها ذات أهمية في معالجة الشرى المزمن . ونتبع في ذلك الخطوات التالية :

١ - الصادات : يعطى هيدروكلوريد التراسكلين ، أو أوكمي تراسكلين بمقدار ٢ غ يومياً في اليوم الأول وحتى اليوم الخامس .

٢ - مضادات المبيضات البيض : يعطى النستاتين بمقدار ٥.٠٠٠.٠٠٠ - ١٠.٠٠٠.٠٠٠ وحدة ٣ مرات يومياً منذ اليوم الأول ، أو يعطى أمفوتريسين ب بمقدار ١٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً .

٣ - تصحيح النبيت المعوي : اعتباراً من اليوم ٦ وحتى اليوم العشرين .

٤ - مضادات الهستامين : وتعطى للمريض اعتباراً من اليوم الأول وحتى اليوم السادس ، وبعد اليوم السادس تعطى مضادات الهستامين مديدة التأثير (الكلورفينيرامين ، دوكسين ، كلياستين) وبمقدار حبة مرتين إلى ثلاث مرات يومياً ، وتعطى قبل الطعام بمدة ١٠ دقائق ولمدة ٣ - ٦ أشهر أو أكثر . وهذه المشاركات الدوائية تحسن العديد من الحالات .

مضادات الهستامين : يقوم تأثيرها على إزالة الأعراض ولكنها ذات قيمة كبيرة في المعالجة . وتختلف نتائج النوع الواحد من مريض إلى آخر ، ولذلك تعالج كل حالة شرى على حدة . وعلينا إخبار المريض بتأثيراتها الجانبية الممكنة . ويفضل عدم إعطاء مضادات الهستامين الشديدة التركيز Sedative خلال النهار ومنها Diphenhydramine ، Chlorphenoxamine ، Dimethindene ويعطى عوضاً عنها Astemizole ، Doxepin ، Terfenadine ، Lorotidine ، Cetirizine و Mebhydrolin . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار التأثير Interaction بين مضادات الهستامين والمسكنات والمنومات ، والأدوية المؤثرة نفسياً والكحول . تعطى مضادات الهستامين في الشرى الذي ينجم عن الاضطرابات الهضمية وذلك قبل الطعام ، وقد تشارك في بعض الحالات ضواد Antagonists مستقبلات هـ ١ H₁ ، مع ضواد هـ ٢ H₂ ومنها السيمتدين ، وقد تكون ذات فائدة .

المركبات التي تقلل من النفوذية الوعائية : وهي أملاح الكالسيوم ، وفعلها غير ثابت ، ولكن ما تزال توصف حتى الآن . ويذكر المرضى أنها مفيدة ، وتعطى عن طريق الفم في الشرى المزمن . وينبغي ألا توصف لفترة طويلة . يؤثر حمض النيكوتينيك والنيكوتينات على جريان الدم وتؤدي إلى ارتخاء العضلات ، وتمنع تكسب الصفائح وتثبط تشكل المركبات المناعية .

الستيروئيدات القشرية : لا تعطى الستيروئيدات القشرية في الشرى المزمن ويجب تحاشي وصفها ما أمكن ، حيث أنها تعمل كمخففة للمرض فقط . وإذا ما اضطررنا إلى استعمالها فتعطى بمقادير صغيرة حتى لا تؤدي مع الاستعمال المديد إلى داء كوشينغ (حوالي ٧,٥ ملغ/يومياً من البريدنيزولون أو ما يعادلها) .

الاستدعاء الذاتي : ما يزال بعض الأطباء يصف مثل هذه المعالجات ، بحسن المريض عضلياً من دمه المأخوذ من الوريد . ولكن آلية فعل هذه المعالجة ومدى فائدتها غير معروفة حتى الآن .

إنقاص التحسس النوعي : ويتم فيها إنقاص التحسس النوعي في حالات التفاعل الشروي الأرجي من النمط I ، وذلك عندما يعرف المستضد المسبب . وما زالت محصورة حتى الآن في حالات التحسس نحو سم النحل والزنايز .

القوت : يوصف القوت الخالي من المؤرجات في الشرى المنسب عن الطعام الذي يحتوي على المؤرجات ، وعلى الأطباء أن يضعوا في حساباتهم « متلازمة عدم التحمل » التي تحدثها الساليسلات ومضافات الأطعمة .

دي صوديوم كروموكلايكيت Disodium Cromoglycate : يساعد هذا العقار على تقوية الغشاء القاعدي للخلايا البدينة ، وهذا بدوره يثبط انطلاق الهستامين من هذه الخلايا ، وتوصف للوقاية . وتقوم بهذا الفعل إذا ما طبقت موضعياً . وهي متوفرة تجارياً على شكل بودرة أو ضبوبات Aerosol ، قطرات أو رذاذ spray . وتستعمل الأخيرة في الوقاية من الربو القصبي ، أو زكام العلف أو التهاب الأمعاء . وليس لها مكان في معالجة الشرى المزمن ؛ سوى في حالات الأرج المحدث بالأطعمة .

التهاب الأوعية الشروي Urticarial Vasculitis : [McDuffie et al 1973]

التعريف : التهاب الأوعية الشروي هو متلازمة تتظاهر على الجلد على شكل شرى مزمن ، وتترأى نسيجياً بالتهاب أوعية

آخر وكاسر للكريات البيض . وتترافق باضطرابات داخلية عديدة ، وتتصف بعلامات نسجية ونسجية مناعية واضحة .

حدوث الداء : يتواجد التهاب الأوعية الشرياني بنسبة ١ - ٥٪ من جميع حوادث مرضى الشرى المزمن . وأكثر ما يصيب النساء ، ولا توجد إثباتات لدور الوراثة فيه .

الإمراض : يعتقد بأن المرض مناعي ذاتي على أرضية التهاب وُوعية بمركب مناعي (التهاب الوريدات Venulitis) بآلية أرجية نمط III . وأكثر ما يصيب الأوعية الشعرية الوريدية ، تحت الطبقة الحليمية . وتشاهد المتلازمة مرافقة للذئب الحمامي وأمراض النسيج الضام الأخرى ، وكذلك الأحماج كالتهاب الكبد والغلوبولينات القرية .

الموجودات السريرية : يتصف بشرى مزمن متقطع ولفترة تصل حتى ٢ - ١٢ سنة . وتتصف الآفات الشريانية الحادة بأنها انتبازات محدودة صلبة ، حمراء اللون ، أو قد تكون على شكل حمامى مرتفعة ، يمكن أن تترافق بحجر أحياناً . تبقى الاندفاعات من ١٢ - ٢٤ ساعة ونادراً حتى ٧٢ ساعة . وتترافق التظاهرات الجلدية مع أعراض أخرى كالتهاب المفاصل مع تورم فيها ، وآلام عضلية ، وآلام بطنية واعتلال عقد لمفية متعددة ، ونادراً التهاب كبيبات الكلى .

الأعراض : آلام مفصلية وعضلية مع حكة .

الموجودات المخبرية : تعد الموجودات المخبرية فيه وصفية : ترتفع سرعة التثفل ، ويزداد تعداد الكريات البيض ، والحمضات ، وتنقص المتممة في ٥٠٪ من الحالات C1, C3, C4, C5 . وتكون الأضداد المضادة للنوى وانعامل الرثواني إيجابيين في بعض الحالات ، وكذلك الغلوبولينات القرية .

سير المرض : سيره مزمن وقد يستمر لسنوات عديدة .

التشخيص : يتصف المرض بشرى مزمن ، والتهاب مفاصل ، وآلام بطنية وأحياناً التهاب كبيبات الكلى ، والخزعة مهمة في التشخيص .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق المرض عن الغلوبولينات القرية (تحري الغلوبولينات القرية) ، وعن الذئب الحمامي المجموعي (بدراسة الأضداد المضادة للنوى ، اختبار الشريط الذئباني المناعي وغير ذلك) ، وكذلك عن التهاب الأوعية الأرجي - كغرفرية هينوخ - شونلاين .

المعالجة :

معالجة الجهازية : معالجة عرضية بمضادات الهستامين أو نيردينزون ٣٠ ملغ يومياً ، ونتائج هذه المعالجة غير مجدية عادة . تعطى أحياناً كابتات المناعة كالأزاثيوبرين ،

٦ - ميركابتوبرين ، وقد تكون ذات فائدة . يعطى الاندوميتاسين ، وحمض النيكوتينيك والكولشيسين . وقد أحدثت تحسناً في بعض الحالات . ويمكن إعطاء الدابسون .

المعالجة الموضعية : يمكن تطبيق محاليل الزنك ، ومحاليل مضادات الهستامين ؛ أو تعطى على شكل هلامات ؛ وكذلك الريمبات الستيروئيدية .

الوذمة العرقية Angioedema : [Quincke 1882]

الترادفات : وذمة كونيك ، الوذمة العرقية العصبية ، الوذمة الجلدية الحادة المحدودة .

التعريف : تتصف الوذمة العرقية بأنها تورم في الجلد حاد محدود ناتج عن الوذمة في الطبقة تحت الأدمة .

حدوث الداء : أكثر ما يصيب النساء الشباب ، ولا يعرف وجود عوامل وراثية فيه ، ولا يترافق مع التأتب .

الإمراض : تحدث الوذمة العرقية بنمط تفاعل أرجي عاجل (تفاعل I) وعلى العكس من الشرى ، فهي عميقة وتصل حتى الطبقة تحت الأدمة ، ولهذا يطلق عليها الشرى العميق ، وقد تحدث الوذمة العرقية متعاقبة مع الشرى الحاد أو الشرى المزمن المتقطع ، أو كعلامة من علامات التفاعل التأقاني ، ولهذا يجب البحث عن التهاب المزمار والوذمة العرقية في الحنجرة .

يصعب تحديد آلية الوذمة العرقية ولهذا تعتبر الوذمة العرقية غامضة في غالبية الحالات . ولكن تعتبر بوجه عام أنها ناتجة عن عامل مؤرج . ولهذا يمكن أن يكون سببها البروتينات الطعامية ، أو مضافات الأطعمة ، أو الأدوية أو المؤرجات المستنشقة أو مؤرجات بالتماس مع النباتات . ولا تعتبر الوذمة العرقية على الأغلب تظاهرة أرج كاذب (عدم تحمل أو تحساس ذاتي) (انظر بحث الشرى غير المناعي المحدث بالأدوية) نحو الساليسلات . وقد افترض أنها تحدث من جراء بعض الاضطرابات الهضمية ، أو الغدية (الغدة الدرقية) ، أو اضطرابات نفسية جسمية .

الموجودات السريرية : نادراً ما تبدأ الوذمة العرقية بأعراض منبهة كفقْدان الشهية ، أو اضطرابات هضمية أو بالحياج . وبعد ذلك تبدأ الوذمة بانتفاخ في الجلد أو في الأغشية المخاطية . ويكون التورم محدوداً وعميقاً ، عجيني الملمس ، يترافق بشد وتوتر في المنطقة المصابة ، ولكن لا تترافق الوذمة العرقية بالحكة . وأكثر المناطق تعرضاً للإصابة هي الأجنان ، والشفتان ، والأعضاء التناسلية والأطراف قرب المفاصل . ويكون الجلد المصاب شاحباً أو محمراً قليلاً على الأغلب .

ويغلب أن تكون الإصابة وحيدة ولكن قد تتعدد . وتصل الإصابة إلى الذروة خلال ساعات ، ثم تراجع أيضاً خلال ساعات حيث تزول خلال ٨ - ٢٤ ساعة . ويمكن أن تؤدي الوذمة العرقية إلى الاختناق الحاد نتيجة إصابة الوذمة العرقية للأغشية المخاطية ، كما في إصابة اللسان أو الحنجرة أو البلعوم . وعادة ما تميل الوذمة للنكس وتعود الآفة للظهور في نفس المكان . ويمكن أن يأخذ الجلد المصاب منظرًا متهدلاً رخوًا ، ويعطى منظر استرخاء جلد ثانوي (راجع الشكل ١١ - ١١) .

الأمراض المرافقة : الأعراض المرافقة للمرض خفيفة عادة ، وقد تترافق بالشرى أو قد تكون جزءًا من التفاعل التأقي . وقد تترافق بالصرع ، ومع البيلة الدموية الاشتدادية أحياناً . وقد ذكر ترافقها مع اضطرابات عصبية نفسية ، ومع الشقيقة ، وتشنج الكولون والربو القصبي .

التشريح المرضي النسيجي : تكون الوذمة في النسيج الضام والشحمي تحت الجلد ، وأحياناً تترافق مع تفاعل التهابي خفيف حول الأوعية وازدياد في الحمضات .

سير المرض : يمكن أن تكون الوذمة العرقية حادة وتؤلف جزءاً من التفاعل التأقاني من النمط I ، أو كتفاعل عدم تحمل مزمن أو تأقي غامض دون إمكانية تحديد السبب ، أو أنها مزمنة كتفاعل أرجي تشبه الشرى المزمن أو ترافقه .

الإنذار : يعطى الإنذار بحذر وخاصة في الحالات المهددة للحياة .

التشخيص : كما في حالات الشرى الحاد والمزمن المتقطع أو الشرى المزمن الناكس .

التشخيص التفريقي : يؤدي التهاب الجلد الحاد بالتماس إلى وذمة شديدة ، ويكون الجلد مصاباً دائماً بالالتهاب ومحمراً وحاكاً بشدة . وتؤدي الحمرة أو التهاب النسيج الخلوي تحت الجلد إلى توذم شديد ، يتصف كل منهما بترفع حروري ، وارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة الكريات البيض . ويؤدي الحلاّ النطاقي ، وخاصة إصابة الأعصاب الانتهاية ، إلى اندفاعات حويصلية . ولا تترافق الوذمة العرقية الوراثية بالشرى بوجه عام ، وتشخص الأخيرة بناء على وجود الإصابات العائلية . ولا ننسى بالتشخيص التفريقي الوذمة اللمفية الناتجة عن متلازمة ميلكرسون - روزنتال .

المعالجة : كما في معالجة الشرى التي أتينا على ذكرها .

الوذمة العرقية الوراثية Hereditary Angioedema :

المتراذفات : وذمة كوينكة الوراثية .

التعريف : مرض عائلي وراثي . يتصف بوذمة وبانتفاخ تحت الجلد ، وقد يترافق بأعراض مجموعة . ويبدأ في الطفولة عادة .

الحدوث : نادر جداً ، ويعتبر داءً وراثياً ونسبته ٠,٤ ٪ بالنسبة لمرضى الشرى والوذمة العرقية . أكثر ما يصيب النساء ويبدأ بأعمار قبل سن الخامسة عشرة . وتفترض الإصابة العائلية وجود جينات جسمية سائدة . ويورث العيب في المتممة وذلك كما يلي : عوز أو غياب معطل C1 (مشط C1 استراز) . وإن معطل C1 هو ألفا - غلوبلين وهو لا يؤثر على تفعيل المتممة فحسب وإنما يؤثر على تشكيل الكينين Kinin أيضاً . كما يشبط عامل تفعيل هاجمان Hagemann Factor ، والكالكرين والبلاسين . يمكن أن تكون المعطلة الوظيفية بدلاً من العملية المناعية الكيميائية للبروتينات .

الموجودات السريرية : يعتبر التواجد العائلي أهم مكونات المرض . وتتألف أمارات المرض من تعب ، وصداع ، وتوعك في الصحة و/أو إقياء . ويتظاهر عادة بتورم يشبه ما يحدث في الوذمة العرقية ، ويصيب الجلد أو الأغشية المخاطية . ويمكن أن تملأ الوذمة العرقية الوراثية رض الجلد أو تحدث بعد إصابته بأذية وفي حالات الكرب ، ولكن يغلب ظهورها دون سبب واضح . وهي لا تميل للتوضع في مكان معين ، ولا تترافق باندفاع شروي وهي ليست حادة . تغيب الوذمة العرقية الوراثية بعد بضع ساعات ، وقد يستغرق غيابها يوماً أو يومين .

الأعراض : يشعر المصاب بتوتر في جلده مكان الإصابة ولا يشعر بالحكة . ويعاني بعض المرضى من آلام بطنية ، لمدة يوم إلى يومين ، تترافق بإقياء وآلام معدية شديدة تشبه حالات البطن الحادة . ويرجع أن يكون منشأ هذه الشكاوي الهضمية إصابات حادة في جدار الأمعاء . ولا تترافق الوذمة الوعائية الوراثية بالحمى أو بكثرة الكريات البيض ، ولا يتوتر جدار البطن .

التشريح المرضي النسيجي : تؤدي إلى وذمة في الطبقة ما تحت الجلد وإلى توسع في الشعريات دون رشاحة التهابية . ويمكن إحداث هذه التغيرات وذلك بالحقن التجريبي لمادة C1 Estrase في الجلد .

سير المرض : إن أخطر ما يواجه المريض هو إصابة الوذمة الحنجرية وبالتالي الاختناق . ويموت بعض المرضى قبل أن يصلوا سن البلوغ . ولقد سجلت إصابة بعض المرضى بالذئب الحماي وبالغرن اللمفي Lymphosarcoma .

التشخيص : يستند تشخيص الآفة إلى حدوث الإصابات العائلية في الطفولة . تقل كمية جملة المتممة وخاصة C4 ،

وكسنت تقل كمية معطل C1 في الدم . وقد يكون تركيز الحروتين معطل C1 طبيعياً أو أكثر من الطبيعي في ٢٠٪ من حالات ولا يقوم في هذه الحالات بوظيفته بشكل طبيعي ، ولكنه ليس طبيعياً عندما يستقصى بالرحلان الكهربائي .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الوذمة العرقية الوراثية عن الوذمة العرقية المكتسبة وخاصة عند البالغين . وغالباً ما تترافق لأخيرة بشرى وحكة .

المعالجة : إن إعطاء مضادات الهستامين والكالسيوم وحبسبروئيدات القشرية ذو فائدة قليلة في الوذمة العرقية الوراثية . ويعطى في الحالات الحادة وبشكل متقطع لإينفريين - باكراً ما أمكن - والمصورة الطازجة بمقدار ٤٠٠ - ٢٠٠٠ مل والتي تحتوي على معطل C1 بتركيز كلف ، أو يعطى عن طريق الحقن الوريدي العامل المعطل لامتمة C1 المنقى وبمقدار ٣٠٠٠ - ٦٠٠٠ وحدة . ويمكن أن تعطى وقائياً في حالات الإجراءات الرضحية كالجراحة أو نزاع الأسنان . ومن المعالجات الناجحة التي تقي من حدوث الوذمة الوعائية الوراثية إعطاء جرعة عالية من الأدوية المضادة خل اللييفات وهو حمض إيسيلون - أمينوكابرويك Epsilon - Aminocaporic Acid أو حمض الترانسيسيكساميك Transexamic ومن المعالجات الأخرى المفيدة في الوقاية من هجمات هذه الوذمة إعطاء الدنازول Danazole بمقدار ٢٠٠ - ٦٠٠ ملغ يومياً . ولا يقتصر هذا الأندروجين على الوقاية وإنما يؤدي إلى تركيب طبيعي في معطل C1 استراز والتممة C4 . وتختلف الجرعة باختلاف الحالات ومدى ظهور التأثيرات الحساسية للعقار . ويعطى بجرعة بدئية مقدارها ٦٠٠ ملغ وتخفف حتى ٢٥٠ ملغ كل يومين .

أرج سم النحل والزناير

: Bee and Wasp Venom Allergy

يحدث سم النحل والزناير أرجاً خلطياً من غط عاجل (غط I) نتيجة لدغ النحل أو الزناير . وتحدث هذه التفاعلات نتيجة انطلاق الوسائط ومنها هستامين . ويتألف سم هذه الحشرات بصورة رئيسية من إنزيمات متنوعة ومن ببتيدات وأمينات حيوية . وتوجد في سم النحل مواد مختلفة كالهستامين والميليتين Mellitin و MCD peptide ، والأبامين Apamine واهيالورونيداز والفوسفوليپاز . وإضافة إلى الهستامين يحتوي سم الزناير السيروتينين وكيتين خاص وإنزيمات .

الموجودات السريرية : يتظاهر الأرج الناتج عن لسع النحل والزناير بما يلي :

- وذمة محدودة في مكان اللدغ .
- أعراض تأقانية تؤدي إلى صدمة تأقية .
- شرى حاد يترافق بوذمة حادة أحياناً .

التشخيص : يعتمد التشخيص على القصة السريرية والاختبارات الجلدية وتفاعل RAST .

المعالجة : قد تكون الإصابة مهددة للحياة في بعض الحالات وتحتاج إلى معالجة سريعة وعاجلة (انظر بحث معالجة الشرى الأرجي) . ويمكن إنقاص التحسس بالمستضدات المنتقا . ويعطى الابنفريين إلى المصابين .

إنقاص التحسس Desensitization or Hyposensitization :

يعرف الحد من فرط التحسس العاجل والسريع بإنقاص التحسس أو إزالته . وتعتمد المحاولات التي تجرى على تقليل تحسس المريض وذلك بإعطائه جرعات من المؤرج . هذا وإن التي تم بها غير واضحة حتى الآن .

نظرية إزالة أو أنقاص التحسس : تؤدي إزالة التحسس إلى تشكيل ما يسمى حاصرات الأضداد IgG والتي تشكل نتيجة تكرار حقن المستضدات بكميات متزايدة . وفي الأشخاص التأثيين يؤدي أرج غبار الطلع أو أرج الحشرات إلى أن تقوم الأضداد IgG إلى حصر أضداد IgE وتثبط التأثير بين المؤرجات والخلايا البدنية المحسنة بالغلوبولين IgE . ومن الأهمية بمكان ذكر الحقيقة القائلة إن إزالة التحسس يؤدي إلى تفعيل CD8 (خلايا ت الكابتة) ويحتمل أيضاً تشكيل أضداد مضادة سغلوبولين IgE .

استطبابات إزالة التحسس : تستطب إزالة التحسس في أمراض الأرج التي تحدث بنمط أرجي عاجل (أرج غبار الطلع ، أرج الحشرات ، أرج غبار المنزل ، أرج أشعار الحيوانات وغيرها) ، وكذلك إذا كان المريض بحالة خطيرة إذا ما تعرض للسع النحل أو الزناير وإمكانية حدوث صدمة تأقية لديه إضافة إلى الحالات التي لا يمكن تجنب المؤرج فيها . ويجب أن يجرى الاختبار الجلدي للمؤرج ومعايرة IgE واختبار RAST .

كيفية إجراء إنقاص أو إزالة التحسس : يجب معرفة المؤرج المحدد للإصابة بالاختبارات بالزجاج وبالحياة ، والذي عرف عن هذا المؤرج أنه محدث للأعراض عند المريض ، وكقاعدة تجرى معالجة المصاب بالأرج نحو غبار الطلع (الطلاع pollinosis) في فصل الخريف أي قبل مجيء فصل الربيع الذي يظهر فيه غبار الطلع وتخضر خلاصات المؤرجات بشكل نقي

نحو غبار الطلع لمدة ٣ سنوات وقبل تعرض المريض للغبار كما ذكرنا والنتائج لا تتجاوز ٣٠٪ شفاء و ٣٠٪ تحسن . ويجرى إنقاص التحسس أو ما يسمى إنقاص التحسس الاندفاعي في أرج النحل والزناير في المشفى .

جداً ومن قبل شركات تجارية عديدة . تجرى المعالجة على يد طبيب خبير بهذه المعالجات ويجب أن يكون بجانبه المواد الإسعافية اللازمة . تحقن المؤرجات تحت الجلد ويجب أن لا تحقن داخل الأوعية الدموية ، ويجرى إنقاص أو إزالة التحسس

الفصل الثاني عشر

التهاب الجلد والإكزيمة

Dermatitis and Eczema

د . هناء المسوكر

والأقل ميلاً للتراجع العفوي . ويجب أن يعرف الطبيب جميع درجات التهاب الجلد التي يمكن أن تصادف خلال سير الداء . فعلى سبيل المثال : قد يصبح التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهامس ، مزمنًا لدى تكرر التهامس مع المستأرجات المسببة Allergens ، أي أنه يتحول إلى إكزيمة . وبشكل مشابه قد تبدي الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهامس تفاقمات حادة بسبب التعرض المتجدد لتلك المستأرجات المسببة . ويُعد هذا التفريق ذو فائدة خاصة أثناء الممارسة العملية لإمكانية تحديد العامل المسبب وانتقاء العلاج الأفضل .

إن الشرح المفصل أعلاه هو الأساس الذي ارتكز عليه أثناء وضع التصنيف التالي :

– التهاب الجلد الحاد بالتهامس : التخريشي أو الأرجي :
Acute contact dermatitis irritant or allergic .
– الإكزيمة المزمنة بالتهامس : التخريشية التراكمية أو الأرجية :
Chronic Contact eczema cumulative irritant or allergic .

– الإكزيمة المثية : Seborrheic eczema .
– الإكزيمة النمّية (الجرثومية) : Nummular (Microbial) eczema .
– الإكزيمة التأتبية : Atopic eczema .

التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتهامس والإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية بالتهامس :

قد ينتج التهاب الجلد الحاد التخريشي (الانسمامي) بالتهامس عن تعرض وحيد لمادة سامة إجبارياً . هذه المادة بالتعريف عنصر أولي قوي ومخرب للجلد عند جميع الناس على السواء . أما الإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية بالتهامس فتنتج عن التعرض المتكرر للمواد المخرشة للجلد والضعيفة الشدة لدى أشخاص مؤهين للإصابة . وتشاهد تبدلات التهابية جلدية مع إصابة بشروية واضحة في كلا الحالتين .

التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتهامس : Acute irritant Contact Dermatitis

المترادفات : التهاب الجلد الحاد اللاأرجي بالتهامس ، التهاب الجلد التخريشي ، الإكزيمة الحادة الانسمامية بالتهامس .

يوصف التهاب الجلد والإكزيمة على أنهما من أشكال تفاعل عدم التحمل البشري . وتشير الاحصائيات الدقيقة إلى شيوعه الواسع ، إذ أن حوالي ١٥ – ٢٥٪ من المرضى الجلديين مصابون بالتهاب جلد أو إكزيمة . ويُعد التهاب الجلد والإكزيمة من الآفات اللاخمجية ، فهما بالنتيجة من الجلادات الالتهابية غير المعدية . وتؤدي التبدلات المرضية البشرية والأدمية فيهما إلى صور سريرية مميزة لهما . وتشاهد في الحالات الحادة منهما تبدلات جلدية التهابية ناتجة ، مترافقة باحمرار وتوذّم وتشكل خويصلات والنز والتجلب ، بينما تشاهد حديثات التهابية تكاثرية في الحالات المزمنة منها ، تترافق بالاحمرار وبشخّن لبشرة (شواك Acanthosis) وبالتوسف وبالتحزّز . وتترافق مع الحكّة دوماً . وهذه الجلادات قد تكون داخلية أو خارجية المنشأ ، ويمكن أن تنجم عن العوامل الضارة المؤذية للجلد ، المعروفة وغير المعروفة . وقد تكون هذه العوامل الضارة سامة أو مؤرجة .

التسمية : إن مصطلحي التهاب الجلد والإكزيمة ليسا معيارين حتى الوقت الحاضر . وسبب ذلك يعود إلى عدم القدرة على وضع تصنيف مقنع يعتمد إما على الأسباب أو على الأمراض . وكثيراً ما يستخدم هذان المصطلحان بشكل تبادلي أثناء وضع تشخيص سريري بالاعتماد على سير الحالة المرضية ، ويتكلم البعض عن التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد والمزمن ، وعن الإكزيمة الحادة وتحت الحادة والمزمنة . وبالرغم أنهم يستخدمون مصطلحين مغايرين إلا أنهم في الحقيقة يتكلمون عن حالة واحدة . ويزداد في الوقت الحاضر استخدام مصطلح (التهاب الجلد Dermatitis) للدلالة على هذه الحالات . وفي الوقت نفسه نودّ أن نحتفظ بالمصطلح القديم « إكزيمة » الذي لا يزال يستخدم بشكل واسع في نواح كثيرة من أوروبا للتعبير عن حالات تفاعل عدم التحمل البشري المتميز بالالتهاب وإلّا زمن . لقد كنا خلال ممارستنا الطبية في العقود الماضية ميّالين لاستخدام مصطلح « التهاب الجلد » للدلالة على الحالات ذات السير الحاد والتراجع السريع ، واستخدام مصطلح « الإكزيمة » للدلالة على الحالات ذات السير المزمن

التعريف : يتطور التهاب الجلد الحاد التخرشي بالتماس كتفاعل التهابي حاد تجاه التماس مع مادة مخرشة تخرب الجلد السوي .

الحدوث : ليس نادراً ، لكنه أقل شيوعاً من التهاب الجلد الأرجي بالتماس ، ويصادف عند كل الأشخاص الذين هم على تماس مع المادة السامة التي تسبب المرض . وأهمية العوامل الوراثية هنا محدودة ، حيث تعتمد الأعراض على العوامل الشخصية فقط . وعلى سبيل المثال فإن التهاب الجلد الشمسي (الحرق الشمسي) إنما يعتمد على محتوى الجلد من القتامين وعلى سماكة الطبقة المتقرنة .

الإمراض : يحدث التهاب الجلد الحاد التخرشي بالتماس عند تماس الجلد مع المادة المخرشة ، وتعتمد شدة التبدلات الجلدية بشكل جوهري على تركيز المادة المخرشة ، ومدة التماس ، وعلى عوامل شخصية أخرى مثل جلد الناحية المصابة ، وسماكة الطبقة المتقرنة ، ودرجة التصبغ ، وعلى قدرة سطح الجلد الدائرية . تخرب المواد المخرشة الخلايا في البشرة والأدمة مما يؤدي بالنتيجة إلى حدوث تفاعل التهابي نضحي في الطبقات العلوية من الجلد . وتختلف المدة الزمنية الفاصلة بين التماس مع المادة المخرشة وحدوث الأعراض الالتهابية الحادة ، لكنها أقل من ٢٤ ساعة عادة . وتعتمد هذه الفترة الزمنية الفاصلة بشكل كبير على نوع المادة المخرشة وتركيزها وفترة التماس معها . فإذا كانت المادة شديدة التخريب للجلد مثل القلويات والحموض ، تكون فترة الحضانة لبضع دقائق فقط أو قد ينجم عن ذلك أذية كآوية (مثال : حروق الإسمت ، الكمي بالحموض) . وتنحصر الآفات الجلدية والأعراض في ناحية التماس فقط وتشفى دون نكس إذا تم الابتعاد عن المادة المخرشة (يتوقف التأثير بإبعاد السبب) . ويمكن الحصول على التفاصيل من المرضى بسهولة إذا كانت المادة المخرشة شديدة التأثير .

إن عدد المخرشات الموجودة في بيئتنا كبير جداً في الوقت الراهن ، ولكن ندرج فيما يلي أكثرها شيوعاً :

المخرشات الفيزيائية : الأشعة فوق البنفسجية ، الأشعة السينية ، والإشعاعات المؤذية الأخرى ، الأذيات الحرارية .

مخرشات التماس الكيميائية : محاليل القلويات والحموض ، المذيبات العضوية مثل Xylene ، البنزين . مذييات الشحوم (الأسيتون ، رباعي كلوريد الفحم) ، المنظفات ، المستحضرات الكيميائية ، المواد النباتية ومستحضراتها مثل زيت حب الملوك (Croton Oil) وشقائق النعمان والهليون والخردل وعصارات بعض الفواكه ، وكذلك المواد السمية ضيائياً والتي تؤدي إلى التهاب جلد حاد انهماجي ضيائي بالتماس وذلك بعد أن يتم تفعيلها بالأشعة فوق البنفسجية سواء منها

الطبيعية (أشعة الشمس) أو الاصطناعية ، بالإضافة لذلك هناك عناصر كيميائية حربية تؤدي إلى تخرب جلدي بدئي مثل الغاز المسيل للدموع وغاز الخردل وغيرها .

وتعتمد الآلية الإمراضية لالتهاب الجلد الحاد التخرشي بالتماس على طبيعة التخريب الجلدي الحادث (مثل تثبيط فعالية الإنزيم في الخلايا المتقرنة بواسطة بعض عناصر الحرب الكيميائية ، التدخل في استقلاب الدنا DNA) . وفي كل الحالات الشديدة يحدث التهاب نضحي حاد قد يؤدي إلى تشكل حويصلي شديد .

الموجودات السريرية : تظهر التبدلات الجلدية في الناحية المتأثرة بالمادة المخرشة ، ولذلك يكون توضع الداء غير متناظر . وليست هناك أية ظواهر جلدية معممة كالتي يمتاز بها التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس . وتوجد عدة أطوار متعاقبة خلال سير الداء كالتي نراها مثلاً في اختبار زيت حب الملوك لهرا (التهاب الجلد بحب الملوك) أو بعد حرق الشمس (التهاب الجلد الشمسي) . وتبديل الشكليات السريرية للجلد مع تقدم الزمن (تعدد الأشكال باختلاف الأزمان) حيث يمكن أن تميز للآفة الأطوار (المراحل) التالية (راجع الشكل ١٢ - ١) :

طور الحمامي : أو طور الحمامي والوذمة حيث يحدث تفاعل التهابي نضحي في منطقة التماس يبدو سريرياً على شكل حمامي حادة واضحة يرافقها تورم وذمي (الشكل ١٢ - ٢) .

طور التحوصل Vesicular Stage : أو طور تشكل الحويصلات والفقايعات : يظهر اندفاع جلدي مؤلف من حويصلات صغيرة أو كبيرة في منطقة الاحمرار والتورم ، هذه الحويصلات تكون داخل البشرة وتمتلك غطاءً رقيقاً نسبياً ، تنفجر هذه الحويصلات بسرعة تاركة وراءها تآكلات نقطية صغيرة (نقاط Devergie) ، تتحد مع بعضها لتشكل سطوح تآكلية .

طور النضح Exudative Stage (الطور الرطب) : ويتميز بوجود سطوح تآكلية التهابية واحمرارية نازة .

طور التجلب : تجف مفرزات النواحي التآكلية مشكلة الجلبات ، وتشكل الحويصلات الإفرادية جلباً نقطية صغيرة مشخصة لالتهاب الجلد الحويصلي (نقاط Devergie) (التجلية) .

طور التوسف Scaling Stage (الطور الوسفي) : تؤدي حدثيات التجدد الخلوي إلى إنهاء التخريب والتخريش الجلديين حيث يعاد تشكل البشرة وتتساقط الجلب ، وتؤدي الفعالية التجددية البشرية إلى التوسف (الشكل ١٢ - ٣) .

ضرر خماسي التبقية : يبدو سطح الجلد طبيعياً تماماً بعد تجدد البشرة ولا يدي سوى احمرار خفيف يشير إلى مكان توضع الآفة تشافية .

لا تحدث جميع هذه الأطوار بالضرورة في كل حالة من التهاب الجلد الحاد التخرشي فقد يغيب التحوصل والتز عندما يكون تحرب الجلد خفيفاً . وكذلك يمكن للحويصلات أن تحف ويمر الداء إلى الشفاء خلال طور التوسف ، وفي بعض الأحيان لا يظهر سوى طور الحماسي .

الأعراض : لا توجد أعراض مجموعة أو حمى ، أما إذا كان تحرب الجلد واسعاً جداً فقد تظهر هذه الأعراض . وتعتبر حكة والألم من الأعراض الشخصية ، وشدهما تتوافق وشدة الآفة .

التشريح المرضي النسجي : يؤدي العنصر المخرش إلى حدوث التهاب حاد يترافق مع وذمة بين الخلايا (سفاج) وتشكل حويصلي داخل البشرة . وتوجد علامات الالتهاب الحاد لنضحي في أقسام الأدمة العلوية يرافقها توسع في الأوعية الشعرية ووذمة حول الأوعية الأدمية ورشاحة النهاية مؤلفة من خلايا اندثرية الشكل بالإضافة إلى تسرب هذه الخلايا إلى البشرة ، وفي كثير من الأحيان نجد تسرب أعداداً كبيرة من نعدلات .

المسح : الشفاء عفوي ، حيث يتراجع التهاب الجلد الحاد لدى ندى انتخلص من العامل المخرش ، ولكن قد يؤدي التهاب الجلد الحاد التخرشي إلى حدوث تحمس بالتهاب مع نفس العامل نسب مما يؤدي بالنتيجة إلى حدوث التهاب جلد حاد أرجي يتحمس لدى تماس مرة ثانية مع العامل المخرش ولو كان بتركيز خفيف جداً .

دلائل التشخيص : البدء الحاد ، التوضع غير المتناظر في العادة ، غياب الأعراض المجموعية ، تعاقب مراحل أو أطوار لالتهاب (اختلاف الشكل باختلاف الأزمان) ، القصة مرضية المناسبة .

التشخيص التفريقي : ويعتمد على الناحية الجلدية المصابة بالتهاب الجلد التخرشي ويجب التفكير بالحُمرة (حمى ، كثرة البيض ، ارتفاع سرعة التفل) أو بالحمرانية . كما يجب تفكير بالذآب الحماسي المجموعي والتهاب الجلد والعضل إذا كانت الآفة مزمنة ومتوضعة على الوجه . أما التهاب الجلد بالتهام الضيائي الانسمامي فلا يظهر سوى على المناطق المعرضة لنضياء .

المعالجة : من الأهمية بمكان إبعاد المادة المخرشة . ويكفي أحياناً

الاغتنسال أو الاستحمام بكمية وافرة من الماء إذا كانت المادة المخرشة كيميائية ، ويُتبع هذا بمعالجة مضادة للالتهاب .

المعالجة الجهازية : يستطب إعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية بجرعة معتدلة (ما يعادل ٤٠ - ٦٠ ملغ بريدنيزولون) في الحالات الالتهابية الشديدة فقط . وتعطى مضادات الهستامين إذا لزم الأمر .

المعالجة الموضعية : انظر المعالجة الموضعية في التهاب الجلد الحاد بالتهام والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهام في نفس الفصل .

الإكزيمة بالتهام التخرشية التراكمية المزمنة Chronic Cumulative Irritant Contact : Eczema

المترادفات : الإكزيمة التنكسية الانسمامية ، التهاب الجلد التخرشي المزمن ، إكزيمة التهاس اللاأرجية ، الإكزيمة الرضحية المتكررة (Hagermann) .

التعريف : تظهر هذه الإكزيمة المزمنة كنتيجة تراكمية ، أي أنها تحدث نتيجة للتعرض المتكرر لتركيز خفيفة للمادة المخرشة التي لا تؤدي إلى تحرب الجلد بشكل أولي وذلك عند الأشخاص المؤهين للإصابة بالإكزيمة . لذا يصاب بها أشخاص معينين فقط . وتختلف شدة العلامات السريرية باختلاف درجة التحرب الجلدي التراكمي ومدته . وإن الإكزيمة المزمنة التخرشية التراكمية شائعة وتظهر بشكل رئيسي على ظهر اليدين والأطراف . تظهر هذه الإكزيمة بشكل شائع عند ربات البيوت وعمال البناء والأشخاص الذين تتطلب مهتهم التعامل الكثير مع المخرشات . وتكثر الحالات الناتية لدى المرضى انصابين بهذا النوع من الإكزيمة .

الإمراض : ينجم التهاب الجلد الحاد التخرشي عن التماس مع مادة مخرشة أولية ، أما استمرار الإكزيمة المزمنة التخرشية التراكمية فيتج عن التعرض المتكرر أو المستمر لمواد غير مخرشة بشكل أولي ولفترة من الزمن . ولهذا السبب تم تحرير ثلاث مصطلحات مختلفة لوصف الحالات المتباينة وهي : الإكزيمة الرضحية المتكررة (تكرر الأذية الجلدية) ، جلاد البلى أو الإرهاق (الجلد المستهلك بسبب تكرار التعرض لمواد مخرشة) ، إكزيمة التعرض (التعرض المستمر لمواد مخرشة للجلد) . وتكون آليات الجلد الدفاعية الحيوية في مواجهة التهاس مع العناصر السامة كافية تحت الشروط السوية . وللعوامل التالية أهمية في هذا المجال :

قدرة الجلد الدائرة Skin Buffering Capability : يمتلك سطح الجلد باهاء PH حامضي قيمته ٥,٧ ، ويستطيع ما

يدعى بالإطار الحمضي للجلد تعديل فعالية المحاليل القلوية الخفيفة . وبشكل مشابه يستطيع تعديل فعالية المحاليل الحمضية الخفيفة التركيز . أما إذا كانت قدرة الجلد الدائرة مُجهدة بسبب التعرض المتكرر فتتشكل حينئذٍ تبدلات النهائية بسبب تحرب الأجزاء العميقة من البشرة .

قدرة الجلد على الارتباط بالماء : لا تحتوي الطبقة المتقرنة على القرنين فحسب ، بل تحتوي على مواد أخرى ذوابة بالماء أو بالدهن تتحرر من الخلايا المتقرنة . يعتبر هذا العامل المرطب الطبيعي مسؤولاً عن القدرة على الارتباط بالماء في الطبقة المتقرنة ، ويحمي هذه الطبقة من الجفاف ، ولكن إذا غابت المواد الرئيسية الرابطة للماء (الحموض الأمينية ، السكاكر ، مكونات الدهن مثل مادة السيراميدات Ceramides) من الطبقة المتقرنة فإن القدرة على الارتباط بالماء تنقص مما يؤدي إلى حدوث سطح جلدي خشن توسفي .

طبقة الدهن على سطح الجلد : تنتج هذه الطبقة عن مفرزات الغدد الزهمية (زهم) وشحوم البشرة وتعمل كمستحلب من نموذج الماء في الزيت أو الزيت في الماء بالاستناد إلى درجة التعرق - وتمتلك هذه الطبقة الشحمية - العرقية بعض الخصائص المضادة للجراثيم حيث يحدث جلد جاف ميّال للتوسف والالتهاب نتيجة لزوال الطبقة الشحمية من سطح الجلد بسبب التفتيل المتكرر أو التماس المتكرر مع المنظفات والمذيبات العضوية .

العوامل الشخصية : لا يتعرض جميع الناس للإصابة بالإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية لدى التماس مع نفس العوامل المخرشة التراكمية . لذا لا بد من وجود أرضية مناسبة يعتمد عليها حدوث الداء عند إنسان ما . وأكثر الأشخاص عرضة للإصابة هم الذين لديهم جلد جاف أي منعدم الزهم ، وهذا يفسر لماذا يشكو كثير من مرضى هذا النوع من الإكزيمة من الإصابة بالسّمك الشائع والتآب ، وبشكل خاص فيها الإكزيمة التآبية أو انعدام الزهم لدى المسنين . إلا أننا لا نعرف جميع العوامل المؤهبة البنوية في حدوث الإكزيمة .

العناصر المخرشة التراكمية : سبب هذا الداء هو التماس المتكرر مع العناصر التي تجهّد قدرة الجلد الدفاعية الحيوية :

١ - الماء : يؤدي الاستحمام الكثير أو السباحة المتكررة (في الماء المكثور بشدة أو غسيل اليدين المتكرر في الماء القاسي) ، إلى تحرب الطبقة المتقرنة ، وخاصة إذا ما استخدمت الصوابين القلوية .

٢ - المنظفات : تزيل الصوابين والمنظفات والعناصر المنظفة السائلة الطبقة الشحمية والعناصر المنحلة بالماء من الطبقة

المتقرنة . ويؤدي الاستحمام المتكرر بالصوابين والمنظفات إلى جفاف الجلد ومن ثم إلى حدوث الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة والحكة .

٣ - المحاليل الحامضة والقلوية : تجهّد هذه المحاليل قدرة الجلد الدائرة وتخرب بشكل مباشر الطبقات الخلوية البشرية .

٤ - المذيبات العضوية Organic Solvents : يؤدي التماس المتكرر مع الغول والبنزين والتولين والأسيتون أو رباعي كلور الفحم إلى زوال الطبقة الزهمية وبالتالي إلى جفاف الجلد .

٥ - المحرضات الفيزيائية Physical Stimuli : يؤدي التعرض المديد لأشعة الشمس أو الأشعة فوق البنفسجية إلى جفاف الجلد ، وينطبق الشيء ذاته على الأذيات الآلية ، كما يحدث بالاحتكاك أو لدى التعامل مع الصوف أو الغبار أو الرمال .

٦ - الإفرازات Secretions : يخرش اللعاب ومفرزات الجروح الجلد بسبب إنظماها الحالة للبروتين ، ومن الأمثلة النموذجية على ذلك الإكزيمة الرضحية حول الجروح المزمنة ، تقرحات الفخذين ، الإكزيمة حول الشرج والإكزيمة حول الفم الناجمة عن مص الشفاه عند الأطفال .

وتستطيع المواد المخرشة ولو كانت بتركيز ضعيف أن تدخل البشرة وتحدث التهاباً مزمنياً عندما تكون القدرة الدفاعية والآليات الوقائية في سطح الجلد مُجهدة . وتعتمد التظاهرات السريرية على شدة التخرب الحادث ، فإما أن تتظاهر على شكل جلد جاف مع توسف وتشقق ، ونخالية وإكزيمة انعدام الزهم (احمرار التهاهي مع توسف وتشقق الطبقة المتقرنة) أو تتظاهر على شكل تفاعل التهاهي إكزيمي مزمن يترافق باحمرار وتورم ، وأحياناً يترافق بتحوصل وتقرح وتخز .

الموجودات السريرية : تختلف الأعراض والأشكال السريرية لإكزيمة التماس التخريشية التراكمية المزمنة باختلاف شدة التخريش واختلاف قدرة الجلد على المعاوضة والتجددية ، وسيتم مناقشة ثلاثة أشكال في هذا البحث : النخالية البسيطة ، إكزيمة انعدام الزهم ، إكزيمة التماس التخريشية التراكمية المزمنة .

النخالية البسيطة Pityriasis Simplex :

وهي ألطف أشكال التفاعل الجلدي تجاه التخريش الشديد أو نقص الآليات الوقائية في الجلد . وتنجم الآفات بشكل رئيسي عن الفسيل والتنظيف المفرطين ، وعن عدم التوازن بين التخريش الجلدي المترافق مع التنظيف وتجدد الجلد ، ولذلك فإن أكثر الناس عرضة للإصابة هم الأشخاص المصابون بانعدام

نهمه . والرضع والأطفال قبل سن البلوغ الذين لم تأخذ الغدد لمحنية وظيفتها الإفرازية الكاملة عندهم ، والمسنين الذين لديهم جلد جاف ونقص في الإفراز الزهمي في الأجزاء القاصية من لأطراف . تشاهد هذه التبدلات في فصل الشتاء غالباً ، حيث تنخفض درجة الحرارة ونسبة الرطوبة في الجو ، مما يؤدي نتيجة إلى نقصان التعرق ، بالرغم من أن الأشخاص يتابعون لاستحمام بنفس النظام والتواتر اللذين كانوا يقومون بهما أثناء الصيف . تشير النخالية البسيطة إلى آفات جلدية محددة ، وتوضع بشكل خاص على الأطراف والرأس . يحدث التوسع في بشكل نخالي دون وجود أية تبدلات أخرى . ويمكن ربط هذه الحالة بالتخريش . ويمكن تمييز الأشكال التالية حسب مكان توضعها :

إكزيمة انعدام الزهم Asteatotic Eczema :

المترادفات : إكزيمة تبيد ، إكزيمة جافة ، إكزيمة الجفاف ، الإكزيمة الشتوية والتهاب الجلد بانعدام الزهم .

التعريف : يمكن تعريف إكزيمة انعدام الزهم على أنها شكل خاص من الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة وذات العلامات السريرية الصغرى ، تبدأ على شكل حالة ما قبل إكزيمة . ولا تتميز بالوسوف النخالية الشكل فحسب بل بوجود العلامات الالتهابية المزمنة (حمامي) أيضاً .

الموجودات السريرية : تظهر على الوجه والأجزاء الأخرى من الجلد ، لكنها تفضل أحياناً الأجزاء القاصية من الأطراف ، حيث تشاهد بقع منتشرة بيضوية أو دائرية الشكل بقدر ٢ - ٤ سم . يبدى الجلد حمامي النهاية متوسطة الشدة مع وسوف نخالية الشكل أو صدافية الشكل . تشاهد أحياناً تصدعات أو تشققات عميقة حمراء اللون في الطبقة المتقرنة وفي البقع الحمامية الوسفية . وقد دعت هذه الصورة السريرية عند الفرنسيين بالإكزيمة المتشققة Eczema Craquelé (راجع الشكل ١٢ - ٥) . وفي حالات أخرى ، يشاهد عند حواف المناطق الصغيرة ذات الانعدام الزهمي تفرق اتصال دائري الشكل في الطبقة المتقرنة يصل عرضه حتى ١ ملم تقريباً ، مما يسمح برؤية الحلقات الأدمية الحمراء . وقد دعي هذا الشكل الخاص من إكزيمة انعدام الزهم عند الفرنسيين بالإكزيمة القنالية (Eczema Cannalé) (راجع الشكل ١٢ - ٦) .

الأعراض : أكثر ما تشاهد إكزيمة انعدام الزهم عند الأطفال ، والبالغين المصابين بانعدام الزهم أو التأتب أو عند المسنين . وهي تنجم عادة عن الإفراط في الاغتسال أو الاستحمام أو الاستخدام الزائد للصوابين أو الحمامات الفقاعية (Bubble Baths) . تظهر هذه التبدلات الجلدية غالباً خلال الأيام الباردة حيث يحدث عدم توافق نسبي بين جفاف الطبقة المتقرنة الخارجي المنشأ وتجدد الجلد التالي . وأهم الأعراض هي الحكمة ابتداء من الحكمة متوسطة الشدة وحتى الشديدة .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بالنخالية الوردية عندما تكون إكزيمة انعدام الزهم منتشرة ، أو بنظير الصدف اللويحي ، أو بالفطار الفطراتي ، أو بالصداف الشائع ، أو

نخالية الرأس البسيطة (المهرية : Dandruff) : هي عبارة عن توسف جاف في فروة الرأس . تظهر عند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، ويمكن أن تنتج عن غسل الفروة المتكرر بشامبوات مزيلة للدهن . وقد تحدث بقع حاككة وسفية وضحة الحدود على الفروة مع بعض التخريش أحياناً . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار لدى وضع التشخيص التفريقي كل من لسعفة الأميانية (راجع الشكل ١٢ - ٤) وسعفات الرأس عندما تكون الآفات في هذه النخالية محددة بشكل واضح .

نخالية الوجه البسيطة : آفة شائعة عند الرضع والأطفال الصغار . وكثيراً ما يرافقها تأتب أو إكزيمة تأتبية . تبدي القصة السريرية عادة أن الأم تغسل منطقة الوجنتين والفم بشكل متكرر بالصوابين والمواد المنظفة . يشاهد بالفحص بقع صغيرة وسفية نخالة النموذج على الوجنتين ولكن دون علامات النهاية ذات قيمة . ويمكن مشاهدة الحالة نفسها عند البالغين من الذكور وتنجم عن الإفراط في استعمال الصوابين والمحاليل الغولية التي تستخدم بعد الحلاقة . تمتص البقع الوسفية الأشعة فوق البنفسجية المحدثة للتلان أثناء الصيف ، لذا تبدو هذه البقع ناقصة الصباغ بالتباين مع المناطق ذات التسفع السوي ، حيث يمكن لهذه البقع أن تكون شاحبة بشدة : نخالية الوجه البيضاء .

نخالية الجسم البسيطة : وتمثل هذه نفس الحالة المزمنة ، إلا أنها توضع على جلد الجسم وبشكل خاص على الأجزاء القاصية من الأطراف . وبالفحص يشاهد جلد جاف مع بقع وسفية نخالية الشكل . الأعراض الشخصانية الرئيسية هي التخريش والحكة مما يحفز المريض على استشارة الطبيب .

وتنجم أكثر حالات الحكمة الشيخية عن جفاف الطبقة المتقرنة خارجي المنشأ ونخالية الجسم البسيطة . ومن الأهمية

بالسعفة الجسمية السطحية ، أو الطفح المثاني (Seborrheid) النخالي الشكل .

الإكزيمة بالتهامس التخريشية التراكمية المزمنة :

التعريف : تتميز هذه الإكزيمة بتظاهرات النهائية أكثر شدة . وكثيراً ما تكون متعددة الأشكال بشكل متزامن ، حيث نشاهد الظهور المتزامن للاحمرار الالتهابي وتسمك الجلد والتوسف ، وبشكل أندر التحوصل والتجلب والميول الثانوية نحو التحرز .

الموجودات السريرية : تظهر بقع محصورة أو منتشرة ، يغلب أن تكون حدودها غير واضحة تتوضع على الجلد المعرض للتهامس المهني ، عادة على ظهر اليدين والساعدين . كما أنها قد تنجم عن الغسيل الزائد أو الشدة الآلية (إكزيمة التفصيل) . تبدي الآفات الجلدية احمراراً التهابياً وارتشاحاً خفيفاً . وقد تحدث تبدلات ثانوية إما على شكل تفاعل حاد نسبياً مع تحوصل وتجلب وتوسف ، أو ، وهو الأكثر شيوعاً ، على شكل تفاعل التهابي مزمن مع تحرز . تكتمل هذه الصورة السريرية بالحمامي الالتهابي والارتشاح والتوسف وأحياناً التشقق . لا توجد آفات جلدية معقدة مميزة لحدوث الأرج بالتهامس (راجع الشكل ١٢ - ٧) .

الأعراض : يعتبر حدوث التخريش الحارق أو الحكمة من الأعراض النموذجية ، وقد يحدث الداحس أو حثل الأظافر على شكل الأظفار الإكزيمية كظواهر ثانوية . تكون الاختبارات الرقمية سلبية .

الأسباب : تنجم إكزيمة اليدين التخريشية التراكمية المزمنة عند ربات البيوت عن التنظيف الزائد والتفصيل والاستحمام . وهي شائعة جداً عند مصففي الشعر أيضاً . كما تحدث على شكل إكزيمة مهنية في اليدين عند الذكور وبشكل خاص عند عمال البناء الذين يتعاملون مع مواد قلووية كالإسمنت والملاط . كما قد تنجم عن التعرض المديد للزيوت Cutting Oils في المهن الصناعية ، أو التعرض لمواد كيميائية مثل الفينول والبنزين ومنظفات اليدين القوية ، فكل هذه المواد يمكن أن تحدث إكزيمة اليدين المهنية .

التشريح المرضي النسيجي : إن التبدلات النسيجية غير نوعية . وبالأعتماد على الصورة السريرية فقد تشاهد تبدلات بشرية ذات نموذج نضحي أو سفاجي أو حتى حويصلي ، أو يشاهد تسمك بشروي مع فرط تقرن وسفاج بورري مع تحلم خفيف ورشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية الدموية .

السير : يكون السير مزمناً وناكساً طالما لم يتم إبعاد العامل

المسبب . ويؤدي التخريش التراكمي إلى تخرب سطح الجلد وضياغ في الطبقات البشورية مما يسهل دخول المستأرجات بالتهامس وحدث تأثيرها . لذلك كثيراً ما تمهد الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة لحدوث الإكزيمة الأرجية بالتهامس . ولقد تبين أن عمال البناء يشكون من حدوث الإكزيمة التخريشية المزمنة قبل حدوث الأرج نحو ثنائي الكرومات ، مما يؤدي إلى عدم إمكانية متابعة العمل . ويتظاهر التحسس بالتهامس سريرياً بهجمة حادة مترافقة مع النضح (حويصلات ، نز ، تجلب) بالإضافة إلى هجمات حادة من التهاب الجلد المنتشر النموذجي في جهات بعيدة عن مكان المرض البدني .

التشخيص : من الأهمية بمكان الاهتمام بالقصة السريرية ، وتحديد نموذج الجلد ، والسؤال عن طرائق النظافة وعدد الحمامات وكيفيةها ، وعن استخدام المواد المزيلة للزهم وما يتعرض إليه المريض في وقت الراحة أو العمل . ولابد من ملاحظة العوامل الشخصية الموحية لحدوث الإكزيمة (السبك الشائع ، التآب ، انعدام الزهم ، انعدام الزهم الشيخخي) . ويمكن الاستعانة أيضاً بالاختبارات الجلدية . وقد طور بيركهاردت Burckhardt اختبار تعديل القلويات واختبار مقاومة القلويات وذلك لتحري التخرب في سطح الجلد ونقص قدرته الدائرة ، غير أن هذين الاختبارين غير مقبولين بشكل عام . وهناك اختبارات أخرى مثل اختبار أصفر النرازين للوشر Locher والاختبارات الرقمية .

تحري مقاومة القلويات في الجلد السوي : الطريقة : توضع قطرة واحدة من محلول ماءات الصوديوم بنسبة ٠,٥ على ثلاث مناطق مختلفة من الجلد ثم تغطي هذه القطرات بستارة زجاجية (أبعادها ٢ X ٣ X ١,٥ سم) . وبعد ١٠ دقائق تمسح القطرات الموجودة في المنطقة ٢ و ٣ بشكل جيد ويزال أثرها تماماً ثم توضع قطرة ثانية في كلتا المنطقتين . وبعد ١٠ دقائق أخرى تمسح القطرة الموجودة في المنطقة ٣ ويزال أثر القطرة الثانية تماماً لتوضع قطرة ثالثة جديدة . ثم تمسح هذه الأخيرة بعد ١٠ دقائق أيضاً ويبدأ بقراءة نتيجة الاختبار مباشرة :

مقاومة الجلد للقلويات طبيعية : عندما لا يوجد أي تفاعل أو عندما توجد حمامي خفيفة في المنطقة الثالثة .

مقاومة الجلد للقلويات ناقصة : لدى وجود حمامي أو تآكل وتحوصل في المنطقة ٢ مع شدة هذه التبدلات في المنطقة ٣ .

مقاومة الجلد للقلويات ناقصة كثيراً : لدى وجود حمامي وتآكل في المنطقة الأولى أي بعد القطرة الأولى فقط . وقد تشتد التفاعلات السابقة خلال الأربع وعشرون ساعة الأولى . ويعتبر المرضى الذين لديهم نقص مقاومة للقلويات حساسين

شكل خاص تجاه الصوابين ، الإسمت ، إلخ ... والمواد لأخرى .

حبار أصفر النترازين للوشر *Locher* : الطريقة : يوضع حول مائي من أصفر النترازين بنسبة ١٪ على الجلد ثم تقرأ نتيجة بعد دقيقة واحدة . يحدث تبدل لوني في الجلد حيث يتحول من الأصفر المائل للأخضر إلى لون بنفسجي داكن في نحو حي الجلدية ذات الباهاء (PH) من ٥ - ٧ . وتكون نتيجة الاختبار إيجابية إذا كانت الطبقة المتقرنة متأذية أو إذا كان تضلاء الحامضي للجلد غير كامل . ويستخدم هذا الاختبار كدليل لتقييم الترميم والشفاء (القدرة على العمل : *Working ability*) .

لأخبارات الرقعية *Patch Tests* : يجب إجراء هذه لأخبارات في حالات إكزيمة اليدين التخريشية التراكمية مزمنة لتحديد المستأرجات بالتماس المتعلقة بالمهنة ، أو فعاليات منزل العادية أو الهوايات المختلفة .. إلخ .

التشخيص التفريقي : يجب أن تميز بشكل رئيسي عن التهاب جند بالتماس الأرجي المزمن الذي يحدث بشكل ثانوي تال لتماس مع العقاقير ، والمواد التزويقية ، والمواد الكيميائية ضمن مهنة . ومن الأمراض الأخرى : الصدف الشائع ، والفضارات الجلدية ، والإكزيمة التأتبية .

المعالجة : وتم بالتقليل ما أمكن من التماس مع المادة المخرشة لتراكمية مثل المنظفات ، والابتعاد عن استخدامها أثناء الاستحمام . ويمكن إعطاء المراهم أو الرهيمات الحاوية على الكورتيزونات لفترة قصيرة . ومن الأهمية بمكان إعطاء معالجات تالية مناسبة لتفوذج الجلد ، بالإضافة لاستعمال الصوابين المطرية وإضافة المواد الزيتية لماء الاستحمام إلى جانب استخدام الرهيمات والمطريات .

ويجب تجنب حدوث الأرج الثانوي بالتماس ، حيث ينصح بإعطاء الرهيمات الواقية للجلد ، واستخدام القفازات أثناء القيام بالأعمال المنزلية أو المهنية . ومن مضادات الاستطباب (موانع الاستعمال) إعطاء المحاليل أو المعاجين المجففة أو المساحيق والمحاليل الغولية . من أجل التفصيل انظر الفصل ١٢ معالجة التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة التحسية بالتماس .

أشكال خاصة :

من الأشكال الخاصة لالتهاب الجلد الحاد التخريشي للأرجي التهاب الجلد الحفاضي (التهاب الجلد الأمونيائي) والمذح الحاد . ومن الأشكال الخاصة للإكزيمة التخريشية

التراكمية المزمنة هناك الإكزيمة المذحية وإكزيمة اليدين والقديمين المفرطة التقرن والمتشققة .

المذح *Intertrigo* :

التعريف : ويحدث في النواحي المذحية (الثنيات) وخاصة عند البدينين وكثيري التعرق ويمكن أن يحدث عند الرضع أيضاً .

الأمراض : تعطى تسمية « ناحية مذحية » إلى كل ناحية من الجسم يحدث فيها احتكاك بين سطحين جلديين : كالناحية خلف الأذن ، وثنيات العنق ، والإبطين ، والناحية تحت الثديين ، والسرة ، والثنيات البطنية ، والثنيات الفخذية التناسلية . والمشق (السلم) الشرجي ، والناحية القلفية ، وأفوات الأصابع والأبأخس ، لا يتبخر العرق بسهولة في النواحي المذحية ، كما أن باهاء الجلد تكون أكثر قلوية في هذه النواحي . فسرعان ما يحصل التعطين والتفاعل النهائي في هذه النواحي ، وخاصة إذا كانت العناية بالنظافة العامة سيئة . وقد تترافق الحالة أيضاً بجمع ثانوي جرثومي أو فطري .

الموجودات السريرية : قد تصاب الثنيات الجلدية بالتهاب جلد حاد ينحصر في السطوح الجلدية المتأسة . ويتميز هذا الداء من الناحية الشكلية باحمرار التهابي حاد وتعطين ، وقد يترافق بتآكل ونضح مصلي حارق . وشكل أساسي هو التهاب جلد تخريشي حاد « يحدث عند حديثي الولادة ، ويكثر عند البدينين الذين يتعرقون بغزارة وذلك بسبب الاحتكاك أو القيام بمجهود فيزيائي .

الأعراض : شعور حاد بالحرارة والتخريش أو الآلام الحارقة .
المسار : يحدث الشفاء إذا كانت المعالجة فعالة ، وفيما عدا ذلك هناك احتمال حدوث إكزيمة مذحية مزمنة مع خطورة حدوث الخمج الثانوي الجرثومي أو الفطري وخاصة بالمبيضات البيض .

الإكزيمة المذحية *Intertriginous Eczema* :

التعريف : يمكن لهذا الداء أن يظهر إما بشكل تال للمذح أو كحدثية بدئية . ويمكن أن تنتج الحالة النهائية المزمنة عن استمرار وجود العوامل المسببة لها كاحتباس العرق ، والحرارة والاحتكاك ، وعدم كفاية النظافة العامة ، أو عندما توجد العوامل المؤهبة لها مثل البدانة والداء السكري . وتعتبر الإكزيمة المذحية المزمنة من الناحية الأمراض شكلاً من الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة .

الموجودات السريرية : يتميز الداء بوجود حمى التهابية مزمنة يفصلها عن الجلد السوي المجاور لها حدود واضحة جداً في

النواحي المذحية . كما يتميز بالتزُّ ووجود سطوح تأكلية وتخرش واضح وحكة وقد تحدث تشققات في الثنيات .

وهناك أرضية مناسبة وجيدة لحدوث الخمج الثانوي بالجراثيم أو بالمبيضات البيض وحدوث التحسس بالتماس . ويحرض هذا الأخير بشكل رئيسي بواسطة المواد الدوائية المطبقة موضعياً (العناصر المطهرة ، الصادات ، وبعض المواد الداخلة في تركيب المراهم والرهيمات) ، ولذلك فإن المعالجة قد تؤدي بالنتيجة إلى التهاب جلد حاد أرجي بالتماس أو إكزيمة بالتماس أرجية مزمنة والتي يمكن أن تنتشر وتعمم .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بالصداف الشائع المذحي ، والإكزيمة الثنية المذحية ، وداء المبيضات البيض المذحي ، والفقاع العائلي السليم .

المعالجة : المعالجة المخففة (محلول الزنك ، ربما بالإضافة إلى الكليوكينول ٠,٥٪) . وينصح بتطبيق المحاليل المائية للملونات لدى وجود التبدلات التأكلية (مثل الأخضر المتألق ٠,٥٪ ، بنفسجية الجانسيان ٠,٥٪) ، ويمكن استخدام الستيروئيدات الموضعية في بدء المعالجة . ومن مضادات الاستطباب استخدام المراهم الدهنية لأنها تثبط التعرق مما يوجب لحدوث الخمج الثانوي ، ومن الأهمية بمكان إيقاف تحريش الثنيات الجلدية المذحية بتطبيق قطع من الكتان في الناحية ، ويمكن إضافة المساحيق المخففة أو القابضة . وقد يفيد الاستحمام بالنظفات اللاقلوية ، أو استعمال الغسولات بمادة برمنغات البوتاسيوم .

إكزيمة اليدين والقدمين التشققية والمفرطة التقرن :

المرادفات : إكزيمة اليدين والقدمين الثفانية ، الإكزيمة الثنائية Callus Eczema ، التهاب جلد مفرط التقرن (إكزيمة) في الراحتين والأصابع .

التعريف : شكل جاف من الإكزيمة يأخذ سيراً مزمناً وشكلاً شثنياً متقرناً مع التهاب خفيف يقتصر على الراحتين أو الأخصمين/ أو كليهما .

الإمراض : كثيراً ما لا يستطيع توضيح أسباب الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن . ويمكن الحصول على بعض الدلائل على وجود أرج بالتماس في بعض الأحيان بواسطة الاختبارات الرقمية . وتتدخل في هذه الحالة ظاهرة تجدد غير عادية مع اندفاعات حويصلية من نموذج خلل التعرق الخفيف . وقد توجد عوامل شخصية مؤهبة (وتأتب أيضاً) في بعض حالات هذا التفاعل الالتهابي مفرط التقرن على الأقل . ويجب أخذ قصة سريرية دقيقة بالرغم من أنها تحقق عادة في الوصول إلى ما قد يشير إلى الأسباب . ويجب نفي وجود تحسس من النيكل

والكروم والمستأرجات الأخرى بالتماس .

الموجودات السريرية : تشاهد بشكل رئيسي عند الأشخاص بين الأعمار ٣٠ - ٥٠ سنة . وتتألف العلامات السريرية الرئيسية من بقع واضحة الحدود ، ذات احمرار التهابي مع تسُّك مائل للصفرة في الطبقة المتقرنة ومن النموذج الشثنى ، يرافقها تشققات عميقة ناجمة عن الجهد الآلي والجفاف . وكثيراً ما تشاهد حويصلات صغيرة من نموذج خلل التعرق في النواحي المصابة لدى الفحص السريري الدقيق والمتكرر (راجع الشكل ١٢ - ٨) .

المسار : سير الداء مزمن يمتد لعدة سنوات مع ميل ملحوظ نحو النكس .

التشخيص التفريقي : من الضروري بشكل خاص هنا نفي الصدف الشائع ، والسعفات القدمية واليدوية المفرطة التقرن ، والحزاز المسطح مفرط التقرن ، والذآب الحمامي ، والإفريجي الثانوي . ومن المهم التفكير أيضاً بخلل التعرق . ويجب فحص المريض بدقة فائقة لأن الفحص النسيجي لا يوفر بالضرورة تشخيصاً أكثر تأكيداً ، إلا أن الخزعة يمكنها أن تثبت وجود التهاب جلدي . ويجب إيقاف العامل المؤرج بالتماس أو الحد منه .

المعالجة : صعبة جداً ، ومن الأهمية بمكان حث المريض على المعالجة الفعالة . ومن المفيد وصف المراهم الدهنية المضاف إليها الستيروئيدات القشرية السكرية فائقة الشدة وتطبيقها تحت عصابات كيميائية ليلية ولمدة ١٢ ساعة بشكل متناوب مع المعالجات المضادة للصداف مثل الأنترالين بتركيز متزايدة (١٪ - ٢٪) وذلك ضمن سواغ من الودلين مع مراهم حاوية على حمض الصفصاف بنسبة (٣٪) أو معجون الزنك الحاوي على حمض الصفصاف بتركيز (٥٪) . ويمكن أيضاً استخدام المراهم التركيبية الحاوية على حمض الصفصاف [حمض الصفصاف ١٠ - ٢٠ ، دياكيلون Ungt. Diachylon - ٤٠ وبيتا ميثازون دي برويونات ٠,١٪ حتى ١٠٠] ، أو المستحضرات التجارية . ويمكن تطبيق مراهم حمض اللبن بالتناوب مع مراهم الستيروئيدات القشرية . كما وجد أن تطبيق أشعة X اللينة (ذات الشدة ٣ X ١ Gy بفواصل زمنية من ٨ - ١٠ أيام) تفيد في بعض الحالات . ويمكن تجريب الريتينويدات العظمية (إيتريينات ١٠ - ٢٠ ملغ/ يومياً) إذا كان التشريح المرضي النسيجي يسمح بذلك .

التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس :

مُردفات : الإكزيمة الأرجية الحادة بالتماس ، التهاب الجلد لأرجي المزمّن بالتماس ، الإكزيمة الشائعة .

التعريف : تعتبر هاتين الحالتين شكلين قطبيين لحدثة مرضية واحدة تتميز بتظاهرات جلدية مختلفة ، ناجمة عن الأرج الحُدثي بالتماس . هذه الحُدثية عبارة عن تفاعل التهابي موضع في لأدّمة العليا يشكل مع التبدلات البشروية النموذجية وحدة قائمة بذاتها من الناحية التشريحية المرضية النسجية والسريوية . تنجم جميع أشكال التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس عن فرط الحساسية من النموذج الآجل والمتواسط بالخلايا (النموذج IV من تفاعل كومبس وجِلْ (Coombs and Gell) مع تبدلات بشروية . يكون المريض محسّساً سابقاً بالتماس مع المستأرج ولذلك يصبح مفرط الحساسية تجاه هذا المستأرج . ويؤدي التماس الجديد مع المستأرج هذا إلى حدوث التهاب جلد بالتماس ، حاداً أو تحت حاد أو مزمّن . وتدعى التفاعلات الأرجية الحادة بالتماس « التهاب جلد بالتماس » بينما تدعى الأشكال المزمنة « بالإكزيمة المزمنة » .

الحدوث : تتراوح نسبة الإصابة بالتهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس بين ٥ - ١٥٪ من أصل جميع الجلادات التي يراجع المرضى العيادات الجلدية من أجلها . وتبلغ نسبة الإصابة في البلدان الصناعية (١ - ٢٪) أعلى من نسبة الإصابة في البلدان الزراعية . وإن إكزيمة اليدين أكثر شيوعاً عند الإناث وإن هناك ميلاً عائلياً للإصابة بالإكزيمة . وينجم الكثير من أنواع الإكزيمة المهنية عن الأرج بالتماس .

الإمراض : يتطور التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس فقط إذا كان الجلد محسّساً سابقاً بالتماس الدموي أو بالتماس الخارجي المنشأ مع المستأرج المناسب بالتماس . ولقد وجد بعض الميل الوراثي للإصابة بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس عند الخنزير الغيني (في حقن التجارب) وعند الإنسان أحياناً . وفيما يلي بعض الوجهات الهامة فيما يخص الآلية الإمراضية للتفاعلات الأرجية بالتماس :

التحسيس Sensitization :

يصاب فقط أشخاص معينون وفي ظروف متشابهة بإكزيمة اليدين الأرجية المزمنة مما يشير إلى أن القابلية للتحسس والاستعداد للأرج بالتماس يعتبر عاملاً مهماً في الآلية

الإمراضية . وتشير الأبحاث الحديثة على وجود اختلاف في القابلية للتحسس يعتمد على جهاز المستضدات النسيجية (HLA) . ويبدو أن المركب HLA A3 و HLA B7 يجعل الشخص أكثر قابلية للتحسس ، بينما يبدو أن الصدف يخفف من القابلية للتحسس وبالتالي للتحسس بالتماس . ومن العوامل الأكثر أهمية في منشأ الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس : الأبهة العائلية ، والاضطرابات الاستقلابية (الداء السكري ، فرط نشاط الدرق) ، والاضطرابات العصبية (الشلل) ، واضطرابات الحملّة العصبية الذاتية التي تتداخل في تعصيب الأوعية الجلدية (زرقة النهايات ، الجلد الرمري "Cutis Marmorata") ، واضطرابات هيجوية الجلد .

عوامل موضعية :

ينشأ كل من التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس عن التماس مع مواد موجودة في البيئة (المستأرجات بالتماس) . ويبدأ التحسس بدخول المستأرجات بالتماس إلى البشرة ، وهي عادة مركبات ذات وزن جزيئي صغير . وينشط فعل العبور إلى الجلد وحدث التحسس في الحالات المرضية التي تبدل من فيزيولوجية سطح الجلد . وقد تكون العوامل التالية ذات أهمية في هذا الصدد :

١ - اضطراب القدرة الدائمة الفيزيولوجية لسطح الجلد : تخرب قلوي في جلد اليدين ناجم عن التماس الزائد مع الصواين والإسمنت أو عصير الليمون .

٢ - اضطراب في التصاق الخلايا المتقرنة ضمن الطبقة المتقرنة : كما في خلل التعرق أو السعفات اليدوية والقدمية المترافقة مع التحوصل والتآكل ، جفاف الجلد بسبب التنظيف الزائد .

٣ - تعطين الجلد Skin Maceration : كما في المذح المزمّن ، وداء الأفوات الفطري في القدمين ، والتهاب الأذن المزمّن المترافق مع تشكل القيح ، والتعطين حول النواسير أو القرعات أو الفوهات .

٤ - وجود الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة : يسبق هذا النوع من الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس في بعض المهن (عمال البناء) .

وبالرغم من أننا لسنا متأكدين من كيفية زيادة القابلية للتحسس بفعل هذه العوامل عند الأشخاص ، إلا أننا واثقين من أنها تزيد من عبور المستأرجات بالتماس إلى البشرة .

التحسس بالتماس Contact Sensitization :

يبدأ التحسس بالتماس عند التماس مع المستأرجات

Allergens وينتهي بتشكيل وتكاثر لمفاويات تائية محسّسة ونوعية في العقد اللمفية لا تلبث أن تُحرر إلى الدوران الدموي ثم تعود إلى الجلد . ويمكن التمييز بين التفاعل الأولي الذي يؤدي إلى التحسيس أو ما يدعى بطور التحريض (الوارد) وبين التفاعل الثانوي أو طور الظهور (الصاعد) الذي يؤدي إلى تفاعل أرجي مرئي سريرياً (التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس أو الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس) .

١ - طور التحريض *Induction Phase* : المستأرجات بالتماس عبارة عن مركبات معروفة جيداً من الناحية الكيميائية ، وزنها الجزيئي منخفض نسبياً ، وقد تكون عبارة عن شوارد مثل النيكل والكوبالت وثاني الكرومات . وتختلف المستأرجات بالتماس عن بعضها بشدة تحسيسها ، وهذا يعتمد أيضاً على تركيز المستأرج ومدة تأثيره ... إلا أنه لا يمكن الاستنتاج بشكل أكيد عن شدة التحسس لمستأرج ما اعتماداً على بنيته الكيميائية . فهناك محسّسات قوية تؤدي إلى أرج بالتماس عند كل الأشخاص تقريباً مثل مركبات البترين البديلة : ٢ - ٤ دي نيتروكلوروبترين (DNCB) الذي تم استخدامه بشكل واسع في البحث العلمي التجريبي المتعلق بموضوع الأرج بالتماس . وقد يؤدي تماس وحيد إلى حدوث تحسس عند الفرد خلال فترة زمنية تتراوح بين ٤ - ٢٠ يوماً . وقد ينجم الأرج بالتماس عن كلوريد البكريل (Picryl Chloride) والمستأرجات النباتية مثل اليرمين الموجود في *Primula Obconica* ، أو المادة *Pentadecatechol* الموجود في فصيلة *Rhus* ، أو الديزوكسي لاباتول الموجود في فصيلة *Teak* ، أو أشكال معينة من الدالبيريون الموجودة في فصائل *Palisander* ، ومواد أخرى مثل حمض الثيوغليكوليك . ومن المواد ذات الفعل التحسسي الخفيف للإنسان نذكر النيكل وشوارد ثاني الكرومات . وفي كثير من الأحيان تؤدي هذه المواد إلى إكزيمة أرجية بعد سنوات طويلة من التماس مثل إكزيمة الكروم عند عمال البناء .

ويبدو أن المستأرجات بالتماس ليست مستضدات عندما تدخل إلى البشرة ، وإنما هي مولدات جزئية للأضداد أو نواشب *Haptens* (مستضدات جزئية) عليها أن ترتبط مع البروتينات برابطة تساهمية (بروتينات البشرة أو الأدمة أو المصل ؟) حتى تؤلف بنيات مستضدية كاملة . لقد تم تركيز الاهتمام في العقد الأخير على آليات التعرف على المستأرج بالتماس من قبل خلايا الجهاز المناعي المحيطي ، لذلك تعتبر الفكرة التالية مقبولة بشكل جيد وهي أنه توجد خلايا بشرية تعضية نوعية بشكل كبير تقدم المستأرجات بالتماس وهي خلايا لانغرهانس ، هذه الخلايا هي التي تقتنص المستأرجات بالتماس . وإذا كانت

هذه الخلايا لا تشكل أكثر من ٣ - ٥ ٪ من مجموع الخلايا البشرية لكنها تشكل مع تخصصاتها شبكة داخل بشرية تقتنص وتؤثر في الجزيئات الغريبة مثل الجراثيم والحماض الراشحة والفطور والمواد الكيميائية . وبالدراسة المستدقة لبنية هذه الخلايا تبين أنها تحتوي على جسيمات فريدة ومميزة تدعى بحبيبات بيربيك *Birbeck* . وإن خلايا لانغرهانس لا توجد في البشرة فحسب ، بل توجد في الأدمة والعقد اللمفية أيضاً . ومن المقبول في الوقت الحاضر أن هذه الخلايا تثبت المستأرجات بالتماس وتؤثر وتبدل بها بحيث تصبح جاهزة لتقديمها إلى الخلايا المفاوية التائية وهي مرتبطة بالمستضدات النسيجية من الصف الثاني (HLA - DR) . وما لم تتم هذه الحديثة في مناطق متعددة ، يبدو أن المنطقة القشرية للعقد اللمفية الناحية هي الناحية البديلة الحاوية على خلايا لمفاوية تائية غير محسّسة يتم تحريضها على التكاثر استجابة لمستضد محدد . تؤدي هذه الحديثة إلى تطوير نسايل من خلايا الذاكرة التائية النوعية للمستضد ، والتي تتكاثر بدورها وتعمل كخلايا محرّضة بعد أن تتعرف على المستأرج هذا مرة أخرى من خلال جزيئاتها الفريدة المستقبلية للمستضد . وتم السيطرة على آلية التكاثر المعقدة هذه بواسطة خلايا تائية أخرى هي الخلايا التائية المثبطة . وبعد أن تبدأ هذه الحديثة تغادر خلايا الذاكرة العقد اللمفية وتستطيع التحرك باتجاه الجلد حيث تمثّل هناك المسلك المحرض للمراقبة المناعية الموضعية . وتنتهي هذه الحديثة طور التحريض أو التحسيس والذي تصل مدته من ٥ - ٧ أيام وهو أقصر بكثير من زمن تحريض الأضداد الخلطية . وهذه الآلية تؤدي إلى تحسيس طويل الأمد (سنوات أو عقود من عمر الإنسان) للجهاز المناعي تجاه المستأرج بالتماس .

٢ - طور الظهور (الصادر) أو طور التفاعل : بعد أن يتم تحسس الشخص لمستأرج أو عدة مستأرجات بالتماس ، فإن التماس الجديد مع المستأرج نفسه ولو بتركيز خفيفة يؤدي إلى حدوث استجابة جلدية تتظاهر على شكل التهاب جلد أرجي حاد بالتماس أو إكزيمة أرجية مزمنة بالتماس . لا يحدث التفاعل مباشرة وإنما يؤجل إلى مدة قدرها ٨ ساعات على الأقل وحتى ٢٤ - ٤٨ ساعة في العادة . ومن هنا جاءت التسمية : تفاعل إكزيمة من النموذج الآجل . ويختلف زمن حدوث التفاعل باختلاف قوة المستأرج بالتماس وقدرته على النفوذ إلى الجلد (نفوذ آجل في الراحتين والأخصصين) وعلى درجة التحسيس . هذا التفاعل المتواسط بالخلايا يتوافق مع التفاعل المناعي من النموذج الرابع (IV) كما هو مُعرّف من قبل *Coombs* و *Gell* . لذلك لا يتم نقل التحسس تجاه المستأرج بالتماس بواسطة المصل وإنما يتم بواسطة نسايل من الخلايا التائية المحسّسة الموافقة .

وهذا ما أثبتته دراسات لاندستينر Landsteiner على حيوانات تجريبية . وتستطيع هذه الخلايا اللمفاوية أن تثبت المستأرج بالتماس بواسطة مستقبلاتها النوعية وتؤدي بالنتيجة إلى تفعيل هذه الخلايا . بعد ذلك تترافق هذه الظاهرة مع سلسلة من تفاعلات تتضمن تحرير أنواع مختلفة من Cytokines مثل (IL2 ، IL4 ، IL-6 ، IL-8 ، IFNs ... إلخ) . ولقد أصبح من الواضح مؤخراً أن الخلايا الناتجة جميعها لا تفرز نفس السيتوكين Cytokine وإنما يعتمد نموذج الإفراز على الأنواع الفرعية من الخلايا المحرّضة أو المفعّلة . وبشكل عام ليس للسيتوكين Cytokine خلايا هدفية نوعية وإنما هي ذات قوى متعددة وتمارس تأثيرها على نماذج خلوية مختلفة وتشارك في التفاعل الالتهابي في مكان التماس مع المستأرج وتؤدي هذه العملية في النهاية إلى حدوث التظاهرات الخاصة بالتهاب الجلد بالتماس أو إكزيمة التماس .

ومن المحتمل جداً أن الخلايا البائية تتعرض أيضاً مثل الخلايا التائية خلال طور التحريض وتؤدي إلى تشكل أضداد خلطية . ونحن لا ندرك أهمية هذه الأضداد الخلطية في التهاب الجلد الأرجي بالتماس . ويبدو أنه يمكن أن تتشكل معقدات مناعية في بعض الأحيان خلال طور الاندفاع الحاد . وتشير الخبرات السريرية إلى أن كلاً من التهاب الجلد الأرجي بالتماس والإكزيمة الأرجية بالتماس قادر على تشكيل تفاعلات معمّمة . وتدعى هذه الظاهرة : ظاهرة الانتشار أيضاً ، حيث تظهر حطاطات حويصلية تبدأ في ناحية التهاب الجلد أو الإكزيمة الأوليين ، وتكون هذه الحطاطات الحويصلية متعلقة أول الأمر بالجريات الشعرية ثم تتظاهر على شكل تبدلات إكزيمية منتشرة في نواح بعيدة عن الاندفاع الأولي . هذا التفاعل يفسّر بطريقتين : إما أن المستأرج ينتقل عن طريق الدم إلى نواحي أخرى من الجلد حيث يصادف فيها الخلايا اللمفاوية التائية المحسّسة ، أو أن اللمفوكين Lymphokines التي تصنعها الخلايا اللمفاوية التائية في مكان التماس تدخل الدوران الدموي وتصبح مسؤولة عن الآفات البعيدة عن الاندفاع الأولي . وتظهر تفاعلات متناظرة منتشرة على مساحات واسعة من الجلد إذا تناول الفرد المستأرج عن طريق الفم أو الحقن (كدواء) وهذا ما يدعى بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس الدموي المنشأ .

المستأرجات بالتماس Contact Allergen : إن عدد المستأرجات بالتماس هائل ويزداد باستمرار . والوزن الجزيئي لهذه المستأرجات أقل من (١٠٠٠) عادة . ولقد اتهمت بعض المواد ذات الوزن الجزيئي العالي كالبروتينات فقط بإحداث الأرج بالتماس أحياناً باعتبارها مستأرجات بالتماس ، مثال :

التهاب الجلد البروتيني على أيدي العاملين في المطابخ . وتؤدي المستأرجات بالتماس وذات القدرة التحسسية العالية إلى حدوث التهاب جلد أرجي حاد بالتماس ، وأمثلة على هذه المواد : نظائر البزيرين المستبدلة DNCB ، بارافينيلين ديامين ، أنواع معينة من السلفوناميدات ، المستأرجات النباتية (Primule Obconica) وسُمّ اللبلاّب (Rhus Toxicodendron) ، والزيوت الأساسية ، والتربتين ، والصادات . أما المستأرجات بالتماس وذات القوة التحسسية الخفيفة فتؤدي إلى حدوث إكزيمة أرجية مزمنة بالتماس ، مثل الشوارد المعدنية (النيكل ، الكرومات ، الكوبالت) ، والستراميثيل ثيورام Tetramethylthiuram : إكزيمة النيكل (القطع المعدنية الموجودة في الملابس ، الأزرار ... إلخ) أو إكزيمة الكروم (عند عمال البناء) وإكزيمة المطاط (عند ربات البيوت) .

وتعرف المستأرجات بالتماس بشكل أكيد عندما تؤخذ القصة السريرية من المريض المصاب بالتهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس ، وذلك على عكس الحال في الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس التي تسببها مواد محسّسة غير معروفة يصادفها المريض في مهنته أو لدى ممارسته لحياته اليومية .

تحديد المستأرج المسبب بالتماس :

وهذا أهم واجب يقع على عاتق الطبيب لأن الآفة تشفى من تلقاء نفسها بمجرد الابتعاد عن العامل المسبب والمحسس . وينصح عادة باتباع ما يلي :

- القصة السريرية : كثيراً ما تشير القصة السريرية المأخوذة بدقة إلى المستأرج بالتماس في حالات التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس . يصرّح المريض بأن الناحية الجلدية المصابة بالتهاب جلد حاد قد عولجت بعنصر ما أو كانت على تماس مع أدوات أو مواد معينة . وهذا هو حال الأمثلة التالية : التهاب الجلد اليودي ، التهاب الجلد الناجم عن إطار القبّعة ، التهاب الجلد الناجم عن الشريط اللاصق . وينحصر التهاب الجلد فيها على مناطق التماس فقط . وقد ينجم التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس عن المراهم وما يدخل في تركيبها من مواد كالسلفوناميدات والصادات والمبجعات الموضعية (بنزوكائين) حيث يتوضع الاندفاع على الناحية المطبق عليها المهرم ولكنه قد يبدى امتداداً موضعياً ومعماً أيضاً . وقد ينجم التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس عن مستأرجات محمولة بالهواء لدى إرذاذها ، ومن أمثلتها : التربتين ، الأصبغة ، العطور والارذاذات المختلفة أو الزيوت الأساسية التي تصيب الأجزاء المكشوفة من الجسم : كالوجه والعنق وظهر اليدين والساعدين ، وربما الساقين . وينطبق الأمر ذاته على التهاب

الجلد (ثاني كرومات) ، القفازات ، الأصبغة ، الحلي ، المزوقات ، المطاط ، المواد المستخدمة مهتياً .	اليدين
المعالجات الموضعية ، المزوقات ، الجوارب (المواد الصناعية) أربطة الجوارب (المطاط) .	الساقين
بنزوكائين ، لانولين ، أغوال الصدف ، مركبات البارابنتزين .	الجزء السفلي من الساق مع قرحة الساق
مواد الأحذية ، أصبغة الجوارب ، الأدوية المضادة للفطور .	ظهر القدم
المسنديل الورقية (الأصبغة) ، المواد المنظفة ، المراهم ، التحاميل الشرجية ، المواد المطهرة ، المعالجات الموضعية .	الناحية حول الشرج

لقد أمكن في كثير من الأحيان تعيين المستأرج بالتماس بعد أخذ قصة سريرية جيدة وفحص مكان توضع الآفة البدئي ، ويمكن التمييز بين المستأرجات بالتماس المهنية والمواد التي تصادف خلال الحياة اليومية ، والمستأرجات الدوائية . وكثيراً ما تصادف المستأرجات بالتماس التالية في حياتنا اليومية :

– المستأرجات (المواد المؤرجة) بالتماس الموجودة في النباتات :
تختلف نسبة الإصابة بالتهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس أو الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس الناجمة عن مستأرجات بالتماس والموجودة في النباتات من بلد إلى آخر .

وتوجد هذه المواد في الجذوع والأوراق والأزهار وكذلك في الجذور . ومن بين أكثر نباتات الزينة التي تحدث تفاعلات بالتماس نذكر زهرة الربيع والخزامى و *Philodendron* والأقحوان والزنجب والمكحلة .

لقد كان من الشائع جداً حدوث الأرج من زهرة الربيع الناجم عن البريمين 1-methoxy-6-pentyl-2-benzoquinone-4 وذلك قبل البدء بزرع سلالات من فصيلة *Primula Obconica* لا تفرز البريمين . وقد يصاب شخص ما محسّساً سابقاً بالتهاب جلد جاد أرجي بالتماس إذا ما دخل إلى حجرة حاوية على هذه الزهورات المنتجة للبريمين . ويحدث التهاب الجلد بشكل خاص في المناطق المعرضة للضياء (الوجه ، اليدين ، العنق) . وفي هذه الحالات (التهاب جلد بالتماس ناجم عن مواد محمولة بالهواء) ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد الأرجي الضيائي بالتماس أو التهاب الجلد الانسمامي الضيائي بالتماس وذلك بسبب توضع التبدلات الجلدية .

الجلد الأرجي الضيائي بالتماس المسبب عن أشعة الشمس . وعلى عكس الأمر السابق فكثيراً لا يعرف المريض المصاب بالإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس العامل المسبب المحسّس . ويحدث هذا النوع من الإكزيمة بشكل بدئي على ظهر اليدين والعنق والمفاصل والصفن ، وبشكل أندر على الرأس والظهر والراحتين والأخمصين . ويجب التعرف على المستأرج بالتماس باستجواب المريض بدقة . ومن الأهمية بمكان أيضاً ملاحظة المكان الذي توضع فيه الاندفاعات البدئية ، ويجب طرح بعض الأسئلة الخاصة التي تتعلق بنمط الحياة والمهنة والهوايات والمواد الموجودة في البيئة .

الجدول ١٢ - ١ : نواحي الجسم والمستأرجات بالتماس ذات الأهمية

توضع التفاعل الجلدي	المستأرجات بالتماس
الفروة	مواد تزيين الشعر ، المزوقات ، دبائيس الشعر ، الشامبو .
الجهة الأفجان	رباط القبعة ، شبكة الأشعار . المعالجات الموضعية ، المزوقات ، غبار الطلع ، طلاء الأظافر ، العين الزجاجية .
الأذنين	المعالجات الموضعية ، الحلي (الخلق أو الأقراط) ، النظارات .
الفم	الأغذية ، المزوقات ، المعالجات الموضعية ، معجون الأسنان ، الأسنان الصناعية .
الوجه	المزوقات ، معاجين الحلاقة ، المحاليل المستعملة ما بعد الحلاقة ، المعالجات الموضعية .
العنق	الملابس ، الأصبغة ، الحلي ، المزوقات ، الصوف ، الفراء .
الإبط	العطورات ، واقيات الملابس (الفورمالين) ، الملابس الزرقاء السوداء القائمة ، مزيلات الأشعار ، الصوابين ، مزيلات التعرق الإرداذية أو المساحيق .
الجذع	الملابس (الأصبغة ، مواد الإنهاء ، المطاط ، النيكل) القطع المعدنية (نيكل) ، المزوقات .
الأعضاء التناسلية	الواقي الذكري (المطاط ، المواد القابلة للنطف) ، التحاميل المهبلية ، المواد المانعة للحمل ، الصوابين ، المواد المطهرة ، المعالجات الموضعية .
الذراعين	الأقمشة (الأصبغة) ، الحلي ، المزوقات .

المجدول ١٢ - ٢ : وسائط التشخيص المخبري ، تفاعل أرجي بالتماس ناجم عن مكونات السواغ أو الصادات

مادة الاختبار	تركيز الاختبار (%)	سواغ الاختبار
السواغات		
شمع الخنزير	١٠٠	-
حمض البوريك	٢,٥	وذلين
Carbowax ٤٠٠ X	١٠٠	-
Cetylridinium Chloride	٠,٥	وذلين
لانولين	١٠٠	-
Sodium Pentachlorophenolate	٠,٥	H ₂ O
صبغة الجاوي	١٠	غول
هيدروكينون	١	وذلين
Carbowax ١٥٠٠ X	١٠٠	-
تري إيتانولامين	٠,٥	H ₂ O
جليسيريل مونوستيرات	١٠٠	-
Carbowax ٤٠٠٠ X	١٠٠	-
سلسلة الصادات :		
باسيتراسين	٥	Eucerin
كلورامفينيكول	١	وذلين
كاناميسين	٥	وذلين
أوكسي تتراسيكلين	٣	وذلين
بارومومايسين	٥	وذلين
كلوروتتراسيكلين	٣	وذلين
تتراسيكلين	٣	وذلين
ستربتومايسين	٥	وذلين
تيروثرسين	٠,٥	وذلين
ثيوغليسروول	٠,١	زيت الزيتون
بيرازين	٥	H ₂ O

يؤدي التماس المديد مع بصلات الخزامي والزرع إلى حدوث إكزيمة تشفقية مفرطة التقرن على الأصابع في نقاط تماس . ويندر حدوث أرج بالتماس مع الخضار والفواكه ، لكنه شائع لدى التماس مع المنكهات والبهارات مثل ورق الغار ونبابونج والفانيلا والقرفة والفلفل الأحمر وجوزة الطيب ، وهذا يعود بشكل خاص إلى أنها تستخدم على شكل قطع صغيرة جداً جداً كعطور داخلية في تركيب المواد المزوقة والصوابين والعناصر العلاجية الموضعية ، وهناك مستأرجات بالتماس في كثير من الغابات الاستوائية .

- مستأرجات بالتماس الموجودة في المعالجات الموضعية :

يمكن للمواد التي تشكل سواغ المراهم والرهيمات والمعالجين أن تكون مستأرجات بالتماس ونذكر من هذه المواد : اللانولين والشحوم والأغوال الصوفية والمواد الحافظة . وكذلك يمكن للعناصر الفعالة في هذه المستحضرات الطبية أن تكون مؤرجة بالتماس ، ونذكر من هذه المواد : الصادات ، مضادات الفطور ، المواد الكيميائية العلاجية ، العناصر المطهرة ، المبنجات الموضعية ، المتول ، التيمول ، الريزورسين ، بلسم البيرو ، ثاني كلوريد الزئبق ، الزئبق النشادر ، الفورمول ، الكافور Camphor (راجع الجدول ١٢ : ٢) .

- المستأرجات بالتماس والموجودة في الملابس والمجوهرات :

● الشوارد : الكرومات ، النيكل ، الكوبالت ، الكاديوم الموجود في المجوهرات كالحواتم والأساور والأقراط والأطواق ، أو ما يوجد في القطع المعدنية الملحقة بالملابس الداخلية .

● مكونات المطاط : المطاط (المواد المبرعة أو المنشطة ، المواد المضادة للتأكسد والأصبغة الموجودة في المطاط) ، ما يوجد في الحلقات المطاطية ، الملابس المطاطية ، القفازات المطاطية ... إلخ .

● الأصبغة : وبشكل خاص الأصبغة السوداء أو الزرقاء القائمة المستخدمة في الفراء السوداء أو الملابس الداخلية السوداء (P - Phenylenediamine) .

● الجلود : الكرومات ، الأصبغة ، مواد الدباغة .

- المستأرجات بالتماس والموجودة في المزوقات :

تتضمن المستأرجات الموجودة في المزوقات : الأغوال الصوفية واللانولين والأوسيرين Eucerin والمواد الحافظة (مركبات البارابزين ، كلورأستاميد) . ومن المواد الأخرى التي قد تكون مؤرجة : الأصبغة في طلاء الأظافر وأقلام التخطيط الخاصة بالحاجبين ، المواد القاصرة ، المحاليل المجمدة

للمشعر (Thioglycollate)، والروايتين اللدينية في طلاء الأظافر، شذا العطورات، ماء الكولونيا... إلخ، المواد المزيلّة لرائحة العرق (هكساكلوروفين، كلوروأستيمايد، مركبات البارابنزين)، وبشكل خاص الصوابين المعطرة. وأخيراً فإن العطور نفسها كثيراً ما تحوي على مستأرجات بالتماس مثل السينامالدييد، مسك العنبر، وبلسم البيرو.

– مستأرجات التماس المهنية :

إن عدد المستأرجات بالتماس في المهن المختلفة هائل جداً، وتختلف أنواع هذه المواد باختلاف المهن، ويقع على عاتق الطبيب الجلدي المتخصص بالأرج مهمة تحديد المادة المؤرجة، ونوضح هنا بعض الملاحظات العامة :

● الحَبَازون : الملونات، الخميرة (كربونات الأمونيوم) المواد المنكهة (زيت الليمون، زيت اللوز المر)، المواد الحافظة (حمض البستروئيك، استرات حمض ب – هيدوكسي بنزوئيك)، البهارات (القرفة).

● العاملون في المكاتب : الحبر، ورق الكربون، الأقلام الملونة، أصبغة الطباعة، المواد اللاصقة.

● الكهربائيون : المواد العازلة، المطاط وملحقاته، البلاستيك (فورمالين).

● الحلاقون : أصبغة الشعر، المواد القاصرة، المواد المثبتة، المواد المجمّدة (مشتقات حمض ثيوغليكوليك)، الأملاح المعدنية، العطورات، المطاط وملحقاته.

● ربّات البيوت : مواد الغسيل، مكونات الصوابين والمواد المنظفة (المبيضات، الستيلين) الترتين (ملمعات الأحذية والبلاط) المواد المستخدمة لدى تحضير الخبز، المطاط وملحقاته، أملاح النيكل والكروم، الكريمات المستخدمة في العناية بالبشرة.

● المهن المتعلقة بالطب : العناصر المطهرة (مشتقات الفينول، اليود، الفورمالين، أملاح الزئبق، مركبات الأمونيوم الرباعية)، المبيجات الموضعية (البروكاين، البانتوكاين) المواد الدوائية الكيميائية والصادات (ستربتومايسين، البنسلين، النيومايسين، الباستراسين، الجنتاميسين)، السلفوناميدات، الزيوت الأساسية (في المراهم) أو الأدوية العصبية (كلوروبرومازين).

● الزراعة : الزيزفون، الأممّدة، مضادات الحشرات (مشتقات الفينول، مركبات الزرنيخ، مركبات الزئبق المعطرة) الزيوت المزلّقة وزيوت المحركات (الديزل).

● عمال البناء : (الكرومات، الكوبالت، النيكل) أملاحها الموجودة في الإسمنت والمواد المصلية له.

● عمال المعادن : الزيوت وما يضاف إليها، الشحوم المزلّقة، الزيوت الشاقبة، مواد الصّهر واللحام، مضافات البتزين، المضافات إلى محاليل التبريد، العناصر المضادة للتآكسد.

● عمال الغزل والنسيج : الأصبغة، المواد اللازمة لإضفاء اللمسات الأخيرة، المرشحات، عناصر التشريب، المركبات المطاطية، والتي يمكن أن تتواجد جميعها في قطع القماش الجاهزة.

ويجب أن نعلم دوماً أنه يمكن العثور على عدد من المواد المؤرجة بالتماس في مستحضر تزويقي واحد أو في دواء موضعي أو مادة مهنية. وعلى سبيل المثال فإن الأرج بالتماس مع رهم حاوٍ على الصّادات، قد يكون ناجماً عن الصّاد نفسه أو عن المكونات الداخلة في تركيب أساس الرهم مثل الأغوال الصوفية، وكذلك قد ينجم الأرج من المواد المنظفة عن المبيّضات (مشتقات الستيلين ثنائي النشادر) أو عن الشوارد المعدنية مثل الكرومات والنيكل والكوبالت أو عن كليهما.

الاختبارات الرقعية Patch Testing : يمكن للاختبارات الرقعية أن تعطي معلومات أكيدة عن أسباب التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس وذلك بتقليص طيف المواد المؤرجة. وتتضمن الاختبارات الرقعية إحداث التهاب جلد حاد أرجي بالتماس في ناحية محدودة. ومن الهام جداً التمييز بين التفاعلات الأرجية والتفاعلات التخريشية واللاوعية. ولا تجري هذه الاختبارات إلا حين الضرورة فقط وذلك بسبب احتمال إحداثها للأرج بالتماس (الشكل ١٢ - ٩).

الطريقة Procedure : تستخدم مواد الاختبار بتركيز مناسب حيث تمدد (بالزيت أو الماء أو الودلين) وتوضع على شريط لاصق تجاري أو ضمن خلية معدنية، ويجب أن يلتصق كل منهما بالجلد بشكل جيد وكامل قدر الإمكان.

ناحية إجراء الاختبار : على الظهر عادة فوق مستوى الخاصرة.

مواد الاختبار : يتم انتخاب هذه المواد بناءً على القصة السريرية (الأدوية، المواد المهنية، المواد التي تصادف في أوقات الراحة والتزه، أو المزوقات أو الملابس وغيرها).

تركيز مواد الاختبار **Test Concentration** : يجب أن يكون التركيز مناسباً بحيث لا تؤدي المادة إلى تفاعل مرئي في الجلد

السوي ، لأن الاختبارات الرقعية صُممت للكشف عن وجود تفاعل أرجي بالتماس . وعندئذ يمكن نفي التفاعل التخريشي بالتماس .

ويمكن استخدام المعالجات الدوائية الموضعية دون تحديد كمواضع للاختبارات الرقعية . وعلى كل توجد جداول ذات شرح مفصل عن تراكيز مواد الاختبار وسواغاتنا المناسبة (زيت ، ماء ، وذلين ... إلخ) كما في المجموعة الأوربية والأمريكية للمواد التي تحدث التهاب الجلد بالتماس وهي عبارة عن سلسلة من مواد الاختبار المعيارية ، وتشير إلى أهم ٢٠ مادة مؤرجة بالتماس .

الجدول ١٢ - ٣ : مجموعة مواد الاختبار التشخيصي : التهاب الجلد الأرجي بالتماس عند الحمازين والدهانين

مادة الاختبار	تركيز الاختبار (%)	سواغ الاختبار
سلسلة الحمازين :		
بنزويل بيروكسيد	١	وذلين
حمض البنزويك	١٠	وذلين
حمض السوربيك	٢,٥	وذلين
المنتول	١	زيت الزيتون
أنيزول	١٠	زيت الزيتون
Dodecyl gallate	٠,٢	زيت الزيتون
زيت الليمون	١	إيثانول ٧٠٪
القرفة	٢,٥	زيت الزيتون
فانيليا	١	H ₂ O
بيرسلفات الأمونيا	١	H ₂ O
كربونات الأمونيا	٥	H ₂ O
برومات البوتاسيوم	٥	H ₂ O
سلسلة الدهانين :		
هيدروكينون	١	وذلين
بيتاكلوروفينول	٠,٥	H ₂ O
ثري إيثانول أمين	٠,٥	H ₂ O
مسكة الدمر Dammar gum	١	كلورفورم
Dibutyl Phthalate	١٠٠	-
أنيلين Aniline	١	وذلين
الليمونين (زيت البيتين)	٥	وذلين
السودان الثالث	٠,٥	زيت الزيتون

مدة التطبيق : يجب أن يترك الشريط الحاروي على مادة الاختبار ملاصقاً للجلد لمدة ٤٨ ساعة .

قراءة تفاعلات الاختبار : تقرأ التفاعلات الناجمة عن الاختبار بعد ٤٨ ساعة حيث يزال الشريط اللاصق وتقرأ مرة أخرى بعد ٧٢ ساعة أو/ وبعد ٩٦ ساعة . وفي بعض الأحيان يجب مناصرة النتائج الآجلة والتي تظهر بعد أسبوع ، حيث يكثر حدوث التفاعلات الآجلة بشكل خاص في حالات الأرج بالتماس مع مادة الفينيلين ديامين والنيومايسين ، وقد لا ينتبه إليها إذا ما اتبعت الطريقة العادية للقراءة (٧٢ - ٩٦ ساعة) .

تقييم تفاعل الاختبار : يجب إجراء الاختبارات الرقعية على جلد سوي خالٍ من التظاهرات الإكزيمية أو الإكزيمة الهاجعة ، التي تؤدي إلى ظهور تفاعلات إيجابية لا نوعية (وهذا ما يدعى بالظهور الغاضب أو متلازمة الجلد المثار) . ومن الأفضل أن تُجرى الاختبارات الرقعية بعد ٣ أسابيع من شفاء الأعراض الإكزيمية إذا كان ذلك ممكناً . ويجب أن تتوافق نتائج الاختبارات مع الموجودات والقصة السريرية قدر الإمكان وذلك قبل أن تتمكن من الاستنتاج بأن هذه المواد هي العامل المسبب للداء (راجع الشكل ١٢ - ٩) .

تقرأ النتائج الإيجابية وتصنف على ثلاث درجات :

(+) : حمامي مع تفاعل شروي . (++) : حمامي مع تفاعل شروي وحطاطات إفرازية أو حطاطات حويصلية . (+++) : حمامي مع عدد كبير من الحويصلات أو الفقاعات .

ومن المهم جداً التمييز بين التفاعل الأرجي بالتماس ، والتفاعل التخريشي بالتماس كالذي يحدث بسبب تطبيق مادة الاختبار بتركيز عالٍ . ويتناقص شدة التفاعل خلال ٤٨ ساعة إذا كان تخريشياً بالتماس (تفاعل من النموذج المتناقص أو التراجعي) بينما يستمر التفاعل الأرجي بالتماس بالتزايد (تفاعل من النموذج المتزايد) .

الجدول ١٢ - ٤ : مجموعة مواد الاختبار التشخيصي : المستأرجات الأوربية الشائعة

مادة الاختبار	تركيز مادة الاختبار
ثاني كرومات البوتاسيوم	٠,٥
ثيورام المزيج (أ)	١
كلوريد الكوبالت 6H ₂ O . II	١
سلفات النيكل 6H ₂ O (II)	٥
أغوال اللانولين	٣٠
المزيج Mercapto (ب)	٢

(د) -	1% cinnamic alcohol = Fragrance mix و 1%
	1% eugenol و 1% cinnamaldehyde
	1% amylcinnamaldehyde و 1% hydroxycitronellal
	1% geraniol و 1% isoeugenol و 1% oak moss extract
(هـ) -	3% methyl-p- = Paraben mix
	3% ethyl-p- و 3% hydroxybenzoic acid
	3% butyl-p- و 3% hydroxybenzoic acid
	3% benzyl-p- و 3% hydroxybenzoic acid
(و) -	3% clioquinol = Quinoline mix و 3% chlorquinaldol

تفسير نتائج الاختبارات الرقمية : يمكن لهذه الاختبارات أن تعطي النتائج التالية :

– أرج بالتماس أحادي التكافؤ : يعطي الاختبار تفاعلاً إيجابياً واحداً فقط مثل : ثاني كرومات البوتاسيوم . لكن هذا المستأرج موجود ضمن عدة مواد (الإسمنت ، مواد الغسيل ، مواد التشريب ، أصبغة الكروم ، مواد تحضير الأفلام الملونة ، الجلود ، مواد الدباغة) . وفي مثل هذه الحالات يؤدي الأرج بالتماس وحيد التكافؤ إلى تحديد شديد لفعاليات الفرد بما فيها المهنة ، ومن جهة أخرى فإن الأرج بالتماس أحادي التكافؤ تجاه صاّد كالنيومايسين مثلاً يمكن تحاشيه بسهولة .

– أرج بالتماس قليل التكافؤ : يعني هذا حدوث تفاعلات إيجابية بين (٢ - ٥) مستأرجات غير مرتبطة كيميائياً ببعضها .

– أرج بالتماس عدد التكافؤ : ييدي المريض تفاعلات لأكثر من خمسة مواد اختبارية . ويكثر حدوث هذه الحالة عند الأشخاص الذين استخدموا علاجات موضعية لفترة طويلة من الزمن بسبب إزمان آفاتهم الجلدية ونكسها مثل إكزيمة النواحي السفلية للساقين في حالات قرحات الساقين أو حالات الإكزيمة المهنية ، حيث يحدث لدى هؤلاء المرضى أرج تجاه مكوّنات السّواغ أو مواد أخرى مختلفة مثل الصادات ومضادات الفطور والمنبجات وبلسم البيرو ... إلخ . وقد يؤدي الأرج بالتماس عديد التكافؤ إلى إعاقة حياة الفرد بشكل ملموس .

– أرج الزمرة : هناك تحسّس لمركبات ذات بُنى كيميائية متشابهة ، ومثال عليها أرج الزمرة لنظائر مادة ما ، وهي تتميز بالتحسّس تجاه عدد من المركبات التي تتألف بنيتها من حلقة من البزين وتحتوي على مجموعات تفاعلية (NH_2 ، NO_2 ، أو OH) في موضع النظير «Para - Position» . وتحول هذه المركبات (المنبجات ، بروكاثين ، أنيلين ، ب - فينيلين

٢٥	بلسم البيرو
١	الفورمالدهيد (في الماء)
١	إيتيلين ديامين دي هيدروكلورايد
١٠	تربتين
١٥	مزيج Paraben (هـ)
١٠٠	الوذلين الأبيض
٠,٠٥	تيمرفانات الصوديوم
٢,٥	سلفات الكوبالت
٢	ميركابتوبنزوثيازول
١	ب - فينيلين ديامين
٢٠	سلفات النيومايسين
٥	بنزوكاين
٢٠	روسين Rosin
٠,٦	المزيج PPD (ب)
١	إبوكسيد Epoxide
١	p - tert - Butylphenol/ formaldehyde resin
٨	مزيج Fragrance (د)
١	كلوريد أميد الزيتي (II)
٠,٠١	(كلورو) ميثيل - إيزوثيازولدين في الماء (٣ : ١)
٥	كليوكينول
٠,٠٥	ثيوميرزال
٠,٥	ديامينو دي فينيل ميثان
٦	مزيج الكينولين (و)
٢٠	سلفات الجنتاميسين

– إن سواغ الاختبار هو الوذلين إلا في الحالات التي ذكر فيها السواغ إلى جانب مادة الاختبار .

(أ) -	Thiuram mix = ٠,٢٥% ثاني سلفات تتر - إيثيل ثيورام و ٠,٢٥% أحادي سلفات تترإيثيل ثيورام و ٠,٢٥% ثاني سلفات تتراميثيل ثيورام و ٠,٢٥% ثاني سلفات دي بتاميثيل ثيورام
(ب) -	PPD mix = ٠,٢٥% Phenylcyclohexyl - p - phenylenediamine و ٠,١% isopropylaminodiphenylamine و ٠,٢٥% diphenyl - p - phenylenediamine
(جـ) -	Mercapto mix = ٠,٥% mercaptobenzothiazole و ٠,٥% N - cyclohexylbenzo - thiazylsulfonamide و ٠,٥% morpholinyl - mercaptobenzothiazole و ٠,٥% dibenzothiazyl disulfide

التحمل المناعي *Immune Tolerance* : يُعرّف التحمل المناعي على أنه مقاومة مكتسبة تجاه حدوث الأرج بالتماس . وقد يحدث التحمل المناعي إذا ما أعطيت المادة المؤرجة بالتماس عن طريق الفم أو الحقن قبل طور التحسيس .

التأثير الذي يزيد من مقاومة الإصابة *Hardening Effect* : يسدي بعض المرضى الذين يعانون من إكزيمة اليدين المزمنة الأرجية بالتماس تحسناً لا بأس به بالرغم من استمرارهم بمزاولة مهنتهم والتماس مع المادة المؤرجة المسببة . إنه تأثير لا نوعي . ولا يمكن التأكد منه بالاختبارات الرقعية (تبقى نتائج الاختبار إيجابية) ولا يمكن تفسير آليته . وفي بعض الأحيان تسمح هذه الحالة بالاستمرار في مزاولة المهنة .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد نماذج نسيجية مختلفة استناداً إلى كون التفاعل مزمناً أو حاداً :

فالتهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس يتميز بتوسع الأوعية الدموية في الحلقات الأدمية والقسم العلوي من الأدمة الشبكية مع توذم شديد حول الأوعية ، وبشكل خاص في الحلقات الأدمية . وهناك أيضاً رشاحة خلوية النهائية مؤلفة من اللمفاويات والوحيدات وبعض العدلات والحمضات . ويؤدي التفاعل النضحي إلى حدوث وذمة بؤرية بين الخلايا (نز مصلي) مع تشكل حويصلي ضمن البشرة (سفاج) وهجرة اللمفاويات إلى الفراغات بين الخلايا (انسلال) . ويؤدي تمزق جسيمات الوصل إلى تشكل حويصلات داخل البشرة (الحويصلات السفاجية) ، ويصل المصل إلى سطح الجلد لدى تمزق هذه الحويصلات مما يؤدي إلى تشكل الجلبات . وقد تفتتح الحلقات الأدمية على السطح مما يعطى المنظر الذي يدعى بالحالة النقطة *Points of Devergie* . وتظهر كذلك حديثاً إعادة التشكل مع الشفاء البشري ثم التكاثر المؤقت (شواك) واضطراب التقرن (خطل التقرن) .

أما الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس فتتميز بوجود تبدلات النهائية أكثر ارتشاحاً ، أما الحادثة النضحية فأقل شدة ووضوحاً . تتكرر الهجمات الالتهابية النضحية الصغيرة مما يؤدي إلى تفعيل ظاهرة إعادة البناء وتخریبها . ويبدأ تسمك البشرة بالحدوث تدريجياً (شواك *Acanthosis*) فنصبح سماكة البشرة ٤ - ٥ أضعاف سماكة البشرة السوية ، ويتغير شكل التقرن حيث يحدث خطل تقرن يوافق نواحي النضح البشري والأذية . كما توجد بؤر من السفاج أو التشكل الحويصلي السفاجي . وتشاهد خلايا النهائية منسلة إلى البشرة (لمفاويات ووحيدات) . وتوجد رشاحة نهائية خلوية كثيفة مؤلفة من البلاعم واللمفاويات حول الأوعية في الحلقات

ديامين ، سلفوناميدات) إلى كينيات في الجسم . ويعتبر أرج الزمرة تجاه صادات مختلفة ذو أهمية بسبب بناها الأساسية المتشابهة كيميائياً ، مثال ذلك النيومايسين والكاناميسين والفرايميسيتين والجتناميسين والباروموميسين ، وكذلك فإن لأرج الزمرة تجاه أصبغة الفينيل ميثان الثلاثية أهمية عملية (بنفسجية الجانسيان ، الخضرة اللامعة) .

الأرج المشترك : وهو عبارة عن أرج بالتماس عديد التكافؤ ناجم عن تحسس متواقت تجاه مستأرجات مختلفة موجودة ضمن مادة واحدة ، مثال : الأرج بالتماس تجاه النيكل ، ومُسْرعات المطاط في إكزيمة رباط الجوارب ، أو التحسس تجاه ثاني الكرومات والكوبالت في إكزيمة الإسمنت .

التهاب الجلد الناجم عن فرط المعالجة : يحدث هذا عندما يظهر أرج بالتماس ناجم عن معالجة داء جلدي بدئي لا علاقة له بالأرج بالتماس . مثال : حدوث أرج بالتماس تجاه المستأرجات الموجودة في المعالجات المستخدمة في مداواة إكزيمة مزمنة تخريشية .

لا يمكن تقديم النصائح أو مساعدة المرضى إلا بعد تحديد المستأرجات بالتماس لتجنبها وبالتالي الوقاية من الداء . وينطبق هذا بشكل خاص على الإكزيمات المزمنة الأرجية بالتماس المرتبطة بالمهنة حيث قد يضطر المريض إلى تغيير مكان العمل أو مزاولة مهنة أخرى أي التوقف عن ممارسة المهنة الأصلية التي يحترفها . تدون نتائج الاختبارات الرقعية على بطاقة المريض حيث تستخدم لإعلام المريض والطبيب عن سبب الأرج بالتماس الحادث لدى المريض .

الكشف عن الأرج بالتماس بالوسائل المخبرية : يمكن الكشف عن حدوث الأرج بالتماس مخبرياً بواسطة اختبار تحويل اللمفاويات (L.T.T.) . والمبدأ الذي يقوم عليه الاختبار هو تحويل اللمفاويات الدموية إلى أرومة لمفاوية مع زيادة في تصنيع الدنا DNA بعد التعرض للعامل المؤرج ، أو بشكل بديل يمكن تطبيق اختبار تثبيط هجرة البلاعم *Macrophage Migration Inhibition* وعلى كل الأحوال ، فإن الأهمية السريرية لهذه الاختبارات ضئيلة في الوقت الحاضر ؛ ويعود ذلك إلى الصعوبات التقنية ، وعدم القدرة على الثقة بالنتائج ونقص المعايير القياسية .

المقاومة والتحمل المناعي : يمكن أن تحدث مقاومة تجاه حدوث الأرج بالتماس فقط فيما إذا توقف الجهاز المناعي لللمفاوي الناتج عن القيام بوظيفته . ومن الملاحظ أنه يقل حدوث التحسس بالتماس لدى الأشخاص المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والصداف الشائع .

الأدمية المتسمكة والأدمة الشبكية العليا ، ثم بعد ذلك تقل كمية النز والانسلاخ .

الموجودات السريرية : تعتمد الصورة السريرية في التفاعل الأرجي بالتماس على شدة العامل المؤرج ودرجة التحسيس عند المريض وعوامل موضعية جلدية . ويؤدي التعرض الوحيد لمادة مؤرّجة لحدوث التهاب الجلد حاد أرجي بالتماس إذا كانت درجة التحسيس قوية أو عالية . ويؤدي التعرض المتكرر لعامل مؤرج ذو شدة متوسطة إلى حدوث ارتشاح التهابي متوسط الشدة عند مريض شديد التحسيس تجاه ذلك العامل المؤرج ، يتلو ذلك إعادة ترم بشرروي يتضمن شواكاً وفرط تقرن وخطل تقرن ، مما يؤدي بالتالي إلى حدوث صورة سريرية توافق الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس . ويمكن أن تظهر جميع مقومات التفاعل الحاد النضحي أو الالتهابي الخلوي المزمن بين هذين الشكلين المتطرفين . وقد تم الحديث سابقاً عن التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد والمزمن تبعاً لشدة هذا التفاعل .

التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس

: Acute Allergic Contact Dermatitis

المترادفات : الإكزيمة الحادة الأرجية بالتماس .

يصيب التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس بشكل رئيسي أقسام الجلد التي كانت على تماس مع المستأرج . ويبدأ التفاعل عادة خلال ٢٤ - ٤٨ ساعة ، ويتوضع التهاب الجلد على شكل غير متناظر في العادة . وتتابع التبدلات الالتهابية الحادة ظهورها وفق ترتيبها المنتظم ، (راجع الأشكال ١٢ - ١٠ ، ١٢ - ١١ ، ١٢ - ١٢ ، ١٣ - ١٢ ، ١٤ - ١٢) .

طور الحمامي *Erythema Stage* : (الطور الحمامي الودمي) ويتميز هذا الطور بحدوث تفاعل التهابي وعائي نضحي مع احمرار وتورم ووذمي واضح في ناحية التماس . وقد تكون الودمة الجلدية شديدة جداً في النواحي التي يكون فيها النسيج الضام الأدمي رخواً وقليلاً مثل الأجناف .

طور الحويصلات : (الطور الحويصلي والفقاعي) تحدث حويصلات صغيرة أو كبيرة نتيجة للتبدلات الالتهابية النضحية .

طور النضح *Exudative Stage* : يتظاهر هذا الطور سريرياً بوجود نواح محمرة التهابية على سطح الجلد مع تسحج ونضح ونز . ويمكن رؤية التنقط (Devergie) في أماكن الحويصلات المنفجرة .

طور التجلّب *Crusted Stage* : يحف الإفراز النضحي الذي يصل إلى سطح الجلد تاركاً وراءه جُلَبات ذات لون أصفر

شفاف في العادة . أما إذا حدث خمج ثانوي فإن هذه الجلّبات تصبح قيحية ، وحمراء أو سوداء إذا ترافقت بالترف .

طور التوسف *Scaling Stage* : تؤدي الحداثيات المجددة للبناء إلى التخلص من المستأرج بالتماس وإلى تجديد البشرة وبالتالي إلى التوسف .

طور الشفاء (الحمامي المتبقية) : إن استمرار الحمامي يشير إلى مكان توضع التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس السابق . هذا وتكون التظاهرات السريرية ضمن الطور الواحد موحدة نسبياً . ولكن خلال سير الداء فإن تعدد الصور السريرية مميز لالتهاب الجلد الحاد ، أي أنه يمكن أن ترى عدة مظاهر شكلية - سريرية مختلفة خلال سير الداء لكنها جميعاً مميزة للطور الواحد ، الواحدة تلو الأخرى . كما تختلف درجة التهاب الجلد الأرجي بالتماس من حالة لأخرى . وفي الحالات الشديدة يمكن أن تمر الآفة خلال جميع أطوار الإكزيمة المذكورة ، أما في الحالات الخفيفة فقد تغيب بعض الأطوار مثل طور الحويصلات أو النز أو التوسف . ومن الأمور الهامة وجود الميل نحو تفاعل منتشر ومتناظر .

الأعراض : هناك موجودات مجموعية قليلة جداً ، فالترفع الحروري غائب ، وقد يحدث كثرة الحمضات في الدم المحيطي إذا كانت التفاعلات الجلدية واسعة ، أما الأعراض الشخصية فهي التخريش الجلدي والحكة .

التشخيص التفريقي : لا بد من التفريق بين التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والتهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس . فالأول يبدى تبدلات شديدة مركزية واضحة مع حدود غير واضحة وميل لحدوث تفاعل منتر . وعلى العكس من ذلك في التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس حيث تكون شدة التبدلات واحدة في جميع النواحي المصابة وتكون الحدود واضحة تماماً ، وليس هناك ميل لانتشار الآفة . أما في الحمرة فهناك ترفع حروري وارتفاع في سرعة التثفل وكثرة الكريات البيض . وفي الحمراية تصاب اليدين فقط ، ويصاب الوجه في كل من الذأب الحمامي والتهاب الجلد والعضل . القصة السريرية هامة جداً وكذلك ملاحظة السير الحاد والأعراض المجموعية .

الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس

: Chronic Allergic Contact Eczema

المترادفات : التهاب الجلد المزمن الأرجي بالتماس ، الإكزيمة الشائعة *Common eczema* .

قد تكون الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس بدئية أو أنها تنشأ

في أعقاب التهاب جلد حاد أرحي بالتماس يسير باتجاه الإزمان بسبب تكرار التماس مع العامل المؤرج . يميل توضع هذا النوع من الإكزيمة ليكون متناظراً مع حدود مبهمة وتفاعلات منتثرة متناظرة على شكل اندفاعات حطاطات - حويصلية في الأجزاء نقاصية من الجلد . تستمر الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس بسبب تكرار التماس مع المادة المؤرجة المجهولة . ولا تبدي هذه إكزيمة سوى ميل بسيط باتجاه الشفاء العفوي . وللمرضى عادة قصة إكزيمية ذات أسس عائلية ، والداء يصيب جلدًا مريضاً في السابق .

وللصورة الشكلائية هنا عدة أبعاد على العكس من موجودات التهاب الجلد الحاد الأرحي بالتماس النموذجية والتي تتجلى بحدوثات التهابية نضحية مثل التحوصل والتز والتجلب . تبدي الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس ميلاً لحدوث تسمك بشروي التهابي مزمن مع ازدياد كمي واضطراب نوعي في تصنيع الطبقة المتقرنة (شوك ، فرط وخطل تقرن) . وتتميز الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس بتعدد الأشكال الآتي ، أي أن هناك توافقت في ظهور الاحمرار والحويصلات والتآكل والتجلب والتوسف والتسمك الالتهابي للطبقة المتقرنة في نفس الآفة وفي نفس الوقت ، ويحدث التحرز إذا كان التكاثر الخلوي هو الصفة البارزة . ومن المظاهر الهامة هو ميل التهاب الجلد للانتشار إلى نواح بعيدة (التحسيس) . وغالباً ما يطفئ بعُد سريري ما على الداء . لذا يمكن التمييز دوماً بين الإكزيمات النازة والتجلبية والتوسفية بالاعتماد على صفات شكلائية وسريرية .

الإكزيمة المتحززة Lichenified Eczema : لهذا النموذج من الإكزيمة سير مزمن خاص ، ونادراً ما تميل إلى الشفاء العفوي ، وتتصف بالحكة والتهيج الشديدين ، ويؤدي الجلد تسمكاً التهابياً وخشونة في الثنيات الجلدية ، كما تبدي توسفاً حزازانياً وتآكلاً . ويعتمد التحرز على حدوث شوك Acanthosis شديد مع فرط وخطل تقرن بالإضافة إلى التحلم وتوضع رشاخة التهابية باللمفاويات والمنسجات في الأدمة العليا ، أما الحداثيات النضحية فهي غائبة بشكل كامل تقريباً وقد تُعبر الإكزيمة المتحززة عن الأرج بالتماس مع المعادن (نيكل ، كرومات) .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الحزاز المحصور ، الأشكال المحدودة المتحززة من الإكزيمة التأتبية .

توضعات الإكزيمة : يمكن للإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس أن تصيب أي ناحية من الجلد بتماسها مع المادة المؤرجة ، وذلك لأن الجلد بأكمله يكون مُحسّساً . ويعتبر تصنيف التهاب الجلد الزمن الأرحي بالتماس حسب مكان توضع ذو قيمة عملية . ويعتبر مكان توضع العلامات الجلدية ذو أهمية تشخيصية .

وبالإضافة لذلك ، علينا أن نأخذ بعين الاعتبار المستأرجات بالتماس التي تتوافق مع أماكن توضع الداء . وفيما يلي ندرج أهم المستأرجات بالتماس وأكثرها شيوعاً حسب توضع ناحي معين .

إكزيمة الرأس : (الشكل ١٢ - ١٥) إلى جانب الأرج بالتماس يجب أن نفكر هنا بالصداف الشائع والتهاب الجلد المني .

إكزيمة الأذن : يجب التفكير هنا أيضاً بالصداف الشائع والإكزيمة المنية وفطارات الأذن إلى جانب الأرج بالتماس .

إكزيمة الأجنان : من الشائع حدوث التهاب الجلد التأتبي في هذه الناحية عقب الأرج بالتماس .

إكزيمة الشفة : يحدث الأرج بالتماس في الشفاء من التماس مع معاجين الأسنان وحمرة الشفاء وغسولات الفم . وبالإضافة إلى الأرج بالتماس ، توجد حالات خاصة أخرى عند الأطفال مثل التأثيرات الناجمة عن لعق الشفاء وجفاف الشفتين الناجم عن التآب .

إكزيمة اليدين : غالباً ما تحدث إكزيمة اليدين المزمنة الأرجية على ظهر اليدين والأصابع بشكل خاص ، وذلك لأن الوجه الراحي لليدين والأصابع محمي بشكل أفضل نتيجة سماكة الطبقة المتقرنة التي تقاوم عبور المستأرجات بالتماس . وتكون الإكزيمة ثنائية الجانب عادة بالرغم من أنها تكون أشد في اليد التي يستعملها المريض أكثر من غيرها . ومن المهم جداً في إكزيمة اليدين البحث عن المواد المؤرجة بالتماس التي يصادفها المريض أثناء ممارسته هواياته ، أو المعالجات الموضعية ، أو مستحضرات التجميل بالإضافة إلى المواد المؤرجة بالتماس في الحياة المهنية (راجع الشكل ١٢ - ١٦) .

إكزيمة رؤوس الأصابع : يجب التفكير بالأرج التماسي مع المبنجات الموضعية والمعادن عند أطباء الأسنان (راجع الشكل ١٢ - ١٧) . أما بائعوا الورد والعاملون في الحدائق غالباً ما يصابون بإكزيمة التماس المزمنة الناجمة عن أرج بالتماس مع النباتات التزينية مثل الخزامى Tulip Bulbs أو الكريسانثيوم Chrysanthemums . ومن المهم جداً تمييز هذه الحالة عن ما تظاهر به الإكزيمة التأتبية أو إكزيمة خلل التعرق في هذه النواحي .

إكزيمة الثديين : قد يحدث الأرج بالتماس عن العوامل المؤرجة الموجودة في المعالجات الموضعية المستخدمة أثناء الحمل ، ولكن يجب التفكير بالحرب في حالات إكزيمة الثديين ثنائية الجانب أو بدء باجيت في الحلمة لدى إصابة وحيدة الجانب عند المرأة ،

وقد تتظاهر الإكزيمة التأتبية على شكل إكزيمة الثدين .

إكزيمة الساق : لها عدة أسباب ، وتدعى الحالة بالإكزيمة الركودية أو التهاب الجلد الركودي إذا كان هناك حالة من عدم كفاية العود الوريدي المزمنة . وأكثر النواحي إصابة هي الثلثين القاصيين من الساق . ويشاهد لدى الفحص الأوردة الدوالي والوذمة والتهاب النسيجة تحت الجلد Hypodermatitis المزمنة . تحدث تبدلات جلدية حادة بشدة مثل الحماسي والتوسف وتشكل الجلطات بالإضافة إلى التحوصل والنز . وهناك حكة شديدة مع تحريش ورغبة شديدة لفرك وحك الآفة . وتكشف الاختبارات الرقعية في جميع الحالات تقريباً عن وجود أرج بالتماس عديد أو قليل التكافؤ .

يجب تجنب استخدام المصطلح الطبي « الإكزيمة الدوالي » لأن الدوالي الوريدية بمفردها لا تؤدي إلى حدوث الإكزيمة الركودية ، وكذلك فإن الوذمة بمفردها ليست سبباً وحيداً للإكزيمة كما هو معروف عن الوذمة القلبية أو الكلوية أو الوذمة اللمفية البدئية .

ومن العوامل المهمة في نشوء هذه النوع من الإكزيمة هو القصور الوريدي المزمن والمتراكم بالتهاب النسيجة تحت الجلد أو بتصلب الجلد ، وقد تؤدي المعالجة الموضعية للأذيات الصغيرة إلى حدوث تحسيس بالتماس تجاه هذه المعالجة .

إكزيمة أسفل الساق المتوضعة حول الرضوض والتقرحات : تحدث هذه الإكزيمة ككفعل جلدي تحريشي أولي وغير أرجي بسبب الإفرازات والتعطين حول القرحة الركودية ثم تختلط فيما بعد مع الأرج بالتماس بسبب المعالجات الموضعية (التهاب الجلد الناجم عن فرط المعالجة) (راجع الشكل ١٢ - ١٨) . وحين التشخيص التفريقي يجب التمييز بين الأرج بالتماس والتهاب الجلد التحريشي بالتماس الذي يكون واضح الحدود وذا شكل صدافي والمصادف في القصور الوريدي المزمن .

إكزيمة من النمط الصدافي في القصور الوريدي المزمن : وقد كان يدعى هذا النوع من الإكزيمة بمخلل الثقرن الحمجي حيث كان يعتقد أن بعض العوامل الجرثومية تتداخل في حدوثها (مستضدات المكورات العنقودية) . سريرياً ، نجد بقعاً صدافية الشكل قريصة تميل للنز أحياناً أو للتوسف أو التجلب . الحكة موجودة ، وهناك أحياناً ميل لانتشار الآفة . ويمكن الكشف عن وجود مكورات عنقودية دائماً ، غير أن دورها الأمراض غير معروف حتى الآن . ولابد من تمييز هذه الحالة عن الصداف الشائع والإكزيمة النجية (الدرهمية) .

إكزيمة الناحية التناسلية Genital Eczema : في النواحي التناسلية تعتبر الإكزيمة الأرجية المزمنة قليلة نوعاً ما إذا ما

قورنت بالتهاب الجلد الحاد والأرجي بالتماس الناجم عن المطهرات ، مزيلات الرائحة ، الأدوية المضادة للفطور الصادات ، موانع الحمل الخارجية . يشاهد احمرار التهابي وتوسف ونز وتحريش حتى ولو كان التشكل البشري غائباً ، وذلك في الحالات الالتهابية المزمنة وعلى الناحية الصيفية بشكل خاص . ويجب التفكير في مثل هذه الحالات بداء المبيضات البيض والداء السكري . تحدث مثل هذه الحالات عند الكبار خاصة ، ونادراً ما تكون ناجمة عن عوز الفيتامين ب أو الزنك . ومن المهم أن نأخذ بعين الاعتبار حالات الإكزيمة التأتبية التي تدخل في التشخيص التفريقي .

إكزيمة الناحية الشرجية : يجب التمييز بين إكزيمة الناحية الشرجية وبين المذح في الناحية حول الشرج . ويندر حدوث الإكزيمة المزمنة الأرجية في هذه الناحية ، ويغلب أن تنجم عن الأرج بالتماس بسبب المعالجات الموضعية المطبقة ، أو بسبب مكونات المناشف الورقية (أصبغة وعطور) . وكثيراً ما تنجم عن المذح (التهاب المستقيم ، البواسير) ، أو عن داء المبيضات البيض الثانوي والتسالي لتفاعل أرجي بالتماس . ولابد من إجراء الاختبارات الرقعية المناسبة في أي حالة مذح أو إكزيمة في الناحية الشرجية . ويجب دوماً الأخذ بعين الاعتبار حالات الصداف وداء المبيضات البيض في التشخيص التفريقي . كما أن الاستخدام الواسع لرهيمات الستيروئيدات القشرية قد يؤدي إلى حدوث أرج بالتماس للمواد الحافظة الداخلة في تركيب هذه الرهيمات مثل الفينيل ميركوريك والبارابنز Parabens والبنزالكونيوم Benzalkonium .

وفيما يلي ندرج بعض المستأرجات بالتماس الشائعة والمسببة للإكزيمة الأرجية في ناحية الشرج : الكافور ، زبدة الكاكاو ، المتول ، الريزورسين ، البروميتازين ، صبغة الجاوي ، اليود ، المطهرات الموضعية المختلفة ، المواد الحافظة الداخلة في تركيب العلاجات الموضعية .

إكزيمة خلل التعرق Dyshidrotic Eczema :

التعريف : هي عبارة عن التهاب جلد أرجي بالتماس ، يصب راحتين والأخصصين أو أحدهما ويحدث بسبب وجود خلل تعرق حقيقي .

الإمراض : يحدث احمرار التهابي يترافق بمحوصلات خلل التعرق وجلب ووسف ، وبصورة سريرية متعددة الأشكال عند المرضى الذين لديهم خلل تعرق حقيقي . ويفترض أن الأرج بالتماس ناجم عن تماس المصاب مع مواد في المهنة أو البيئة أو بسبب التماس مع المعالجات الموضعية .

البيئية) ، بالإضافة إلى تحديد المادة المؤرجة باستخدام الاختبارات الرقعية .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن إكزيمة خلل التعرق والإكزيمة التأتبية .

الإكزيمة من شكل خلل التعرق الأرجي الدموية المنشأ
Hematogenous Allergic Dyshidrosiform Eczema

التعريف : يحدث هذا النوع من الإكزيمة كتعبير عن تفاعل مناعي آجل متوسط بالخلايا وذلك خلال ٢ إلى ٣ أيام من تناول المستأرج (النيكل ، الأدوية ، المستضدات الفطرية) جهازياً (عن طريق الفم أو الوريد) . وهي تتكون من تفاعل حاد يتطور إلى إكزيمة مزمنة من شكل خلل التعرق ، خاصة بعد تكرار التماس مع المستأرج . ومن النموذجي أن نشاهد إكزيمة منتثرة في الجسم .

التشخيص : يوضع التشخيص بعد الإصغاء لقصة سريرية مفصلة مع إيقاف المستأرج المشتبه به وإجراء الاختبارات الرقعية .

أشكال خاصة :

الارتكاسات الأرجية بالتماس على الأغشية المخاطية : وهي التهاب الفم بالتماس ، التهاب الشفتين بالتماس ، التهاب اللثة بالتماس ، التهاب الحشفة بالتماس ، التهاب الفرج بالتماس . وتتألف العلامات من احمرار التهابي ، وأحياناً وذمة وتآكل تال للحصول وربما تقرحات . أما الأعراض الشخصية فتتألف من التخريش وحس الحرق والألم ، وقد تم شرح المظاهر السريرية للحالات الفردية في البحث المخصص لذلك ، ومن المهم جداً البحث عن السبب .

التهاب الفم الأرجي : المواد اللدائنية والمعدنية الموجودة في البدلات السنية ، المعاجين اللاصقة للبدائل السنية ، معاجين الأسنان ، غسولات الفم ، الأدوية (المطهرات ، الصادات ، المبيدات الموضعية ، العلقة ، الأقراص الطبية) .

التهاب الحشفة الأرجي : مكونات أقلام الحمرة (أصبغة أو سواغات) ، وقيات الضياء .

التهاب اللثة الأرجي : القطرات أو الرهيمات أو المراهم العينية ، المواد الحافظة ، العدسات اللاصقة ، المزوقات ، الأدوية .

التهاب الحشفة الأرجي : مزيلات الرائحة ، الواقي الذكري (المواد القاتلة للنطاف والمواد المزلفة) ، المزوقات ، الأدوية .

الموجودات السريرية : بالإضافة إلى الموضع المفضلة لخلل تعرق تمتد حدوث حويصلات خلل التعرق إلى ظهر اليدين . (الشكل ١٢ - ١٩) . ومن الممكن أن تتعمم إكزيمة هذه مع حدوث حكة وتخريش شديدين .

التشخيص المرضي النسجي : يبدى تسمكاً جلدياً خاصاً بالتهاب خد الخاد والمزمن مع حويصلات سفاجية بؤرية وهجرة سمفويات إلى البشرة ، وهي تبدلات ليس لها علاقة بالغدد لعرقية ولا بأورامها .

التشخيص : لا يمكن إثبات التشخيص عند مريض لديه خلل تعرق إلا إذا أشارت الاختبارات الرقعية إلى مادة مناسبة مؤرجة بالتماس ، وكانت نتائج تحري الفطور سلبية عند الاشتباه بفصارات اليد والقدم على شكل خلل التعرق . ويجب نفي إكزيمة التأتبية في اليدين والقدمين (القصة ، تحديد IgE ، اختبارات داخل الجلد) .

التشخيص التفريقي : يجب التمييز بين إكزيمة خلل التعرق لأرجية المزمنة والتهاب الجلد الأرجي المزمن من شكل خلل تعرق وذلك بالاستعانة بالقصة السريرية ، حيث يصرح مريض أنه قد عانى في الماضي من حالة خلل تعرق حقيقية وأنه يعاني الآن من الإكزيمة .

الإكزيمة من شكل خلل التعرق الأرجية المزمنة

Chronic Allergic Dyshidrosiform Eczema

التعريف : تقتصر هذه الإكزيمة على إصابة الراحتين والأخمصين وتشبه خلل التعرق من الناحية السريرية ، وعلى كل حال ، ينظر إليها مبدئياً على أنها إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس .

الحدوث : الآفة شائعة وهي أكثر حدوثاً عند النساء ، وكثيراً ما تنجم عن التماس مع النيكل .

الإمراض : تظهر إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس على اليدين والقدمين مبتدئة بحويصلات صغيرة من نموذج خلل التعرق على جلد التهابي حممر .

الموجودات السريرية : تتوافق الموجودات السريرية هنا إلى حد بعيد مع تلك التي تشاهد في إكزيمة خلل التعرق المزمنة وذلك فيما يتعلق بالصورة السريرية ذات الأشكال المتعددة المتوافتة . وتفتقر القصة السريرية لعلامات خلل التعرق الحقيقي .

التشخيص : القصة السريرية الدقيقة ، عدم وجود خلل تعرق حقيقي ، نفي وجود سعفة القدم واليد من شكل خلل خلل التعرق ، وجود ما يدل على العلاقة بين الزمن والتوضع وبين المادة المؤرجة بالتماس (المزوقات ، المستأرجات المهنية أو

التهاب الفرج الأرجي : الارذاذات ، المواد المطهرة ، المواد القاتلة للنفط ، الأدوية ، الواقيات الذكرية .

التهاب الجلد الأرجي بالتهاماس دموي المنشأ والإكزيمة الأرجية بالتهاماس دموية المنشأ : بعد أن يتم تحسس الجلد تجاه مادة مؤرجة ما ، يمكن للإكزيمة الأرجية بالتهاماس أن تتعرض داخلياً إذا ما تم تناول المادة المؤرجة عن طريق الفم أو الدم ، وتحدث هذه الحالة بالذات في الأدوية المؤرجة بالتهاماس (الصادات ، مضادات للحكة) ، حيث تظهر لدى المريض بؤر جريبية منتشرة من الإكزيمة التي تتعمم بعد ذلك وتنتشر ، وهي بالطبع من نوع الإكزيمة الحادة الأرجية بالتهاماس . ولا توجد أفة بدئية تنتشر منها الإكزيمة ، ويشير التوزيع ثنائي الجانب إلى المنشأ المجموعي وفي بعض الأحيان يشكو المريض من ترفع حروري ، وزيادة سرعة التنفس ، وتورم العقد اللمفية ، وكثرة الكريات البيض والحمضات . كما يرافقها أحياناً هجمات ربوية وإسهال والتهاب فم وأعراض عصبية مركزية . وللقصة السريرية أهمية تشخيصية (الأدوية ، الأغذية ، النيكل ، الكروم الذي يدخل في تركيب التعويضات السنية أو الحشوات السنية على سبيل المثال) .

الإنذار : حسن إذا أمكن تحديد العامل المؤرج والابتعاد عنه .

سير التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهاماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهاماس :

يتحسن التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهاماس خلال فترة محدودة ، وتراجع التبدلات الالتهابية الجلدية بسرعة بعد تحديد المادة المؤرجة والابتعاد عنها ، غير أن الوضع يختلف بالنسبة للإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهاماس والتي تستمر بسبب تكرار التماس مع المادة المؤرجة . في بعض الأحيان لا يمكن الابتعاد عن المادة المؤرجة بالتهاماس . وينطبق هذا الأمر على النيكل والكروم الموجودين في كثير من المواد المهنية أو المواد التي تصادفها في حياتنا اليومية (انظر الجدول ١٢ - ٥) .

يؤدي التماس الحديد إلى هجمة جديدة قد تأخذ سيراً حاداً . وبعد تكرار التماس مع المادة المؤرجة أو لدى حدوث خطأ في المعالجة ، عندئذ لا يحدث التفاعل الالتهابي في ناحية الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهاماس فحسب بل يترافق بانتشار هذه الإكزيمة ، وقد يؤدي هذا أحياناً إلى حدوث أحمرة معممة ثانوية .

معالجة التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهاماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهاماس :

تحتاج معالجة الأشكال المختلفة لالتهاب الجلد الحاد والإكزيمة

المزمنة الأرجية بالتهاماس إلى خبرة علاجية لا بأس بها .

الابتعاد والوقاية عن المستأرجات (المواد المؤرجة) بالتهاماس :

من الضروري تجنب التماس مع جميع المواد المؤرجة أو المخرشة الأولية أو التراكمية التي لها علاقة بالمرض . وقد يكون الاستحمام المهدف لإزالة المواد المتأثرة عن الجلد أول التدابير العلاجية التي يجب أن تطبق . وتعطى زيوت الاستحمام المطرية للمرضى الذين لديهم جلد جاف . أما اتقاء المواد المؤرجة فليس دوماً بالأمر السهل وخاصة إذا كان الأرج نحو مواد مهنية أو بيئية مثل النيكل والكروم .

ومن الضروري تنبيه المرضى إلى العوامل التي تسبب أو تؤدي لاستمرار الداء ، ولابد من إعطاء المريض بطاقة خاصة بالمواد المؤرجة بناءً على نتيجة الاختبارات الرقعية في حالات الأرج بالتهاماس .

تنظيف الجلد :

لا يسمح لمرضى التهاب الجلد الحاد بالتهاماس باستخدام الصابون نظراً لما يسببه من سوء في حالة الجلد بالإضافة إلى التخریش . وتفتقر المنظفات الصناعية إلى هذه التأثيرات ، وذلك يعود إلى أنها غالباً ما تكون طبيعية أو أنها معدة لتناسب باهاء (PH) الجلد الفيزيولوجي (الحامضي) ، ولها تأثير قابض متوسط الشدة (ترسيب البروتين) وتؤدي إلى وذمة جلدية خفيفة فقط . ويمكن للمنظفات الطبيعية ، وأحسنها الحامضية إلى أن توصل إلى تنظيف جيد للجلد قبل البدء بالمعالجة .

المعالجة بالاستحمام : بالإضافة للحمام المنظف المهدف لإزالة مواد التماس أو المستأرجات ، تستطب المعالجة بالاستحمام إذا كان الداء يغطي مساحات واسعة من الجلد أو إذا كان الداء متعمماً . والمواد التي تضاف للحمام هي نخالة القمح والشوفان أو خلاصات فول الصويا حيث تخرج مع زيوت مختلفة تحمي الجلد من الجفاف .

تستجيب الإكزيمة المزمنة الميالة للتحزز أو لحدوث التبدلات الجلدية الثانوية الناجمة عن الحككة إلى حمامات القطران (Liquor Carbonis Detergens) . ويجب تفادي إضافة الكبريت لإمكانية إحداثه للتخریش .

المعالجات الموضعية :

تحتاج المعالجات الموضعية إلى خبرة معقولة وذلك لأن حالات الجلد التخريشية والالتهابية . قد تنتشر وتعمم إذا ما تم استخدام تدابير موضعية غير ملائمة . ويجب استخدام العلاج

موضعي الأكثر فعالية والأقل تحريشاً . ولا بد من الاطلاع على سوانج المناسب أولاً ، وبعد ذلك يمكن تجربة العقاقير المختلفة في السوانج المناسب (معجون ، سائل ، مرهم) . ولا بد من معرفة المواد المكونة للسوانج حتى نحمي المريض من المواد مؤذية بالتقاس التي يمكن أن تصادف في السوانج (مثل الأغوال نصوفية) . وقد تحقق أفضل العلاجات إذا ما كان السوانج غير مناسب ، والعكس صحيح ، فقد يكون للسوانج فعالية شافية بسبب مواصفاته الفيزيائية . ويعتمد اختيار السوانج المناسب على كون الحالة حادة أو مزمنة ، وعلى مكان توضع الآفة ونموذج الجلد المصاب وطبيعته .

شدة التبدلات الجلدية :

تهاب الجلد الحاد بالتقاس ، طور الحمامي : يتراجع هذا الطور عفوياً بعد إبعاد المادة المؤرجة . والعلاج الانتقائي هنا هو لأدوية المضادة للالتهاب السطحية على شكل بودرة أو سائل (Shake Lotions) ، أو الرهيمات المبردة الولوجة بالماء (من غودج الزيت في الماء) . لا تستطب المعاجين أو الرهيمات الولوجة بالدم (من غودج الماء في الزيت) ، وكذا المراهم والمراهم الدسمة لأنها تعوق تحرر الحرارة أو تبخر الماء وتزيد بشاشي من شدة الالتهاب الحاد . يمكن استعمال رذاذ ستيروئيدات القشرية .

تهاب الجلد الحاد بالتقاس ، طور الحويصلات : إذا تضمنت لأعراض الجلدية في البدء اندفاعات حويصلية صغيرة فلا بد من محاولة تخفيفها باستخدام المحاليل المجففة والرهميات الولوجة بالماء (غودج الزيت في الماء) . ويمكن استخدام معجون مجفف (معجون لاسار Lassar's Paste) أو معجون منشف على سطوح الراحة والأخمصية . تستطب الضمادات الرطبة عندما تكون الحويصلات كبيرة مع ما يؤشر إلى حدوث خمج جرثومي ثانوي (تقوبو) . وهذه الضمادات تأثير معطن على حويصلات ، كما أنها تؤدي إلى تثبيط الفعل الالتهابي عن طريق تبخر والتبريد ، وفي الوقت نفسه تؤدي إلى تخفيف الجلد نصاب بسرعة . وقد تستدعي الضرورة معالجة الجلد برهم ونوع بالماء أولاً (ضماد مرطب بالبرهم) . ومن أكثر العلاجات مناسبة الرهميات الحاوية على الستيروئيدات القشرية لوحدها أو مشتركة مع الصادات .

تهاب الجلد الحاد بالتقاس ، طور التوسف : تستطب الرهميات ستيروئيدية الولوجة بالماء وإن تطبيق المستحلبات مع قليل من ندمه يساعد على إعادة محتوى الطبقة المتقرنة من السوائل وندسه إلى وضعه السوي ويخفف أيضاً من التوسف . لا تستطب هنا المساحيق أو المحاليل أو الضمادات الرطبة أو

الرهميات الولوجة بالماء بسبب تأثيراتها المجففة .

إكزيمة التقاس المزمنة ، طور التآكل والتجلب : تستطب الضمادات الرطبة والضمادات الرطبة بالرهميات على حد سواء . ولا بد من إجراء الاختبارات الجرثومية وإعطاء العلاجات المناسبة لدى وجود التقوبو . ويجب ألا تستمر المعالجة بالضمادات الرطبة هنا لأكثر من ٢ - ٣ أيام لأنها تؤدي إلى تجفاف شديد .

الإكزيمة المزمنة ، الالتهابية ، المرتشحة ، المتحرزة : يجب رفع محتوى الدم في السوانج الدوائي كلما زاد الإزمان والارتشاح في الآفة الجلدية . ويمكن استخدام المعاجين اللينة والرهميات الولوجة بالماء والمراهم الدسمة . ومن المستحب استخدام المعالجة تحت ضماد كسيم (حيث يطبق رهم أو مرهم حاو على الستيروئيدات القشرية ثم تغطي الناحية بغطاء لدني ٨ - ١٢ ساعة يومياً) . فهذه طريقة تحسن من نفوذية الدواء وامتصاصه من قبل الجلد المؤوف . لا يستطب هنا تطبيق المساحيق أو المحاليل أو الرهميات الولوجة بالدم أو المحاليل الحاوية على الماء باعتبار أنها لا تملك سوى تأثير مضاد للالتهاب السطحي وتؤدي إلى الجفاف . قد تخفف الراحة والضمادات الرطبة برهميات ستيروئيدية قشرية من شدة الحكّة والالتهاب ولكن يجب مراقبة الحالة جيداً خوفاً من الجفاف الشديد .

مكان توضع الآفات الجلدية : لدى انتخاب السوانج المناسب من الضروري جداً الأخذ بعين الاعتبار المكان الذي توضع فيه التبدلات الجلدية .

جلد الثنيات *Intertriginous Skin* : ييدي جلد الثنيات حرارة موضعية ونقصاً في استبخار الماء وتعطناً ، كما تشيع في هذه النواحي كثرة الإفرازات والخمج الجرثومي الثانوي ، لذلك لا يستطب هنا أي سوانج يؤدي إلى حدوث هذه الظواهر أو زيادتها مثل المساحيق ، المعاجين اللينة ، الرهميات الولوجة بالدم والمراهم الدسمة . بينما يستطب تطبيق الضمادات الرطبة أو ربما التطبيق للرهميات الولوجة بالماء أو المحاليل (المعلقات) لفترة وجيزة . كما توجد تأثيرات مستحبة للمحاليل المائية الحاوية على الصباغات الملونة (الخضرة اللامعة ١٪ بيوكثانين ٠,٥٪) .

اليدين والقدمين : لا بد من إزالة الشن وفرط التقرن وأسبابهما الالتهابية . وهذا يقتضي استخدام المراهم الحاوية على الدم أو الرهميات الولوجة بالدم (من غودج الماء في الزيت) أو المراهم الدسمة الخالصة (مرهم Unguentum Molle, Unguentum Diachylon Hebra) التي يمكن استخدامها مع الضمادات الرطبة (معالجة رطبة - دسمة) . ومن مضادات الاستطباب

هنا استخدام التداير المخففة مثل الضمادات الرطبة لوحدها أو المساحيق أو المحاليل أو الرهيمات الولوعة بالماء أو المعاجين الصلبة .

الفروة : كثيراً ما يصعب معالجة التهاب الجلد في هذه المنطقة . لا تستطب السواغات التي لا يمكن تنظيفها أو غسلها مثل الرهيمات الولوعة بالدم والمراهم وكل أشكال المعاجين ، بينما يستطب استخدام الرهيمات الولوعة بالماء والمحاليل ومراهم (البولي إيثيلين غليكول) التي يمكن تنظيفها من الفروة .

الناحية الصفنية *Scrotal Region* : من الضروري أن نعلم أن أدوية كثيرة ومختلفة يتم امتصاصها بشكل كاف وسريع عبر الناحية الصفنية بالمقارنة مع جلد النواحي الأخرى ، فالهدروكورتيزون تزيد نفوذته عبر جلد الصنف حوالي ٤٠ مرة عما هو عليه في جلد الساعد . ويميل جلد الصنف بسرعة إلى الجفاف . لذا يجب استخدام السواغات المخففة (المساحيق - المحاليل - الرهيمات الولوعة بالماء) لفترات قصيرة فقط ويجب أن تتحول بعدئذ لاستخدام المعاجين اللينة أو الرهيمات الولوعة بالدم . ويجب تجنب استخدام المراهم الدسمة لكون الناحية ثنية جلدية وبالتالي فهي عرضة لحدوث الخمج الثانوي . كما يجب تجنب استخدام الصبغات الغولية لأنها تؤدي إلى حروق واضحة . وينصح باستخدام المعاجين اللينة وزيت الزنك وبشكل خاص عند الأطفال .

إفراز الغدد الزهمية *Sebaceous Gland Secretion* :

يفضل تحديد نوع الجلد لدى المريض قبل البدء بالمعالجة . وتشير الخبرات إلى أن المرضى الذين لديهم زيادة في الإفراز الزهمي يحملون السواغات ذات المستوى المنخفض من الدم ، والمساحيق والمحاليل والغولية والرهميات الولوعة بالماء والمعالجات القاسية بشكل جيد نسبياً . أما المرضى ذوي الجلد الجاف فإنهم يحملون بشكل أفضل بكثير السواغات الغنية بالدم مثل زيت الزنك والمعالجات اللينة والرهميات الولوعة بالدم والمراهم . ويمكن استخدام السواغات متوسطة المحتوى الدهني في الحالات ذات الإفراز الدهني المتوسط .

معالجات خاصة :

الستيروئيدات القشرية السكرية : لقد حقق استخدام الستيروئيدات القشرية موضعياً تقدماً هائلاً في معالجة التهاب الجلد . وهي معالجة جيدة وتقصر من أمد التهاب الجلد ، وهذه الستيروئيدات تأثيرات مضادة للالتهاب والأرج ، لذلك يحدث في العادة تحسن ملموس خلال بضعة أيام . ومن الضروري استخدام الستيروئيدات ضمن سواغ ملائم . ويستطب استخدام الستيروئيدات القشرية القوية كمعالجة

بدئية ثم تبدل بستيرويد أقل قوة بالسرعة الممكنة بعد السيطرة على الحالة وذلك لتلافي حدوث التأثيرات الجانبية للستيروئيدات (راجع الفصل ٦٧ - التأثيرات الجانبية) . ويمكن استخدام الرهيمات أو المراهم الستيرويدية تحت ضماد كيم في حالات التهاب الجلد الأرجي بالتماس المتحزز أو المزمن المرتشح وذوي الحدود الواضحة . ويجب عدم وضع هذا الضماد الكيم لفترة تتجاوز مدة ١٢ ساعة في اليوم الواحد لتجنب حدوث الخمج الثانوي .

تعتمد نفوذية الستيروئيدات على الطبقة المتقرنة حيث تشكل فيها مخزناً يبدأ منه النفوذ . ويجب أن نذكر دوماً أن تطبيقها موضعياً على مساحات واسعة ، وخاصة إذا كان التطبيق تحت ضماد لدني كيم ، يؤدي إلى امتصاص كميات كبيرة من هذه الستيروئيدات . والحالة هذه مهمة بشكل خاص إذا أصابت التبدلات الالتهابية الطبقة المتقرنة السوية وأدت إلى تحربها . وكذلك عند الأطفال ، إذ يكون الجلد عندهم رقيقاً . ويمكن لالتهاب الجلد الذي يتظاهر على شكل لويحات فردية (مثل الإكزيمة المتحززة والتهاب الجلد مفرط التقرن المتشقق في اليدين) أن يعالج بالحقن الموضعي للكورتيكيزون من معلق بلوري (تريامسينولون أسيتونيد) . ومن المهم جداً أن يكون الحقن داخل الأدمة وليس في النسيج الشحمي وذلك لتجنب حدوث ضمور الشحم ، وبالتالي إمكانية حصول انطباع جلدي . وفي الحقيقة فإن الاستخدام الفوري للعلاجات الموضعية الحاوية على الستيروئيدات يمكننا من تقصير المدة للحصول على الشفاء في التهاب الجلد الحاد والإكزيمة المزمنة ، إلا أنه يجب أن نعلم أن هذه المعالجة شكلية وعرضية وليست سببية ، ولذا يشيع حدوث النكس عند التوقف عن تطبيق العلاج وخاصة في حالة التهاب الجلد المزمن .

المواد المضادة للجراثيم : يمكن تحري وجود الخمج الثانوي بالجراثيم أو الفطور في حالات التهاب الجلد تحت الحاد أو المزمن . وتظهر الآفات الجرثومية على شكل تقوؤ أو شكل بثرات إذا أصابت ، اليدين أو القدمين . أما الآفات الفطرية فتشاهد بشكل رئيسي في مناطق الثنيات .

ويعتبر المصل الفيزيولوجي مناسباً لإجراء الضمادات الرطبة ، وكذلك ترات الفضة (المحلول المائي بتركيز ١ إلى ١٠٠٠) أو برمنغات البوتاسيوم (بتركيز ١ إلى ٣٢٠٠٠) . ويمكن دهن الآفات الفردية بصبغات التري ميتيل ميثان (الخضرة اللامعة أو بنفسجية الجانسيان) وهي فعالة ضد الجراثيم إيجابية الغرام والعفن *Mold* ، ولكن يجب عدم استخدامها بمحاليل ذات تركيز أعلى من (١٠٪) في النواحي

منحية (الثنيات) خوفاً من إمكانية حدوث النخر . وإذا ما شبه بوجود خمج ثانوي فطري فيمكن استخدام الأدوية مضادة للفطور واسعة الطيف والتي يمكن أن تتوفر ممزوجة مع ستيرويديات في بعض المستحضرات . وقد وجد أن نيكينول ٠,٥٪ مع زيت الزنك أو مع معجون لئـن فائدة وقيمة خاصة في التهاب الجلد في النواحي المذحية . ويمكن أن تطبق أيضاً معالجة مزدوجة الطبقة (تطبيق مرهم حاوٍ على ستيرويد قشري ضعيف ويدهن فوقه الكليوكينول في سواغ ملائم) .

إصدارات : لقد توقف استخدام البنسلين موضعياً بسبب قدرته الخمسة العالية . وأكثر الصادات شيوعاً في التطبيق الموضعي هي النيومايسين ، الباسيتراسين ، الفراميسيتين ، الاريترومايسين ، الكلورامفينيكول ، التراسيكلينات ، والجنتاميسين . ويجب أن نتذكر دوماً أن المقاومة للنيومايسين في تزايد مستمر وأن المرضى المحسّسين بالتماس في ازدياد أيضاً ، وأن التحسس تجاه التراسيكلينات أقل نسبياً ، لكن مقاومة المنكورات العنقودية لها تزايد .

الأدوية المضادة للالتهاب *Antiinflammatory Drugs* : من السهل عادة أن يحدث الشفاء خلال بضعة أيام في حالات التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد وذلك لدى اختيار السواغ المناسب مع الستيروئيد القشري السكري الموضعي ، بينما توجد صعوبات علاجية كبيرة للتخلص من الارتشاح الالتهابي المزمن والتحرز في التهاب الجلد المزمن بالإضافة لوجود ميل للنكس لدى إيقاف العلاج .

لهذا السبب لا تزال الأدوية القديمة تحت مكانة مهمة في خطة المعالجة وخاصة إذا ما استخدمت بالأشتراك مع الستيروئيدات الخارجية بالتناوب ليلاً ونهاراً أو باتباع طريقة العلاج مزدوجة الطبقة .

القطران : يمكن إضافة القطران الفحمي أو الاكسامول Ichthammol إلى سواغات مختلفة ، ويفضل منها المعاجين اللينة والرهيات الولوعة بالدسم أو المراهم (راجع الفصل ٦٧ المعالجة الموضعية المحددة - القطران) ، ولكن لون القطران الأسود ورائحته يحدّدان قليلاً من استخداماته . ومن الشائع استخدام القطران الفحمي الصافي في حالات الإكزيمة المتحرزة وخاصة إذا كان فيها عنصر أكالي (حكاك Prurigo) . وتقل النفوذية لدى استخدام المحاليل الحاوية على القطران مثل (Liquor Carbonis Detergens) . إن تحمل القطران النباتي مثل مادة Brickwood (أو Oleum Rusci بنسبة ٣٪ في غول ممدد) أقل من تحمل القطران الفحمي . وتعتبر الرهيات

الحاوية على الستيروئيد والقطران ذات قيمة جيدة . ويجب أن يبقى في الذهن دوماً أن استخدام القطران الفحمي الصافي أو المحاليل الحاوية عليه تؤدي إلى التحسيس من الأشعة فوق البنفسجية (التهاب جلد ضيائي انسمامي) . لذلك يجب تجنب التعرض لأشعة الشمس أو المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية أو الأشعة السينية في المناطق المعالجة بالقطران . وفيما عدا ذلك ، يجب استخدام القطران والمواد المشابهة لبضعة أيام فقط بسبب ما يحدثه من تحريش لا نوعي في الجلد المعالج به ، وقد تظهر تأثيرات جانبية مثل التهاب الجريبات الشعرية والعد القطراني .

الكبريت : لقد لعب الكبريت دوراً لا بأس به في المستحضرات القديمة . فللكبريت فعاليات مضادة للجراثيم ، ومضادة لالتهاب القرنين . وقد كان الكبريت أحد مكونات المراهم الطبية المستخدمة قديماً . مثال : مرهم ويلكنسون الذي استخدم في إكزيمة اليدين المزمنة المتشققة مقرطة التقرن ، وقد يحدث تفاعلاً لا نوعياً في التهاب الجلد المزمن .

حمض الصفصاف *Salicylic Acid* : استخدام حمض الصفصاف في معالجة التهابات الجلد بسبب تأثيراته الحالة للقرنين والمضادة للجراثيم . ويقال بأنه يزيد من امتصاص الستيروئيد القشري السكري . يستخدم حمض الصفصاف في سواغ دهني (٥ - ١٠٪ في الودلين أو في) *Unguentum Diachylon* أو *Unguentum Molle* (حيث يحدّد من حدوث التوسف والتجلب . ويمكن إضافة حمض الصفصاف إلى *Hebrais Unguentum Diachylon* الحاوي على الستيروئيدات . ويجب عدم استخدام حمض الصفصاف لمعالجة مساحات واسعة بسبب حدوث الانسحاق الناجم عن امتصاصه .

مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية : لقد بذلت جهود كبيرة للتعرف على مواد مضادة للالتهاب غير ستيروئيدية ، وذلك بسبب التأثيرات الجانبية الناجمة عن الاستخدام المديد للستيروئيدات . وتبين أن الأدوية المضادة للالتهاب المستخدمة في الحمى الرثوية ليست بذات فعالية جيدة . ويعتبر *Bufexamac* المشتق من حمض الفينيل أسيتيك قريب في تأثيره من تأثير الستيروئيدات القشرية الضعيفة .

المعالجات الشعاعية الجلدية : تستخدم الأشعة السينية اللينة كعلاج فقط في حالات الإكزيمة المزمنة المحددة عندما تكون معندة بشدة على العلاجات الأخرى . ويمكن إعطاء جرعات صغيرة من الأشعة السينية اللينة تحت شروط مناسبة (٠,٦ - ١ Gy ، ثلاث مرات بفواصل مقداره من ٨ - ١٠ أيام) . ويمكن لهذه المعالجة أن تبدل من تفاعل الجلد المريض

وبالتالي تؤدي الستيروئيدات إلى نتائج أفضل . ومن المهم عدم استخدام أية مواد مثل القطران أو الكبريت أو حمض الصفصاف أثناء المعالجة الشعاعية أو بعدها (التأثير التشاركي) ، ويسمح فقط هنا بالستيروئيدات الموضعية . ويمكن الحصول على نتائج جيدة في الإكزيمة المزمنة المعممة باستخدام المعالجة الشعاعية البُعادية Teleroentgen Therapy .

المعالجة الجهازية :

كثيراً ما لا تتوفر سوى المعالجات العرضية للأشكال المختلفة من التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد بالتماس أو الإكزيمة المزمنة بالتماس .

الستيروئيدات القشرية السكرية : وهي مواد فعالة جداً في معالجة التهاب الجلد الحاد بالتماس والإكزيمة المزمنة بالتماس . وعلى كل الأحوال يجب أن تستخدم لفترات قصيرة أو متوسطة فقط (١ - ٦ أسابيع) . تعطى في البدء جرعات بين ٤٠ - ٦٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها في اليوم الواحد ، ثم يتم التخفيض وحتى ٥ - ٧,٥ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها بعد أن يحدث تحسن ملحوظ . تعطى الستيروئيدات القشرية السكرية في الآفات الجلدية الشديدة والميالة للتعمم بشكل خاص ، ويجب ملاحظة مضادات الاستطباب بدقة . وعند حديثي الولادة ، يوصى بإعطاء جرعة أولية بمقدار ١ - ٢ ملغ/ لكل كغ من وزن الجسم من الريدنيزولون أو ما يعادلها . أما الستيروئيدات ذات الاستخدام المديد فلا ينصح بها إلا في الحالات الوخيمة من التهاب الجلد من غط خلل التعرق الناكس المزمن . ويجب أن تكون الجرعة الدوائية أخفض من عتبة داء كوشينغ قدر الإمكان (ليس أكثر من ٥,٧ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها) .

مضادات الهستامين : كثيراً ما تساعد مضادات الهستامين الفموية على تثبيط الحكّة . وكبدأ علاجياً يعتبر منع ارتباط الهستامين بالمستقبلات الخلوية أقل أهمية من التأثيرات المركّنة والمضادة للحكّة . لقد جرت عدة محاولات لتقسيم المعالجة بمضادات الهستامين إلى معالجة مركّنة ليلية ومعالجة غير مركّنة نهائية . وتختلف الاستجابة لمضادات الهستامين من شخص لآخر ، لذلك يجب أن نحدد ما إذا كان مضاد الهستامين بتأثيره المركّن سيؤثر على الفعاليات المهنية للشخص . وتستطب المشاركة بين الستيروئيدات ومضادات الهستامين بشكل خاص في معالجة حالات التهاب الجلد بالتماس ذي المساحات الواسعة والمخثر جداً ، ويمكن لمضادات الهستامين أن تعمل عمل المواد المؤرّجة (Allergens) .

الكالسيوم : لا تزال مستحضرات الكالسيوم تستخدم كحقن وريدية أو على شكل عقاقير عن طريق الفم لمعالجة الحكّة ، بالرغم من أن الشكّ لازال قائماً حول فعاليتها .

المضادات والعناصر العلاجية الكيميائية : تستطب هذه المستحضرات في حالات الخمج الجرثومي الثانوي فقط ولا بد من تقييم الزمر المقاومة لدى اختيار المضاد المناسب ، وأكثر ما يستخدم التتراسيكلين والأوكسي تتراسيكلين والسيفالوسبورين والاريثروميسين ، ويجب تجنب البنسلينات بسبب تأثيراتها المحسّنة ، كما يتم استخدام مزيج السلفاميتوكسازول مع التري ميثوبريم بحذر للأسباب نفسها .

مدرات الملح Saluretics : تستخدم هذه الأدوية أحياناً لمعالجة التهاب الجلد الحاد بالتماس في حالته الشديدة والتميزة بالنضج الشديد والوذمة وذلك لتخفيف الوذمة .

المعالجة العامة :

يعاني المريض المصاب بالتهاب الجلد المزمن من ضغوط طبية واجتماعية ملحوظة . ولابد من دراسة كل حالة لوحدها حتى يتمكن من انتقاء العلاج المناسب حسب العوامل المسببة . وكثيراً ما تتعرض الإكزيمة وخاصة التأتبية منها بالعوامل النفسية - البدنية . ولذا فإنه من الأهمية بمكان التعاون مع المعالج النفسي أو اختصاصي الأمراض النفسية . ويمكن أن نأخذ بعين الاعتبار استخدام المهدئات والمركّبات .

القوت : السؤال الوارد دوماً في حالات التهاب الجلد المزمن هو : هل للقوت علاقة به ؟ وفي الواقع فإنه يمكن للقوت الذي يحتوي على القمح والأرز والخضار لعدة أيام أن تخفف من حدة الوذمة الالتهابية في حالات التهاب الجلد الحاد بالتماس الواسعة الامتداد . ومن المعروف أيضاً أن القوت قليل الملح له فوائده في حالات الإكزيمة المزمنة إلا أنها نادراً ما تطبق بشكل كافٍ . وينصح المريض عادة بالابتعاد عن العوامل التي يعرف عنها بأنها تؤدي إلى التخريش أو إلى تفاقم الآفة مثل الغول والنيكوتين والكافيين والحمضيات . ويفيد تحديد القوت في حالات الإكزيمة التأتبية فقط وذلك إذا ما ثبت وجود أرج مادة ما عن طريق الاختبار أو إيقاف تلك المادة أو إمكانية التعرض لها ثانية .

العناية بالمحافظة وتنظيف الجلد : إذا ما تم شفاء التهاب الجلد الأرجي بالتماس فمن الضروري العمل على الوقاية من حدوث النكس . فالمريض يُعلم بأنه يجب أن يتجنب إلتقام مع المادة المؤرّجة المسببة . وينصح بتغيير مكان العمل أو تبديل المهنة كلياً إذا ما كانت الحالة عبارة عن التهاب جلد مهني . وقد

بقليل من نسبة إصابة الإناث ، وكثيراً ما تصيب الشباب الذين لديهم إيجابية مصلية لحمية عوز المناعة الإنسانية (HIV) .
الإمراض : لا تعرف الأسباب بشكل محدد غير أنه تم مناقشة العوامل التالية :

المث (السيلان الدهني) *Seborrhea* : يبدو أن زيادة نتاج الغدد الزهمية يشكل عاملاً مؤهباً واضحاً . ولا توجد اختلافات ثابتة فيما يتعلق بتركيب الزهم .

إن الأندروجينات الوالدية تُفعل نشاط الغدد الزهمية عند حديثي الولادة ، وتوجد زيادة في نتاج الأندروجين من منشأ داخلي في الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، لذا تقتصر هذه الآفة عند حديثي الولادة على الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، والنواحي المفضلة هي الفروة والناحية خلف الأذنية والوجه والصدر والأليتين .

يميل مرضى داء باركنسون للإصابة بالمثل والإكزيمة المثية أيضاً . وتؤدي العوامل التي تساعد على احتباس الزهم أو العرق على سطح الجلد (الصوف ، الحرير الاصطناعي ، الملابس الداخلية المصنوعة من النايلون) إلى حدوث هذه الإكزيمة ولذا سميت بالإكزيمة الفلانيلايرية *Eczema Flanellaire* . لا يوجد أي دليل على وجود تبدلات كيفية في الزهم ، ولا يوجد أي مبرر للمصطلح الطبي « خلل الإفراز المثلثي » .

التأثيرات الجرثومية : لقد اقترح كل من *Unna* و *Sapporo* مسؤولية الجراثيم أو العفن (الوُيغَاء البيضوية) . إن الاستعمار الجرثومي عالٍ بشكل غير عادي في النواحي المفضلة للإصابة بالإكزيمة المثية . وكثيراً ما يكتشف وجود المبيضات البيض في براز حديثي الولادة المصابين بالإكزيمة المثية ، أو في الآفات الجلدية عندهم . ويمكن التحقق من وجود تحسيس تجاه المبيضات البيض عند حديثي الولادة بعدة طرق وهي الاختبارات داخل الجلد ، والكشف عن الأضداد في المصل ، واختبار نقل الخلايا للمقاوية وكذلك قد يوجد تحسيس تجاه مكونات الجراثيم (المكورات العنقودية) . ويبدو أن فعالية الكيتوكونازول في الإكزيمة المثية تؤيد فكرة أوننا *Unna* .

عوامل أخرى : هناك مؤشرات تدل على أن الجهاز العصبي قد يتدخل في الأمراض وذلك من خلال ملاحظة الآفات الجلدية التي تتوضع في ناحية أذية العصب مثلث التوائم ، أو في التهاب سنجابية النخاع ، أو التهاب النخاع التكهفي . وكثيراً ما تتطور الآفات الجلدية أو تترق لدى المرضى الذين يعانون من الشدة النفسية . وهناك رجحان فصلي واضح مع كثرة الإصابات في فصل الشتاء . وهناك تشابه كبير بين الآفات الوجهية في عوز الزنك والتهاب جلد النهايات المعوي وبين

يكون من مسؤولية الطبيب تجاه المريض تحديد وجود عجز مهني وبالتالي مساعدته على التدريب على مهنة أخرى . ومن نصائح المناسبة التي تعطى للمريض هو استخدام العناصر نسبة المنظفة للجلد لعدة أسابيع . ومن العوامل الهامة لتجنب نكس هو المعالجة المستمرة بعيارات خفيفة من الستيروئيدات سكرية القشرية مقرونة باستخدام المطريات والمرطبات . ويقترح بعض المؤلفين أنه يمكن للمريض أن يتابع مزاوله المهنة بعد أن يصبح اختبار أصفر التوازن سلبياً (مؤلف البحث لا يستخدم هذا الاختبار) .

حماية الجلد : قد يكون من الضروري ارتداء قفازات مطاطية مبضنة بالقطن (التحسس تجاه المطاط) في معظم حالات إكزيمة المهنة في اليدين . ومن الضروري أيضاً استخدام رهيمات واقية لتجنب حدوث النكس . يتوفر السيليكون ومستحضرات أخرى يعتمد بعضها على الراتين المبدل نشوآرد ، مثال : حالة الأرج تجاه الكروم . ومن جهة أخرى ، يعتبر تجنب المواد المؤرجة بالتماس أفضل بكثير من لرهيمات الواقية والعازلة .

إنقاص التحسس النوعي *Specific Hyposensitization* :
نقد أجريت عدة تجارب غايتها إحداث تحمل مناعي تجاه مادة ما مؤرجة بالتماس وذلك بتقديم المادة للعضوية عن طريق الفم : لا أن محاولات إنقاص التحسيس ما زالت تفتقر للقيمة العملية .

الإكزيمة المثية *Seborrheic Eczema* :

المترادفات : التهاب الجلد المثلثي ، داء أوننا (*Unna*) ، التهاب الجلد بخلل المثلث .

التعريف : تعتبر الإكزيمة المثية جلاداً مزمنياً معروفاً جيداً يصيب الأشخاص الذين لديهم مث في الفروة والنواحي الأخرى الغنية بالغدد الزهمية وكذلك النواحي المذحية (الثنيات) . وتتميز هذه الإكزيمة بصورة سريرية نموذجية ، كما تظهر الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة وعند البالغين وتأخذ أشكالاً مختلفة . ولا يعرف الكثير عن أسبابها ولقد تمت مناقشة العلاقة بين الإكزيمة المثية والصداف وذلك لأنه يبدو أن الإكزيمة المثية قد تسبق الصدف عند شخص مؤهب وراثياً .

الحدوث : لم يتم التأكد من غط وراثي محدد حتى الآن بالرغم من وجود إصابات عائلية . وقد تصيب هذه الآفة حديثي الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، كما تصيب البالغين والأشخاص الأكبر سناً . وإن نسبة إصابة الذكور أعلى

الإكزيمة المثية على الوجه ، لكن في كل الأحوال لا تستجيب الإكزيمة المثية على المعالجة بالزنك القموي . وتعتبر الإكزيمة المثية شائعة نسبياً لدى الشباب المصابين بالإيدز مما يجعل منها مؤشراً قد يدل على الإصابة بهذا المرض .

ومن الناحية التشريحية المرضية يوجد بعض التشابه بين الإكزيمة المثية والإكزيمة صدفية الشكل المزمنة ، مثل التفاعل الأرجي الآجل (تفاعل من النموذج الرابع بعد كومبس وجل ، نموذج إكزيمي) . وقد يصاب المرضى البالغين المؤهين للصداف بالإكزيمة المثية التي قد تؤدي بدورها للصداف عبر ظاهرة كوينز . ويصعب في الواقع تصنيف مثل هذه التبدلات سريرياً ، لذلك تم وضع مصطلح الصدف المثي Seborrhiasis لوصف هذه الحالات الانتقالية .

الموجودات السريرية : يوجد لدى أكثر المرضى جلداً مثيياً . وهذا يرتبط عند البالغين بالجلد الأبيض - الضارب للرمادي أو الجلد ذي اللون المائل للصفرة ، وخاصة على الرأس والوجه . وكذلك يرتبط بالمسامات الكبيرة والتوسع الحفيف النخالي الشكل .

ويمكن تمييز بعض الأشكال سريرياً دون أية صعوبات .

الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة :

المترادفات : التهاب الجلد المثي عند الرضع ، التهاب الجلد المثاني Seborrhoid عند الرضع .

التعريف : هو داء التهابي إكزيمي يصيب الفروة والثنيات ، يترافق مع احمرار وتوسع دهني عند حديثي الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر عادة .

الحديث : نادر ، وتصيب الإكزيمة المثية هذه بشكل رئيسي الأطفال الذين يعتمدون على التغذية الاصطناعية والمالين لزيادة الوزن (البدانة) ، ولا توجد دلائل على العوامل الوراثية .

الإمراض : لم تتوضح بعد الآلية الإمراضية . ومن المحتمل أن يكون هناك زيادة في إفراز الغدد الزهمية ناجم عن التحريض بالأندروجينات الوالدية أو الداخلية المنشأ خلال الأسابيع الأولى من العمر . وحديثاً بدأ التركيز على فكرة استعمار الجلد بالمبيضات البيض . وقد بينت إحدى الدراسات الحجرية على مائتي طفل مصابين بهذا المرض أنه تم الكشف عن المبيضات في الجلد في ٩٤٪ من الحالات وفي الأمعاء في ٩٧٪ من الحالات .

الموجودات السريرية : تتطور الإكزيمة المثية عند الأطفال عادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، ولكنها يمكن أن تظهر كذلك خلال الأشهر الثمانية عشرة الأولى من العمر . والنواحي

الأكثر إصابة هي الناحية الجدارية والأجزاء المتوسطة من الوجه ، وثنيات العنق ، والصدر ، والثنيات المذحية الكبيرة (راجع الشكل ١٢ - ٢٠) . تظهر وسوف دهنية سمكة صفراء اللون على الفروة دون وجود احمرار التهابي وذلك في الناحية الجدارية وفوق اليوافيخ الأمامية في رأس الطفل . ويعود ذلك لزيادة نتاج الغدد الزهمية وفرط التقرن الحفيف . كما توجد مظاهر فردية للإكزيمة المثية التي قد تتلاشى أو تستمر . ويحدث تحريش جلدي عفوي نتيجة الاستخدام الزائد للمعالجات بالزيوت أو المراهم الدهنية . وتظهر بقع واضحة من الاحمرار الالتهابي ، والتوسع أو تحدث جلبيات وسفية الشكل . وتصاب الثنيات الجلدية (ثنيات العنق ، الإبط ، الثنيات الشرجية التناسلية الفخذية ، وناحية الحفاض) خلال سير الداء بسبب الحرارة والرطوبة والتعطين . ويمكن مشاهدة سطوح حمامية التهابية ذات قياسات مختلفة وحدود واضحة . وقد يحدث النز في الثنيات ، أو وسوف دهنية أو جلبيات وسفية . ويفترض وجود المبيضات البيض أحياناً بسبب وجود التوسع الطوقي لبعض البقع الإفرازية في الناحية الهامشية . وكثيراً ما توجد بقع منتشرة في الناحية الأليوية ، وقد اقترحت تسمية « الصدفاني Psoriasoid » بسبب الشبه الكبير بين هذه الآفات وبين الصدف الشائع . وفي الطب الجلدي الإنكليزي - الأمريكي يكسر الحديث عن « الصدف الحفاضي » في الحالات التي يظهر فيها الداء على ناحية الحفاض ممتدة من الناحية حول الشرجية والناحية الأربية ، كما قد تظهر بقع على الوجه أيضاً . وتشبه الاندفاعات البقية الصدف الشائع إلى حد كبير ، غير أنه باعتبار أن هذه الاندفاعات الجلدية تشفى خلال أشهر عدة دون أن تنكس فهي ليست بصداف حقيقي .

يكسر حدوث الحمج الثانوي الجرثومي (المكورات العنقودية المذهبة) والفطري (المبيضات البيض ، الفطور البشوية الندية) . ويجب فحص البراز في كل حالة لتحري وجود الإصابة بالمبيضات البيض في الجهاز الهضمي ، وكذلك تفحص الأم لتحري وجود المبيضات البيض لديها (في المهبل أو في الجهاز الهضمي) .

الأعراض : حكة خفيفة أحياناً .

المسار : مزمن . وقد تختلط بالانتشار العفوي وإلى حدوث أحمرية توسفية ، والتي قد تحدث أيضاً بعد المعالجات المخرشة أو المهيجة والإنذار حسن بشكل عام .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بالتهاب الجلد التأتبي بشكل خاص ولكن هذه الآفة تبدأ عادة بعد الشهر الثالث من

أحمر وتتميز بحكة أكثر شدة في مكان الاندفاعات الجلدية .
و كذلك يجب تفريقها عن الجرب وداء المنسجات X .

المعالجة :

موضعي : العلاج الأساسي هو إبقاء الجلد جافاً والعمل على تخفيف التهاب . يجب تطبيق العلاج الموضعي بحذر بسبب إمكانية حدوث تفاقم الاندفاعات .

تقوت : لا ينصح إلا بقوت متوازن .

جهازياً : نادراً ما تستطب الستيروئيدات (بريدنيزولون بجرعة قدرها ٠,١ ملغ/كغ من وزن البدن يومياً) . لا تعطى نصائدات إلا بعد إجراء اختبارات التحسس إذا كانت هناك دلائل سريرية على وجود الخمج الثانوي . ولا زال موضوع ترافق الآفة مع عوز الفيتامين ب موضع نقاش . تستخدم مضادات الهستامين على شكل شراب في حالات وجود خكة .

موضعيًا : التبديل المتواصل للملابس الخفيفة ، عدم استعمال خفاضات في الطقس الدافئ أو إذا كانت الظروف غير مناسبة .

نقروة : يتم نزع الوسوف بواسطة حمض الصفصاف مذاباً في زيت الزيتون بنسبة ٣٪ . ويمكن للشامبو الحاوي على المنظفات وزيت الزيتون أن ينزع الجلبيات الوسفية ، ثم يتم معالجة الآفات على الرأس برهم ستيروئيدي . ومن الضروري معالجة الخمج الثانوي الجرثومي المحتمل . ويجب تجنب استعمال الضمادات لئلا تكتمة أو الرطبة بسبب احتمال حدوث ترفع حروري أو تفاقم الآفة ، لكن ينصح أحياناً باستخدام الضمادات الرطبة مع فواصل زمنية مخففة .

الآفات الحسية : ينصح بتطبيق الدهونات (محلول الزنك مع ٥,٥ كليكوكينول) . ويمكن معالجة الثنيات بزيت زنك - كليكوكينول (٥,٥٪) . ويجب ألا تستخدم الستيروئيدات إلا على شكل محلول أو رهم ولفترة قصيرة فقط مع إضافة المضادات عند وجود الخمج الثانوي الجرثومي . ويجب إضافة المعالجات الموضعية بالأمفوتريسين ب أو النستاتين أو الكيتوكونازول في حال الخمج الفطري بالمبيضات البيض . كما يجب معالجة داء المبيضات البيض المضمي (فحص البراز) بالطريقة المناسبة . ويجب تجنب التفتيل بالصابون لما يسببه من تحريش . وقد يكون من المفيد الاستحمام بخلصة الشوفان أو نخالة القمح أو فول الصويا . ويمكن تطبيق الكبريت في محاليل أو معاجين الزنك (الكبريت المرسب ٢٪) بحذر شديد وذلك بسبب شيوع التحريش الناجم عنه .

الأحمرية التوسفية

(Leiner 1908) Erythrodermia Desquamativa :

المرادفات : داء لينير .

التعريف والموجودات السريرية : قد يؤدي امتداد انتشار الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة (التهاب الجلد الزهمي عند الرضع) بالنهاية إلى أحمرية ثانوية معممة . تظهر هذه الحالة بالشكل الحاد وتؤدي إلى احمرار التهاني معمم مع وسوف صفيحية دهنية أكثر وضوحاً على الرأس ومنطقة منتصف الوجه .

الأعراض العامة : يحدث ترفع حروري وفقر دم . وبشكل خاص يشاهد إسهال وإقياء . لا يحدث اعتلال عقد لمفي محيطي أو حكة . قد يختلط الداء بالخمج الجرثومي الثانوي ويؤدي إلى الوفاة . يتميز داء لينير باضطراب وظائف الكريات البيض (اضطراب الجذب الكيميائي) ويعزى ذلك لوجود عوز في مشبطة المثمة (C5) .

الإكزيمة المثية عند البالغين

: Seborrheic Eczema in Adults

الموجودات السريرية : قد يصعب تشخيص الإكزيمة المثية بسبب الاختلافات في الشكل أو التوضع أو السير وذلك على الرغم من أنها تتميز على أساس التهاب جلد للوهلة الأولى . ويمكن تمييز الأشكال التالية :

الإكزيماتيد المثية (الطفحة الإكزيمية المثية) :

وهذا أخف الأشكال إذ تعتبر الإكزيماتيد حالة ما قبل الإكزيمة . تتظاهر بمث (سيلان دهني) واضح مرتبط بفرط ترقق (فرط ترقق زيتي) . وتوجد وسوف نخالية الشكل صفراء دهنية على الفروة وعلى الوجه (وبشكل خاص على الحاجبين ، والأنلام الأنفية الشفوية) وفي الناحية خلف الأذنية وفي كثير من الأحيان في منطقة منتصف الصدر ، ويحدث التوسف في اللويحات الحمامية ذات الحدود الواضحة غير المنتظمة .

الحمامي حول الأنف عند النساء الشابات : وهي أيضاً شكل آخر لكنه معدد جداً على العلاج ، سيره مزمن جداً ، والحكة فيه إما غائبة أو خفيفة الشدة (راجع الشكلين ١٢ - ٢١ و ١٢ - ٢٢) .

الإكزيمة المثية البقعية :

وهي التظاهرة النموذجية للداء مع سير مزمن أو ناكس في كثير من الأحيان . أكثر النواحي إصابة هي النواحي ذات

هو إكزيمة مثية . وتعرف من قبل الكثيرين على أنها إكزيمة مذحية مزمنة (راجع الإكزيمة المذحية في نفس الفصل) . وعلى كل فإنها يمكن أن تنشأ نتيجة لتفاقم إكزيمة مثية بقعية . تصاب بهذه الآفة النواحي المذحية (الثنيات) : الإبط ، الناحية تحت الثدي ، السرة ، المغن والناحية حول الشرج . وكما هي الحال عليه في الإكزيمة المذحية المزمنة ، تشاهد حمامي واضحة الحدود مع وسوف دهنية ، وتشققات أحياناً مترافقة مع خمج ثانوي جرثومي أو فطري ، وذلك بسبب عدم العناية بالنظافة . ويمكن أن تصاب الناحية التناسلية كذلك . ومن العلامات البارزة الاحمرار والتوذم الالتهابيين . وفي مثل هذه الحالات لابد من التمييز بين داء المبيضات البيض والمذح .

الإكزيمة المثية المنتشرة :

يمكن لهذه الآفة أن تكون حادة أو تحت حادة ، وتظهر على شكلين : فإما أن تحدث دون وجود أي سبب معروف ، أو أن تنتج عن آفة مخرشة موجودة سابقاً . مثال : بعد التعرض لأشعة الشمس ، أو بسبب وجود عدم تحمل لعلاج موضعي ما حيث تنتشر تبدلات النهاية جديدة ونضحية بشكل أشد . تتوضع هذه الآفة في الرأس وخاصة منتصف الوجه ، وجانبي العنق ، والصدر ومنتصف الظهر بالإضافة إلى الإبطين والناحية تحت الثدي والحلمتين والسرة والناحية المغنبة التناسلية والثنيات الخاصة بالمفاصل الكبيرة . وتكون الآفات ذات قياسات مختلفة ، وتنتشر بشكل متناظر ، وتبدي احمراراً التهابياً وتوسفاً ، وقد تكون تآكلية ، نازة أو تجلدية . وهناك تشابه كبير مع الإكزيمة المذحية . وكثيراً ما تختلط الآفة بالاخماج الثانوية الجرثومية أو الفطرية ، وخاصة بالمبيضات البيض التي تتوضع في النواحي المذحية . وتزداد الأعراض التخريشية والحكة في مثل هذه الحالات . ويجب تمييز هذه الحالة عن إكزيمة التماس والصداف الشائع والإصابة بالمبيضات البيض .

الإكزيمة الكُثَّانية النخالية الشكل Pityriasiform Seborrheid :

وهي آفة نادرة جداً يحتمل أن تكون أحد أشكال الإكزيمة المثية . وتحدث على شكل حاد أو تحت الحاد كقطع على الجذع شبيه بالنخالية الوردية إلى حد كبير . تتظاهر على شكل بقع مدورة أو بيضاوية متطاولة تبعاً للخطوط الوردية الصدرية ، وهي بقع حمامية النهاية عليها وسوف خفيفة نخالية الشكل ذات توضع مركزي غالباً ، أو تكون ممتدة فوق سطوح واسعة . تصاب الأجزاء القاصية من الأطراف أيضاً ، وكذلك الوجه والعنق . لا تشاهد هنا بقعة الطليعة (البقعة الأم) خلافاً لما يحدث في النخالية الوردية ولا توجد وسوف محيطية .

الإفراز المني الشديد : الفروة ، والناحية خلف الأذن ، والأجزاء الخارجية من الأذن والحاجبين وحواف الأُفجان ، وفي الأجزاء المتوسطة من الوجه بما في ذلك الأنثلام الأنفية الشفوية والجزء المتوسط من الصدر والظهر بالإضافة إلى النواحي المذحية مثل الأقسام الوحشية أو الجانبية للعنق والإبطين والسرة والناحية التناسلية الفخذية . وتتميز بمث صريح ، ويقع مصفرة النهاية ، وأخرى احمرارية ذات ارتشاح خفيف وحدود واضحة جداً ، لكنها غير منتظمة وعليها وسوف مصفرة .

الفروة : تبدأ التبدلات باحمرار وتوسع حول الجرب الشعري . ويؤدي اتحاد الآفات إلى تشكل بقع ذات قياسات مختلفة وحدود واضحة وميالة للاتحاد مع بعضها من جديد مع حمامي النهاية واضحة وارتشاح وسوف بيضاء مصفرة مشربة بالزهم . وكثيراً ما تظهر هذه البقع على النقرة وجانبي العنق وخلف الأذنين ، ومن الشائع حدوث شق خلف الأذن يصعب التمام في العادة ، ويتطور هذا الشق بحدوث الخمج الثانوي الجرثومي (تقويو) . كما يمكن أن تصاب القناة السمعية (مجرى السمع) أيضاً ، وحينئذ يكون هذا التوضع هو التوضع الوحيد ويتميز بحمامي وسوف دهنية وحكة أحياناً . ومن الصعوبة بمكان معالجة هذه الحالة ، وهي ميالة للنكس .

الوجه : تفضل الإكزيمة المثية المناطق المركزية من الحاجبين والأنف وبشكل خاص الثلم الأنفي الشفوي والثنيات تحت الذقنية . وتتصف باحمرار واضح الحدود ، أو بحدود غير منتظمة مع وسوف دهنية ، ويعتبر نموذجياً ، في العادة ، أن تكون البقع مرتشحة بشدة . ويلاحظ أحياناً حدوث تحسس ضيائي أو تخريش بسبب الأشعة الشمسية أو الأشعة البنفسجية الصناعية .

الجذع : يحدث احمرار النهائي حول الجريبات الشعرية في ناحية منتصف الصدر وأقل من ذلك بين لحي الكتف . تتحد هذه البقع مع بعضها البعض لتشكل سطوحاً بتلائية^(١) الشكل Petaloid لها حدود واضحة أو ذات مراكز متعددة وحمامي هامشية . التوسع خفيف عادة بسبب انفصال وسوف المستمر الناجم عن فرط التعرق ، ويندر حصول تحوصل أو تجلب . وكثيراً ما تحدث الإكزيمة المثية أمام القص في فصل الشتاء بسبب اضطراب التهوية الناجم عن الملابس الشتوية .

الإكزيمة المثية المذحية :

ليس هناك اتفاق في وجهة النظر العالمية على أن هذا الشكل (١) بتلائية نسبة للبتلات وهي وريقات التوج في الزهرة

الأحمرية المنيّة *Seborrheic Erythroderma* :

في بعض الأحيان يكون ميل الإكزيمة المنيّة للتفاقم واضحاً . ويحدث تعمم الآفة نتيجة عدم تحمل المعالجات الخارجية أو بسبب التحسيس بالتماس مع العلاجات الموضعية .

الأعراض : الأعراض الشخصية خفيفة عادة في الإكزيماتيد المنيّة والإكزيمة المنيّة البقعية ، وقد تترافق بحكة إذا ما كانت البقع مرتشحة . لا تتأثر الحالة العامة في هذه الإصابة . ومن الشائع جداً حدوث تبدلات في الأجفان (التهاب الأجفان مثلاً) . وقد يكون التهاب الأجفان الإكزمي المزمن المظاهر الوحيدة للإكزيمة المنيّة .

التشريح المرضي النسجي : هناك تسمك شواكي على حساب البشرة مع فرط تفرن وخط تفرن ، وتنح مصلي في الطبقة المتقرنة ، ويشاهد تجلب ووذمة بين الخلايا في الطبقات البشورية السفلى (سفاج) ووذمة في الأدمة العليا ، علاوة على رشاحة النهائية حول الأوعية بالمفاويات والمنسجات . وإن خراجات مونرو Munro التي تصادف في الصدف تكون غائبة هنا .

السير : تتميز الإكزيمة المنيّة والإكزيمة المنيّة البقعية بسير مزمن عادة . تحسن التبدلات الجلدية باستخدام العلاج المناسب ولكنها سرعان ما تنكس لدى إيقاف العلاج . ويجب تحديد الإنذار بدقة في الأشكال المنتشرة أو المذحية بسبب صعوبة العلاج والميل لحدوث التحسيس بالتماس . وكثيراً ما يصعب التمييز بين الإكزيمة المنيّة والصداف الشائع عند المرضى ذوي الإفراز المني الزائد . وقد تتحول الإكزيمة المنيّة إلى صدف شائع من خلال ظاهرة كوبنر Koebner عند الأشخاص المؤهين للإصابة بالصداف .

العوامل المساعدة في وضع التشخيص : مث زائد وواضح عند مريض مصاب ببقع النهاية ذات وسوف دهنية في نواحي الإفراز المني الشديد أو في النواحي المذحية .

التشخيص التفريقي : من الصعوبة بمكان التمييز بين الإكزيمة المنيّة والإكزيمة المنيّة البقعية وبين الصدف الشائع عند المرضى ذوي الإفراز المني المفرط . وأكثر ما يظهر الصدف الشائع على الفروة عند خط نبت الأشعار . وتكون الوسوف في البقع جافة في العادة . وتساعد الظواهر الصدفية النموذجية الموجودة في الاندفاعات الجلدية في وضع التشخيص ، وكذلك الكشف عن آفات صدفية أخرى ، ووجود التبدلات الظفرية النموذجية . ويجب التفكير بالقوباء المعدية لدى وجود اندفاعات على الرأس والوجه . ويجب التفكير بالصداف الشائع وأدواء المبيضات في الثنيات بشكل خاص في حالات الإكزيمة المنيّة

المذحية . أما حالات الإكزيمة المنيّة المنتشرة فلا بد من تفريقها عن النخالية الوردية والإكزيمة الأرجية بالتماس المنتشرة والإكزيمة التميّة (الدرهمية) . أما في حالات الأحمرية الناجمة عن الإكزيمة المنيّة فلا بد من تفريقها عن الأحمرية الشبخية المترافقة بتورم العقد اللمفية والذنف ، وعن متلازمة سيزاري التي قد تتظاهر بتبدلات جلدية تشبه الإكزيمة المنيّة في بادئ الأمر .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات تبعاً لنشائج اختبارات التحسس فقط في حالات الحنج الثانوي الشديد . وفيما عدا ذلك يمكن تجربة التراسكيلين عند البالغين المصابين بالأشكال المزمنة الناكسة (في الأسبوع الأول : ١ غ يومياً ، وفي الأسبوع الثاني : ٠,٥ غ يومياً ، واعتباراً من الأسبوع الثالث : ٠,٢٥ غ يومياً) . لا يستطب إعطاء الستيروئيدات القشرية إلا في حالات الإكزيمة المنيّة المنتشرة الميالة لحدوث اختلاطات وذلك بجرعة متوسطة (بريدنيزولون ٤٠ - ٦٠ ملغ/اليوم للكبار) . ويعطى الإيزوترتينوئين عادة بجرعات خفيفة لانقاص الإفراز المني .

المعالجة الموضعية : يجب أن تكون المعالجة طويلة الأمد بسبب الميل للنكس . تصمّم المعالجة وتوجّه لتخفيف الالتهاب وتثبيت الجراثيم . ومن المهم إدراك كون الإكزيمة المنيّة جُلاّد تحريشي ، لذا يجب تجنب استخدام السبل العلاجية الشديدة .

آفات الفروة : تدعو الحاجة للشامبو لغسيل الفروة ، وبشكل خاص تلك التي تحوي مواداً حائلة للقرنين ومضادة للجراثيم مثل كبريت السيلينيوم وكبريت الكادميوم ، بيريتيون الزنك ، الإيكونازول ، حمض الصفصاف ، القطران . وفيما عدا ذلك ينصح باستعمال الشامبو المنظف غير الحاوي على مواد إضافية خاصة .

أما الصبغات المضادة للإفراز الدهني فتحتوي على الكبريت وحمض الصفصاف والريزورسينول ، أو الأستروجينات غير المؤثّة . وينصح بتطبيق التركيبة التالية : حمض الصفصاف ٢ ، ريزورسينول ٢ ، غول ٣٠٪ تكمل حتى المائة) .

كما يمكن وصف الستيروئيدات القشرية السكرية ضمن سواغ غولي لفترات قصيرة الأمد ، ويمكن إضافة القطران إليها . ولا يمكن الاستغناء عن الستيروئيدات عندما تكون التبدلات الالتهابية أكثر وضوحاً . ويمكن استخدام الرهيات أو المحاليل أو الهلامات كسواغ مناسب باعتبار أنّ المراهم قليلة التحمّل هنا لأنها تؤدي إلى التصاق الأشعار بعضها ببعض . وينصح بتطبيق الإجراءات التالية ٢ - ٣ مرات أسبوعياً :

الإكزيمة النُمية (الدرهمية) Nummular

[١٨٥٧ : Devergie] : Eczema

المترادفات : التهاب الجلد النُمي ، الإكزيمة الجرثومية النُمية ، الإكزيمة القرصية .

التعريف : هي عبارة عن بُور إكزيمة نازة ومتجلبة منتثرة ذات شكل درهمي وحدود واضحة عادة .

الحدوث : تصيب الكهول غالباً الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ - ٧٠ سنة وهي أكثر حدوثاً عند الرجال .

الإمراض : لا تعرف الآلية الإمراضية بشكل جازم ، وقد تتداخل عدة عوامل . ولقد افترض أن الآفة يمكن أن تتعرض بواسطة الجراثيم ، إما بشكل مباشر ، أو عن طريق تفاعل أرجي بالتماس نحو المستضدات الجرثومية ، ومن هنا جاءت تسميتها بالإكزيمة الجرثومية . وبالرغم من أنه يغلب الكشف عن وجود مكورات عنقودية وعقدية في البُور الإكزيمية النضحية إلا أن دورها في الآلية الإمراضية ما يزال غير واضح . كما أن العلاقة بين الإكزيمة النُمية والتأتبية ما تزال موضع شك . ويمكن العثور على بُور خمجية في بعض الأحيان (التهاب قصبات مزمن ، توسع قصبي ، التهاب مونة مزمن ، التهاب لوزات مزمن) إلا أن دور هذه البُور الإمراضي لا يزال مجهولاً . وقد تكتشف الاختبارات الرقعية وجود التهاب جلد حاد أرجي بالتماس .

وقد يكون الأرج بالتماس الجرثومي مسؤولاً عن الإلزامان والميل للانتشار . ولا توجد أية أسس يمكن الاعتماد عليها في اعتبار التحسس الطعامي أو الشدة النفسية أسباباً . وكثيراً ما لا يمكن التعرف على السبب .

الموجودات السريرية : يبدأ الداء عادة ببُورة صغيرة وذمية قليلاً ، حمية ، ذات حدود واضحة أبعادها من ٠,٣ - ١ سم وحطاطات حويصلية يسهل جُشها أحياناً أكثر من رؤيتها . تؤدي الحُدثية النضحية إلى تآكل الحويصلات ، وبذا يتكون المظهر السريري عادة من بُور حمية ذات شكل درهمي وحدود واضحة وبقطر يصل إلى ٥ سم أو أكثر مع جليات صفراء أو وسوف تجلّبية . وقد يؤدي الامتداد المحيطي (الهامشي) للآفة مع التراجع المركزي إلى منظر يشبه الإصابات الفطرية . أما عدد الاندفاعات فمختلف وقد تصادف أحياناً آفة واحدة فقط . وقد تتطور أعداد كبيرة من الاندفاعات معاً وبشكل حاد وثنائي الجانب أو حتى بشكل متناظر أحياناً . تأخذ هذه الاندفاعات بالزيادة في الحجم . كما يمكن للبُور الإكزيمية الجرثومية أو ذات البُور الصغيرة الواسعة

تطبيق مرهم ستيرويدي تحت ضباب لدني كتم مساءً ثم غسل الفروة صباحاً بالشامبو المناسب ثم تطبق صبغة غولية ، علماً بأن بعض المرضى لا يتحملون الصبغات الغولية .

ويمكن إزالة التجليات التوسفية في الفروة والرأس باستخدام حمض الصفصاف (٣ - ٥ ٪) ضمن مرهم من البولي إيثيلين غليكول أو من Adeps Benzoinatus خلال الليل والذي يغسل صباحاً . ويمكن تجريب مرهم حاوٍ على الكيتوكينازول أيضاً .

البقع الموجودة على الوجه والجسم : لا شك أن معالجة الإكزيمة المثية صعبة وتحتاج إلى صبر كثير . ومن العوامل المهمة لدى مرضى الإكزيمة المثية هو أنهم لا يحتملون السواغات الدهنية بشكل جيد . وينصح باستخدام المواد المنظفة الخالية من القلويات . ويمكن استخدام محلول حاوٍ على حمض الصفصاف (٢ - ٣ ٪) والريزورسينول (٢ ٪) في إيثانول ٥٠ ٪ لإزالة الإفراز الدهني عن جلد الوجه ، ويمكن أيضاً استخدام مسحوق حاوٍ على الكبريت أو المواد التزييقية القابضة المستخدمة في معالجة العُد أثناء النهار .

وكثيراً ما يحتاج الأمر إلى استخدام الرهيمات الحاوية على الستيروئيدات القشرية السكرية . وعلى كل يجب استخدام الستيروئيدات الخفيفة إلى متوسطة الشدة ولفترة قصيرة نسبياً مع الكلويكينول لأنها تؤدي إلى ظهور تأثيرات جانبية (التهاب جلد ما حول الفم شبيه بالوردية ، حمامى متوسعة الشعريات أو ضمور) ، كما يشار باستخدام الكيتوكينازول في سواغ رهمي .

أما خلال الليل فيجب استخدام العلاجات المجففة [محلول الزنك مع الكلويكينول (٠,٥) مع الاكتيول (٢ - ٥ ٪) أو أحدهما أو مع الكبريت (٥ ٪)] . وتستجيب البقع النازة بشكل خاص إلى الصباغات (الخضرة اللامعة في الماء بنسبة ١ ٪) .

ولقد تبين أن الاستحمام بنخالة القمح أو دقيق الشوفان أو خلاصة الصويا يساعد كثيراً ، وكذلك الأمر بالنسبة للمنظفات المستخدمة على شكل مواد إضافية مزيل للإفراز الزهمي . وقد تؤدي إضافة الكبريت إلى حدوث تحريش .

ويمكن استخدام المراهم العينية الحاوية على الهدروكورتيزون بعد استشارة الطبيب العيني في التهاب الأغفان المئي (الزهمي) ويحتمل إضافة الصادات .

تحذير : مضادات الاستطباب : السادّ والزررق .

الانتشار والمتناظرة أن تتطور بشكل حاد . وأكثر النواحي إصابة هي الساقين والجلد وخاصة في القمم العلوي من الظهر والذراعين . وكثيراً ما يبدأ الداء عند الشباب والشابات على ظهر اليدين والساعدين (راجع الشكل ١٢ - ٢٣) .

الأعراض : لا توجد أعراض مجموعة ، ولا تصاب الأغشية المخاطية الفموية . يشكو المرضى من حكة متوسطة الشدة أو شديدة مع خدوش عادة . لا يزداد عيار IgE في المصل ، وتحدث زيادة في عيار الأنثي سترتوليزين .

التشريح المرضي النسجي : عبارة عن صورة نموذجية لإكزيمة حادة أو تحت حادة مع تبدلات النهائية نضحية وحويصلات سفاجية بشروية . كما توجد وذمة ورشاحة النهائية يغلب توضعها حول الأوعية في الأدمة العليا مع تسكك صدافي الشكل في البشرة (شواك مع فرط تقرن وخطل تقرن متقطعين) دون وجود خراجات مونرو المميزة للصداف .

السير : تميل الإكزيمة للإزمان مع سير متموج ، وكثيراً ما يعاني المصابون من الداء سنوات عدة . ويعطى الإنذار بحذر بسبب الميل للنكس والصعوبة النسبية في المعالجة . ويجب البحث عن الخمج الجرثومي الثانوي وعن العوامل المسببة لالتهاب الجلد التقرشي أو الأرجي بالتماس .

التشخيص التفريقي : يجب أن يميز عن العديد من الجلادات : البثور الوحيدة :

وهذه قد تشبه السعفة الجسمية ، ويحسم الأمر بإجراء التحري المباشر للقطور . أما الاندفاعات الإفرادية الدرهمية الصدفية فتخلو من الحويصلات ، كما يجب التفكير بالقوباء المعدية .

البثور النمية المنتشرة :

وهنا يكون عدد الاحتمالات التشخيصية التفريقية البديلة أكبر :

– **الإكزيمة التأتبية النمية :** قد يتظاهر التأتب عند الأطفال (قبل سن البلوغ) ، وبشكل خاص على الساعدين والساقين ، على شكل آفات قريضية منتشرة مع حمامي النهائية وارتشاح خفيف يترافق عادة مع توسف وعلامات التخديش . أما عند البالغين ، وبشكل خاص عند النساء اللواتي لديهن نقصاً في الإفراز المني ، فقد يتظاهر الميل للتأتب عندهن على شكل آفات إكزيمية نمية فقط ، تأخذ عادة شكلاً قريصياً ، لكنها في الأغلب قليلة النضج وتصيب ظهر اليدين والسطوح الباسطة للساعدين ونادراً الساقين . تميل الآفات للتحرز عادة . ومن العوامل المساعدة في وضع التشخيص : وجود تأتب في قصة المريض ،

والاختبارات داخل الجلدية ، واختبار RAST وتحديد IgE .

– **إكزيمة بانعدام الإفراز المني المنتشرة :** تتوضع هذه الإكزيمة على السطوح الانبساطية للأطراف عند الأشخاص الذين لديهم نقص في الإفراز المني ، وعند متوسطي العمر ، والأشخاص الكهول الأكبر سناً .

– **نظير الصدف اللويحي (داء بروك Brocq's Disease) :** تتوضع الآفات الإكزيمية النمية المعندة على العلاج والتي لا تنضج أبداً (لا توجد حويصلات أو جلبيات) على الجلد عادة . وفي معرض تمييزها لابد من الانتباه إلى متلازمة أخرى شبيهة بها تدعى بالصداف الكاذب (التهاب الجلد السطحي المزمن) ، كما تدعى أيضاً بالجلاد الأصبعي بسبب التوزع الذي تأخذه . تصيب هذه المتلازمة الأطراف عادة وتتميز باندفاعات واضحة الحدود ، بيضوية أو مدورة أو ذات شكل غير منتظم ، حمامية وغير مرتشحة مع وسوف نخالية الشكل وحكة خفيفة إن وجدت . المرضى هم عادة من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ - ٥٠ سنة . وتشكل هذه الاندفاعات مشكلة تجميلية بسبب مقاومتها للمعالجة ، ومن المحتمل عدم تحولها إلى الفطار الفطري (Mycosis Fungoides) .

– **الإكزيمة الأرجية بالتماس :** يمكن لهذه الآفة أيضاً أن تتظاهر على شكل نومي . ويجب التفكير بها إذا كانت الاندفاعات مقتصرة على ظهر اليدين والقدمين . أما المستضدات المتهمة فهي النيكل ، والكرومات ، الفورمالدهيد والعلاجات الموضعية ، مع وجود قصه مهنية تساعد في التشخيص .

– **التهاب الجلد القريضي النضحي والحزازاني :** وسمي بداء Sulzberger - Garbe ، ولا يزال موضوع وجود مثل هذا الداء موضع شك . يصيب الرجال عادة في عمر من ٤٠ - ٧٠ سنة ، ويوصف بأنه جلاد متثر شديد الحكة يتوضع على السطوح الانبساطية للأطراف والأقسام العلوية من الصدر وكذلك على البطن والإبط والجزء السفلي من الوجه . ويصاب القضيبي والصفني أيضاً بشكل منتظم . وهناك خلاف حول البدء الحاد لهذا الجلاد الغامض من الناحية السببية . وتصادف أحياناً كثرة الحمضات في الدم .

وتحدث ثلاثة أنواع من الآفات : (١) آفات قريضية تجلية تذكرنا بالإكزيمة النمية ، (٢) نواحي من التحرز المنتشر ، (٣) حطاطات حزازانية (من هنا جاءت التسمية oid - oid Disease) .

المعالجة : يجب البحث عن العوامل المحرشة .

المعالجة الجهازية : تعالج البثور الحمجية ، حيث تستخدم

الصادات واسعة الطيف إذا اقتضى الأمر بعد تحديد المقاومة الجرثومية للآفات الجلدية عندما يكون ذلك ممكناً . تعطي الستيرويديدات القشرية السكرية بجرعة متوسطة (٤٠ - ٨٠ ملغ من البريدنيزولون أو ما يعادله) في الحالات الشديدة فقط ولمدة قصيرة من الزمن .

المعالجة الموضعية : الإكزيمة التمية (الجرثومية) عبارة عن التهاب جلد مخرش . قد تكون الراحة في السرير مهمة جداً . لا تُحتمل المراهم الدهنية أو المستحضرات الحاوية على القطران في الآفات الجلدية النضحية (خطر التفاعم) . تساعد الضمادات الرطبة والرهيمات الستيرويديدية إلى حد بعيد . أما في الآفات النازة بشدة فتطبق الأصبغة القابضة والمخففة (بنفسجية الجانسيان أو الخضرة اللامعة محلولة في الماء بنسبة ١٪) ، وكذلك صبغة كاستلاني . وللستيرويديدات القشرية المفلورة فوائد إضافية بالرغم من أنها كثيراً ما تؤدي إلى أعراض جانبية ، ويجب استخدامها ضمن سواغات غير دهنية (محلول ، رهيم ، معجون) مع النيومايسين ، أو مع الكلوكينول بشكل خاص . أما بعد تراجع الحدية النضحية ، فيمكن استخدام المعاجين أو المستحضرات الجافة المضاف إليها الكلوكينول (٠,٥ - ١٪) ، والاكسيول (٢ - ٥٪) أو تجريب القطران بالتناوب مع الرهيمات الستيرويديدية بالتراكيز الأقل قدر الإمكان . ويمكن أن تشترك هذه المعالجة مع الأشعة فوق البنفسجية .

يمكن استخدام المحاليل الستيرويديدية حقناً ضمن الآفة في الآفات الوحيدة ذات الارتشاح الواضح . ومن المفيد الاستحمام بالزيوت أو العناصر الحاوية على مضادات الالتهاب الإضافية . ولابد من استخدام المطريات يومياً على الجلد .

التأتب والإكزيمة التأتبية

: Atopy and Atopic Eczema

: التأتب Atopy

التعريف والمقدمة : لقد عُرِفَ كلٌّ من كوكا Coca و كوك Cooke (عام ١٩٢٣) التأتب بأنه الميل لحدوث اضطرابات أرجية نوعية ، وخصوصاً بالذكر الإكزيمة التأتبية والربو القصبي الأرجي والتفاعلات الأرجية الناجمة عن غبار الطلع "Pollen" مثل حمى الكلا Hay Fever والتهاب الأنف والتهاب المتلحمة . إن هذا الميل وراثي ويمكن الكشف عن الغلوبولين المناعي IgE بالطرق المناعية الشعاعية (RIST أو PRIST) .

يكون التفاعل المناعي من النموذج المباشر أو العاجل (النموذج I ، Coombs و Gel) ويمكن أن تحدث نماذج سريرية مختلفة اعتماداً على المستأرج ، مثال : التهاب ملتحمة وأجفان أرجي ، والتهاب الأنف الأرجي والربو القصبي الأرجي ، وكذلك الشرى والحزب الوعائي ولاسيماً بعد دخول المستأرج إلى الدم (عن طريق الفم) . ويجب ألا تفسر التظاهرات السريرية للإكزيمة التأتبية بشكل مطلق على أنها تفاعل من النموذج العاجل المتواسط بالغلوبولين IgE .

ويعتقد أن الميل للتأتب ، أي الزيادة في إنتاج الغلوبولينات المناعية من نوع IgE ذو وراثة عديدة المورثات (الجينات) . وقد تؤدي الجينات المنظمة مناعياً والمرتبطة بالهلا HLA إلى حدوث التفاعل من النموذج I . وعلى كل حال فقد تتبع تظاهرات المتلازمات السريرية طرقاً وراثية متعددة العوامل بحيث يمكن للعوامل البيئية (الحنج ، الشدة ، الاضطرابات النفسية) أن تلعب دوراً هاماً فيها . والمريض التأتبي عادةً مفرط التفاعل Hyperreactor ، ويحتمل أن يكون ذلك بسبب الزيادة النسبية في قابلية إطلاق Releasability الوسائط المحدثة للمرض .

وفي العادة ، فإن التأتب يتظاهر سريرياً على شكل ربو قصبي أرجي أو التهاب أنف أرجي أو إكزيمة تأتبية ، وقد تظهر هذه الأمراض في وقت واحد أو أنها قد تتعاقب بالظهور . فالطفولة الباكرة تتميز عادة بوجود الإكزيمة التأتبية (قبة المهد) ، بينما يسيطر حدوث الأرج بغبار الطلع في سن الطفولة المتأخرة واليقع الباكر ، أما في سن الكهولة فيغلب حدوث الإكزيمة التأتبية أو الربو القصبي الأرجي أو كليهما . ومن الضروري جداً التعرف على المستأرجات الموجودة في البيئة والتي تحرض على الداء وتسيطر عليه ، والبدء بالمعالجة المخففة للتحسيس إذا اقتضى الأمر ذلك .

وينصح بإجراء الاختبارات داخل الجلدية إذا ما أريد إثبات وجود التأتب وذلك باستخدام مستأرجات سوس الغبار المنزلي ، وأشعار القطط والطلع العشبي . ويبدو أن هذه المستأرجات كثيراً ما تعطي تفاعلات جلدية إيجابية من النموذج العاجل (انتبار ووهيج) عند التأتبيين . كما يمكن معايرة أعداد من نمط IgE الموافقة في المصل بواسطة اختبار RAST . ويتوافق الابيضاض الآجل بعد الاختبارات الجلدية بالاستئيل كولين أو الميكوليل Mocolyl أو الحمض النيكوتيني مع التأتب أيضاً .

الإمراض : يبدي مرضى التأتب فرط تفاعل داخلي المنشأ ويستطيعون التفاعل من جراء التماس مع المستأرج بحيث

يتكون أضداداً غير سوية من الناحية الكمية من النموذج IgE . ويتم مناقشة لاحقاً فيما إذا كانت التفاعلات الأرجية تحسّر تبع دوراً في أمراض الإكزيمة التأتبية .

ثم تستأرجات الهامة التي يجب أخذها بعين الاعتبار فهي عدة بروتينية أو بروتينية سكرية كمثل الموجودة في الغبار حشري ، وغبار الطلع ، وظهارة الحيوانات ، وأبواغ الفطور وحبوب الفطرية ، حيث تشكل للمفاويات البائية (محسرات) أضداداً من نوع IgE مضادة لهذه مستأرجات . ويمكن الكشف عن هذه الأضداد في مصل مرضى بواسطة اختبار RAST . وتحدث التبدلات السريرية في ناحية من الجسم التي حدث فيها تفاعل الضد - المستضد ، وترتبط أضداد IgE النوعية بالخلايا البدينة والكريات البيض لأسنة من خلال المكونة Fc وبالتالي إلى المستقبلات الحرة . تطلق إشارة لدى التماس مع المستأرج عن طريق ارتباط جزيئات الغلوبولين IgE المتجاورة ، وتدخل شوارد الأكسبيوم مسببة تبدلات في النيوكليوتيد الحلقي داخل الخلوي مما يؤدي إلى تفعيل خلوي معتمد على الطاقة وبالنسبة إلى تحرر هستامين من الحبيبات متبدلة اللون لهذه الخلايا . كما يتم تحرر وسط أخرى فعالة حيويًا غير الهستامين ، مثل العامل المفضل لتصفيفات (PAF) ، وعامل الجذب الكيميائي للحمضات (ECF) ، وعامل الجذب الكيميائي للعدلات (NCF) ، ونكيتيرين : الحميرة المحررة للبراديكنين . وفي النهاية تتشكل نغوساغلاندينات واللوكتريينات التي هي عبارة عن المواد بيطية التفاعل الخاصة بالتأق (SRS.A) هذه الوسائط المحررة هي التي تسبب مظاهر التضرية - الالتهابية .

الموجودات السريرية : يتظاهر التأق عند المرضى في ناحية تماس مع مستأرج :

- على الجلد كإكزيمة تأتبية (وكذلك الشرى) .
- في العينين على شكل التهاب ملتحمه أرجي .
- في مخاطية الأنف على شكل التهاب أنف أرجي (حُمى انكلا) .

- في الرئتين على شكل ربو قصبي أرجي .

أما المستأرجات المحرصة التي يجب أخذها بعين الاعتبار فتتضمن غبار الطلع وسوس الغبار المنزلي وظهارة الحيوانات والأبواغ الفطرية والألياف ، والغبار المهني وكثيراً من مواد أخرى موجودة في البيئة .

التشخيص : لدى التفصلي عن وجود التأق يجب أن تولى أهمية خاصة للقصة الأرجية التي تعتبر حاسمة وتفرض إجراء الاستقصاءات المشخصة .

- كثرة الحمضات : إن لكثرة الحمضات في الدم المحيطي أسباباً عديدة أخرى . وإن لوجود الحمضات في المفرزات القصية فائدة تشخيصية إذا ما وجدت بعد التماس مع المستأرج .

- الاختبارات الجلدية : تتضمن الاختبارات الجلدية تطبيق المستأرجات على الجلد . ويتم عادة إجراء أنواع مختلفة من الاختبارات الجلدية اعتماداً على درجة التحسس ونموذج المستأرج (راجع الفصل ١١ - اختبارات الجلد) : اختبار الاحتكاك ، اختبار الوخز ، اختبار التخديش ، والحقن ضمن الجلد .

و كثيراً ما يكون البدء بإجراء الاختبارات داخل الجلد باستخدام خلاصات المستأرجات المزوجة التي تحتوي على عدة مستأرجات ، مثال : خلاصات غبار طلع الأشجار المركبة ، أو خلاصة مستأرج الأمساك . ولا تجرب خلاصات المستأرجات الفردية إلا عندما تكون نتيجة اختبارات المستأرجات المزوجة إيجابية ، مثال : خلاصة غبار طلع أشجار البتولا .

يصل التفاعل الشروي العاجل إلى أوجه خلال ١٥ دقيقة ويبدو على شكل انتثار حاك مع أرجل كاذبة Pseudopodia وحمى منعكسة محيطية ، ويتم تقييم هذا التفاعل بمقارنته مع الانتثار الشاهد والناجم عن استخدام محلول ملحي فيزيولوجي والانتثار الأعظمي الناجم عن استخدام محلول الهستامين بنسبة واحد بالعشرة الألف . يتم قياس قطر الانتثار والحمى المنعكسة . ويمكن أن تحدث تفاعلات إيجابية كاذبة في الشرى الصعي ، وتفاعلات سلبية كاذبة لدى وجود معالجة سابقة بالستيروئيدات القشرية السكرية أو بمضادات الهستامين . ويجب أنشاء إجراء الاختبارات داخل الجلد أن تأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث تأثيرات جانبية ، أي إمكانية حدوث الصدمة التأقية بشكلها الكامل أو الجزئي . لذا يجب توفير الوسائل العلاجية الإسعافية اللازمة (العدة أو الأدوات الخاصة لمعالجة التأق ، الأكسجين ، مضادات الهستامين الوريدية ، الستيروئيدات القشرية السكرية) .

- الاختبار المحرّش Provoction Test : تفيد الاختبارات المحرشة لتوضيح ما إذا كان المستأرج المُختبر ذو أهمية إمرضية ، ويجب إجراء هذه الاختبارات في المشفى وبمجرد شديد .

- الاختبار الأنفي Nasal Test : يتضمن الاختبار الأنفي تطبيق محلول أو محاليل المستأرجات المنهمة على مخاطية الأنف وقياس التفاعل الأرجي الناجم من النموذج العاجل (تورم مخاطية الأنفية) بواسطة مقياس الأنف Rhinomanometry .

– اختبار الاستنشاق *Inhalation Test* : تعتمد هذه الاختبارات على إعطاء جرعات مدروسة من المستأرج ، ولدى وجود تفاعلات إيجابية يُعتمد إلى تسجيل دقيق للتفاعلات التشنجية القصصية وذلك بالقياس المستمر للسعة الحيوية والتقييم الكمي للطور الزفيري (حجم الزفير الإجمالي ، مقاومة الطرق الهوائية ، الجريان الزفيري الأقصى ... إلخ .) . لقد اكتسب اختبار الاستنشاق أهمية خاصة في مجال تشخيص الربو القصبي الأرجي . وعلى كل فإن اختبارات الاستنشاق تتطلب مهارات خاصة ويجب أن تجرى فقط ضمن ظروف علاجية مناسبة وحذرة .

– الاستقصاءات في الزجاج (*In Vitro*) : وتتضمن تقدير عيارات الغلوبولين IgE في الصورة باستخدام اختباري RIST و PRIST والتقدير الكمي للغلوبولين IgE النوعي للمستأرج باستخدام اختبار RAST .

الأرج الطلعي *Pollen Allergy* :

يعتبر الأرج الطلعي أكثر التفاعلات الأرجية ذات النموذج العاجل شيوعاً . وينجم عن التحسس تجاه الأنواع المختلفة لغبار الطلع .

الحدوث : يشكل الأرج الطلعي جزءاً من التأهب للتأب ، أي : الميل الوراثي للتأهب المفرط للتحسس . وهناك تقديرات بأن ٥ – ١٠٪ من سكان ألمانيا الاتحادية مصابون بالأرج الطلعي ، ويبدو أن نسبة الإصابة في الولايات المتحدة الأمريكية متشابهة . ومن الحقائق الملفتة للانتباه هو أن أكثر الناس إصابة بالطلع *Pollinosis* هم سكان المدن وبشكل خاص الشرائح الاجتماعية العليا (العلماء ، الطلاب ، الأكاديميين ... إلخ .) . ويبلغ الداء ذروته بين الأعمار ١٠ – ٢٠ سنة ، ثم تراجع هذه الظاهرة في النهاية عادة .

الإمراض : يحتمل وجود حوالي ١٠٠ نوع نباتي فقط يسبب الأرج الطلعي . وتمتلك الأعشاب المزهرة بشكل خاص قدرة عالية على التحسيس . ويظهر الأرج الطلعي العشبي بشكل مفاجيء عادة وتزداد شدته في نهاية نيسان أو بداية أيار ، وينكس بشكل منتظم نسبياً كل عام . وتكون الأعراض أكثر شدة في شهري أيار وحزيران ، وقد تنكس أحياناً في الخريف الباكر عندما يزهر العشب من جديد .

ومما يجب اعتباره من المستأرجات القوية الأشجار أيضاً والخضار ، والحبوب وطلع الأزهار إذ يكفي وجود ١٠ – ٥٠ حبة طلع في كل متر مكعب من هواء الشهيق ليحرض حدوث الأعراض السريرية ، وتعطى معلومات عن تعداد غبار الطلع في الصحافة والإذاعة في كثير من البلدان .

الموجودات السريرية : تبدأ تظاهرات الطلاع بعد حدوث التماس مع الأغشية المخاطية الذي يحرض تفاعلاً من النموذج I الأرجي . ولهذا السبب فإن الطرق التنفسية العليا والملتحمة هي التي تصاب بشكل خاص .

يشكو المرضى عادة من العطاس ، ومن احتقان وسيلان أنفي وكثرة استئصال المحارم (التهاب الأنف الطلعي) . وكثيراً ما يكون الجلد المحيط بفوهتي الأنف حمرشاً . أما العينين فكثيراً ما تتظاهر بتيج ملتحمي حاد مع احمرار وتورم ودماغ وحكة (التهاب الملتحمة الطلعي) .

في الحلق يوجد تهيج مع شعور بتخديش خشن (التهاب البلعوم الطلعي) . ويشكو المصاب من حسن النخز غالباً ، وفي بعض الأحيان من نزوف نمشية (حبرية) في القناتين السمعتين . وعند الأطفال الصغار قد تحدث حكة شديدة وتفاعل التهابي في الناحية الفرجية (التهاب الفرج الطلعي) .

وبالإضافة إلى هذه التبدلات الفصلية ، يؤدي الامتصاص الأكبر للمستأرجات إلى حدوث الشرى الحاد ، التهاب الأمعاء الحاد ، التهاب الرغامي والقصبات ، الربو الأرجي الطلعي ، وكذلك التهاب الجيوب المزمن الثانوي والتهاب القصبات .

التشخيص : وهذا يستدعي تشخيصاً أرجياً دقيقاً يتألف مما يلي :

- قصة سريرية دقيقة .
- المقارنة مع تقويم التعداد الطلعي .
- اختبارات الجلد الأرجية .
- تحديد الغلوبولين IgE (PRIST, RIST) .
- اختبار RAST .
- احتمال إجراء التحريش بخلاصات المستأرج .

التشخيص الضريفي : يجب نفي الخمج في حالات التهاب الرغامي والقصبات والتهاب الأمعاء .

المعالجة : تستعمل مضادات الهيستامين أو كروموجلليك (Sodium Cromoglycate) كمعالجة وقائية ، بالإضافة إلى إزالة التحسس أو التخفيف منه .

الإكزيمة التأتبية *Atopic Eczema* :

المرادفات : التهاب الجلد التأتبي ، التهاب الجلد العصبي *Neurodermatitis* ، التهاب الجلد العصبي المنتشر ، التهاب الجلد العصبي البنيوي ، التهاب الجلد العصبي التأتبي ، الإكزيمة داخلية المنشأ ، حكاك (أكال) به نيه .

معلومات عامة : هناك ما يعرف استخدام مصطلح « داء تأتبي » في حالات الإكزيمة التأتبية ، وذلك لأنه في حالات التهاب الأنف الأرجي والتهاب الملتحمة الأرجي والربو القصبي الأرجي تتداخل تفاعلات أرجية من النموذج العاجل والتي يتوسطها الغلوبولين IgE (النموذج الأول لكومبس وجل) . أما في حالات الإكزيمة التأتبية فهناك فعل مركب من العوامل المناعية واللامناعية المتعددة .

وتؤدي هذه الحقيقة إلى وجود صعوبات في وضع التسمية أو المصطلح المناسب ، ويفترض مصطلح التهاب الجلد العصبي (بروك ١٨٩١) صحة النظرية القائلة بوجود علاقة إمرضية مع الجهاز العصبي المستقل ، لأنه افترض بأن الحكة الشديدة تحرض الداء . أما مصطلحات التهاب الجلد العصبي البنيوي و التهاب الجلد العصبي التأتبي فتفترض وجود علاقة إمرضية مع العوامل الوراثية والعائلية ، بينما تشير مصطلحات إكزيمة تأتبية ، إكزيمة داخلية المنشأ ، إكزيمة بنيوية إلى التبدلات الجلدية الإكزيمة .

التعريف : يمكن تعريف الإكزيمة التأتبية على أنها داء جلد التهابي مزمن ، أو مزمن ناكس يتصف بالحكة الشديدة والاختلاف الواسع في شكل الاندفاعات والسير بشكل عام . وهذا المرض متأصل وراثياً ، وكثيراً ما يترافق عند المريض ذاته أو في عائلته بأفات تأتبية أخرى ذات النموذج العاجل مثل التهاب الأنف الأرجي ، والتهاب الملتحمة الأرجي ، والربو القصبي الأرجي ، وحتى الكلا . ويتبدل المظهر السريري الذي يتظاهر به الداء باختلاف عمر المريض وحدة التظاهرات الجلدية .

الحدوث : تقدر نسبة الإصابة التأتبية عند الناس بين ٥ - ١٥ ، حيث تتظاهر على شكل التهاب أنف أرجي أو إكزيمة تأتبية ، وفي نسبة صغيرة على شكل ربو قصبي أرجي . وتظهر الإكزيمة التأتبية غالباً في سن مبكرة حتى عند حديثي الولادة ، لكنها كثيراً ما تبدأ في الشهرين أو الأشهر الثلاثة الأولى من العمر . كما يمكن أن تظهر في سن الطفولة . أما أن تظهر بشكل بدئي ما بعد سن البلوغ فقير شائع ولكنه ممكن الحدوث . ونسبة حدوث الربو القصبي أكبر إذا ما بدأ الداء في سن مبكرة وكانت هناك ميول وراثية عائلية .

نوع الوراثة : يحتمل أن لا ينتقل التأتب من خلال مورثة جسمية وحيدة قاهرة أو مقهورة وإنما ينتقل التأتب للتأتب كداء وراثي عديد الجينات مثل الصدف . وهكذا نجد أن تأهب الأجهزة المختلفة للتفاعل التأتبي يكون موروثاً . ويجب أن يبقى في الذهن دوماً أن ٦٠٪ - ٧٠٪ من المرضى تكون عندهم القصة العائلية التأتبية إيجابية . ولهذا يجب سماع وتدوين السوابق

الشخصية والعائلية بدقة تماماً فيما يتعلق بالاضطرابات التأتبية لأنها ذات أهمية في تشخيص الإكزيمة التأتبية . كما يجب تدوين العوامل المحرصة والتي هي في جزء منها خارجية المنشأ وفي الجزء الآخر تكون ذات طبيعة شخصية أو فردية . كما تلعب العوامل البيئية دوراً هاماً في تحريض الاضطرابات التأتبية التنفسية أو الهضمية . مثال : المستأرجات المستنشقة (الغبار المنزلي ، غبار الطلع ، أشعار الحيوانات ... إلخ) ، وكذلك المستأرجات الطعامية (غالباً ما تشترك مع الشرى الأرجي) مثل الحليب والبروتين والفواكه والبيض والسّمك والمواد المضافة للأطعمة . كما توجد عوامل أخرى ذات أهمية مثل الكرب والاضطرابات النفسية العضوية .

الترافق مع أمراض أخرى : لوحظ وجود السّمك الشائع في حوالي ٥٠٪ من حالات التهاب الجلد التأتبي ، والأكثر شيوعاً ترافق التأتب مع جفاف الجلد ذو المحتوى الشحمي المنخفض والنفوذية المائية الزائدة . كما تكثر مشاهدة البنية السطحية اللاسويّة عند المرضى (ازدياد الثنيات الجلدية العميقة في الراحين والأخصمين وهو ما يدعى بفرط عمق الخطوط Hyperlinearity) . يرافق البهاق الإكزيمة التأتبية في بعض الأحيان ، وتحمل الثعلبة إنذاراً أسوأ عند هؤلاء المرضى . وبما يجدر ملاحظته هو الحدوث النادر للعيوب العينية مثل الساد التأتبي وخاصة عند صغار الشباب ، وأقل من ذلك القرنية المخروطية أو انفصال الشبكية .

الإمراض : يبقى سبب الإكزيمة التأتبية مجهولاً . ومن غير الواضح بشكل خاص لماذا يبدأ الداء بشكل مبكر جداً كأن يظهر عند المولودين حديثاً ، أو لماذا يأخذ سيراً مختلفاً بين حالة وأخرى . وتتميز الإكزيمة التأتبية في الطفولة المبكرة بمشهد إكزيمي نضحي . أما فيما بعد فيسيطر الالتهاب المترقي وتسمك الجلد التآكلي (حطاطات حزازية ، تحزز ، حطاطات أكالية) على الصورة السريرية وبالرغم من أن ارتفاع عيار الغلوبولين IgE في المصل يفسر آلية الداء إلا أنه لا يمكن تفسيره على أنه تفاعل أرجي عاجل لوحده ، حيث يبدو تتداخل التفاعلات من النموذج الآجل أيضاً .

اضطرابات المناعة الخلطية :

يتفاعل الأفراد الذين لديهم حالة التأتب الموروثة تجاه المواد البيئية (المستأرجات) على شكل تحسيس من النموذج العاجل . ويمكن إثبات هذا التحسيس بحدوث التفاعل الشروي العاجل تجاه المستأرجات من خلال الاختبارات داخل الجلد (اختبار الوخز أو التخديش) وهذه تتضمن من الناحية المناعية

(الربو الأرجي ، التهاب الأنف الأرجي) . وعلى كلر ، وباعتبار أنه يتصادف حالات تكون فيها الآفات الجلدية شديدة مع أن عيار الغلوبولين IgE في المصل يكون سوياً ، فإن معايرة الغلوبولين IgE لا يحمل أية أهمية واضحة إلا في حالات الاشتباه بمتلازمة فرط الغلوبولين IgE (Buckley) ، وهذه حقيقة ، لأنه يمكن أن تصادف عيارات عالية من الغلوبولين IgE في المصورة في جلادات التهابية أخرى . ولهذا لا ينبغي عدم ارتفاع الغلوبولين IgE في المصل تشخيص اضطراب تاتبي ، ولكن ما يستحق الانتباه إليه هو تراجع العيارات العالية للغلوبولين IgE خلال هجوم الداء .

لقد سمحت التقنيات الاستقصائية المناعية الحديثة في العقد الأخير بالحصول على فهم أفضل لآلية تنظيم إنتاج الغلوبولين IgE . لقد أصبح واضحاً أن بعض السيتوكينات Cytokines المميزة مثل IL-4 و IL-6 و IFN- γ التي تطلقها الخلايا التائية المفعلة تتدخل بشكل أولي في شبكة معقدة من الإشارات بحيث تؤدي إلى زيادة أو نقصان تنظيم إنتاج الخلايا البائية للغلوبولين IgE . وتتؤدي الأبحاث الحديثة في هذا الخصوص إلى فتح آفاق علاجية جديدة ، حيث أن الوسائل المصنعة لكبح زيادة إنتاج الغلوبولين IgE هي قيد التطوير حالياً .

إن اختبار RAST (انظر الفصل ١١) عبارة عن أسلوب داخل الزجاج غايته الكشف عن الأضداد النوعية - للمستأرجات في مصل المريض . ويمكن أن يستخدم للكشف عن الأضداد المرتبطة بالغلوبولين والمضادة لطيف من المستأرجات المستنشقة والغذائية . إن اختبار RAST أكثر نوعية من الاختبارات داخل الجلد ، ويعطي نتائج إيجابية في نسبة أعلى من مرضى الإكزيمة التأتبية . ويمكن الكشف عن الأضداد الجوّالة المضادة لمستأرجات البيئة والتي لا يمكن الكشف عنها بالاختبارات داخل الجلد .

اضطرابات المناعة الخلوية :

يبدو أنه يحدث اضطراب في المناعة المتواسطة بالخلايا بالإضافة إلى اضطرابات المناعة الخلطية عند المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية . ومن الجدير بالملاحظة هو ميل مثل هؤلاء المرضى للإصابة بالأخماج الحُموية والجرثومية والفطرية . وتتضمن الاختلالات من هذا النوع الإكزيمة اللقاحينية والإكزيمة الحلقية والإكزيمة التؤلوية والإكزيمة المليساينية والإكزيمة الكوكسائية . وبالإضافة لذلك ، الميل للإصابة بالقوباء المعدي والسعفات الجسدية .

وفي الحالات الشديدة من الإكزيمة التأتبية وُجد ما يلي : نقص ملحوظ في التشكل الزهيري للكريات الحمر (اختبار

تفاعلات أرجية من النوع العاجل) النموذج الأول ، Coombs و Gell) . لا يبدي الأفراد الأسوياء تفاعلات متعددة تجاه هذه المواد الموجودة في البيئة . وتُظهر الاختبارات الجلدية حتى في سن الطفولة المبكرة أن هؤلاء المرضى يبدون تفاعلات إيجابية من النموذج العاجل تجاه المستأرجات الطعامية والمستنشقة . وتبلغ نسبة إيجابية التفاعلات للاختبارات الجلدية بين ٥٠ - ٩٠٪ . ويبدى مرضى الربو القصبي الأرجي أو التهاب الأنف الأرجي (حمى الكلا) بشكل ملحوظ نسبة أعلى من التفاعلات الإيجابية للاختبارات المجرة بالمستأرجات المستنشقة ، وبشكل خاص منها الغبار المنزلي وسوس الغبار المنزلي وغبار الطلع والمستأرجات الحيوانية (أشعار ووسوف الحيوانات) . ويمكن للبروتينات في وسوف وعرق الإنسان أن تلعب دور المستأرج بالرغم من أنه لا توجد فكرة قوية عن الأهمية السببية للمستأرجات المستنشقة في الإكزيمة التأتبية . إلا أنه من المألوف لدى أطباء الجلد بأن التفاعلات الفصلية لحمى الكلا قد تعزى إلى تدهور الآفة الجلدية والعكس صحيح كذلك . وإضافة لذلك كثيراً ما تؤدي المستأرجات الطعامية إلى تفاعلات إيجابية بالاختبار (البروتين في الحليب ، السمك ، القمح ، الدقيق ، الفواكه ، الخضار) بالرغم أنها لا تتوافق دوماً مع الأعراض السريرية (راجع الشكل ١٢ : ٢٤) ، وعلاوة على ذلك فكثيراً ما تصرّح الأمهات بأن الحكمة والآفات الجلدية الالتهابية لدى أطفالهن كثيراً ما تتحرض لدى تناول أطعمة خاصة . ولقد أبدت الدراسات بأن إطعام الأطفال التأتبيين حليب أمهاتهم بدلاً من حليب البقر قد يكون مفيداً . وقد يتحرض التهاب الفرج لدى البنات الصغيرات لدى التماس مع الطلع .

وبشكل عام لا يمكن القيام بالتقييم الكامل لأهمية التفاعلات من النموذج العاجل في الآلية الإمرضية لالتهاب الجلد التأتبي بالرغم من أن مجموعة المعطيات العلمية ترجح بأنها ذات أهمية . واعتماداً على هذا المفهوم يجب إجراء الاختبارات داخل الجلد الموافقة والاختبارات في الزجاج (RAST) ، ولكن يجب تفسير تفاعلات هذه الاختبارات بدقة وعلى ضوء الصورة السريرية الكاملة والاختبارات الإضافية (القوت المحدود ، اختبارات التعرض) .

يتم استقصاء وتحديد الغلوبولين IgE حالياً عن طريق اختبار PRIST (راجع الفصل ١١ ، اختبار PRIST) . وإن عيار الغلوبولين IgE في المصل مرتفع عند أغلب المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية الشديدة . تشاهد العيارات العالية بشكل خاص إذا ما وجدت تظاهرات موافقة في الطرق التنفسية

التحريض الأدرنجي ألفا α -adrenrgic . ويفترض العالم ستيفاني أن هناك عيباً خلقياً في كل مستقبلات ألفا α وبيتا β الأدرنجية .

اضطرابات جلدية أخرى :

– انعدام الزهم : يعتبر انخفاض الإفراز من الغدد الزهمية من الموجودات النموذجية عند مرضى الإكزيمة التأتبية ، حيث ينقص الغلاف السطحي الشحمي ، والجلد جاف ، ويؤدي التفسيل المفرط إلى جفاف إضافي وحكة وتحريش . ويزداد نقص بخر الماء عبر الجلد التأتبي . ويمكن لهذا أن يفسر النقص في نسبة حدوث الأدوية ذات النموذج المثلّي عند المرضى التأتبيين مثل العد الشائع والوردية والإكزيمة المثيّة .

– اضطراب التعرق : يمكن أن نلاحظ اضطرابات في إنتاج العرق . ويشكو كثير من المرضى من الحكة الشديدة أثناء التعرق . لقد اقترح بأن بخر العرق قد يُعاق بواسطة التبدلات الحادثة ضمن الطبقة المتقرنة (فرط أو خلطل تقرن) مما يؤدي إلى عبور العرق إلى الجلد مؤدياً بدوره إلى حدوث التفاعلات الالتهابية (متلازمة احتباس العرق) . يحتوي العرق كذلك على الغلوبولين IgE ووسائط التهاب ويمكن أن يؤدي لحدوث التفاعلات الانتبارية والوهيجية **Wheal and Flare Reactions** .

– الأرج المناخي **Climatic Allergy** : لقد عزي حدوث الإكزيمة التأتبية واستمرارها للأرج المناخي . وتراجع الأعراض عادة في المرتفعات الجبلية التي يزيد ارتفاعها عن ١٥٠٠ متر وعلى شواطئ البحار في حين يصعب تفسير أو تقييم الحداثيات المرضية – الفيزيولوجية المستبطنة . وقد تلعب أشعة الشمس أو الرطوبة الزائدة دوراً ، ولكن يبدو أن للاسترخاء والراحة أهمية كبيرة .

– عوامل نفسية : كثيراً ما تكون هذه العوامل هامة ، حيث يمكن للشدة أو العوامل النفسية الأخرى أن تعمل من خلال جهاز **Adenylcyclase – cAMP** . وكثيراً ما يكون مرضى الإكزيمة التأتبية من النموذج الواهن مع درجة ذكاء أعلى من العادية ، ويتميزون بالأناية وعدم الاستقرار ، والتشاجر مع الأم ، والإجباط ، والعدوانية ، وحالات القلق المكبوح . وبالرغم من وجود مسألة ما هو أولي وما هو ثانوي فإن الآفات الجلدية الشديدة الحكة قد تؤثر على شخصية المصاب وبشكل خاص قد تؤثر على تطور وتقدم الأطفال في سن المدرسة .

الموجودات السريرية : الإكزيمة التأتبية عبارة عن اضطراب مزمن يتميز بالحكة الشديدة مع علامات التخديش والآفات

تزهيرات) ، ونقص في استجابة اللمفاويات التائية للانقسام ، نقص في تفاعل الخلايا اللمفاوية في الزجاج بواسطة المستأرجات الجرثومية والفطرية ، ونقص في الميل للتحسيس بالتماس . وتبعاً للاستقصاءات التي جرت مؤخراً وجد أن عدد الخلايا اللمفاوية التائية الكابتة (CD8) ينقص بالتناسب مع شدة الداء الجلدي . كما يشك كذلك بأن المرضى التأتبيين أقل ميلاً لإصابتهم بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس بعد التطبيق الموضعي للمعالجات . وأخيراً أمكن الكشف عن عيوب في العدلات (الانجذاب الكيميائي ، البلعمة) ، والخلايا الوحيدة (الانجذاب الكيميائي) . وقد تزداد الحمضات في الدم . ويبدو أنه يزداد عدد اللمفاويات الحاملة للغلوبولين IgE . ويصعب تفسير هذه الموجودات . وترى إحدى الفرضيات بأن التشكيل الزائد للغلوبولين IgE في المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية يحدث بسبب عوز نوعي في إفراز الغلوبولين IgA خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، ويستمر هذا التأثير بسبب خلل وظيفي في الخلايا اللمفاوية التائية الكابتة . ومن خلال وجهة النظر هذه ، يجب البحث عن العيب الأساسي في جهاز الخلايا اللمفاوية التائية . وعلى كل تقترح الموجودات الحديثة بأن خلايا لانغرهانس الحاملة للغلوبولين IgE قد تلعب دوراً هاماً أيضاً في تشكيل آفات الإكزيمة التأتبية . وهكذا وبالرغم من أن خلايا لانغرهانس الحاملة للغلوبولين IgE ليست نوعية للأدواء التأتبية ، إلا أنه يمكن التنبؤ بأن جزيئات الغلوبولين IgE النوعية للمستضد (مثال : مستضد سوس الغبار المنزلي) المرتبطة إلى سطح خلايا لانغرهانس البشرية قد تكون قادرة على ربط المستأرجات المحمولة بالهواء لتقدمها لخلايا لانغرهانس بعد ذلك على شكل مستأرجات طبيعية بالتماس ، مؤدية بذلك لتفعيل الخلايا التائية النوعية للمستأرج . ومما يدعم هذه الفكرة حول أمراض الإكزيمة التأتبية هو أن الاختبارات الرقعية المجرة باستخدام المستأرجات المحمولة بالهواء في مرض الإكزيمة التأتبية تؤدي عادة إلى تفاعلات إيجابية .

اضطرابات الاستجابة الوعائية :

إن أكثر هذه الاستجابات معرفة هو الاستكتاب الجلدي الأبيض ، أي حدوث التقبض الوعائي أو الوذمة في نواح جلدية سليمة المظهر بعد تطبيق شدة آلية (ميكانيكية) على الجلد . كما لا يؤدي تطبيق إسترات الحمض النيكوتيني إلى حدوث الحماس بل يؤدي إلى تفاعل أبيض . وإن حقن العناصر الكوليزجية مثل الأستيل كولين يؤدي إلى حدوث ابيضاض آجل . وتكون حرارة الجلد عند المرضى التأتبيين منخفضة عادة نتيجة للتقبض الوعائي البارد . ولم يتأكد بعد ما إذا كان هذا مجرد تحسس غير طبيعي للألياف العضلية تجاه

الحطاطية الحويصلية الإكزيمية ، والتجلب ، والحطاطات الحكاكية (الأكالية) والعقيدات والتحرز . وفي سن الطفولة الباكرة يغلب على الصورة السريرية وجود الآفات الإكزيمية الناضجة عادة ، بينما يسيطر على الصورة السريرية في سن المدرسة وسن اليافع الحكمة والحطاطات المتحرزة الحكاكية والتحرز .

الإكزيمية التأتبية عند حديثي الولادة :

إن مصطلح « إكزيمية الرضع » مصطلح واسع جداً بالنسبة لهذا الداء لأنه قد يحجب أو يخفي التهاب الجلد بالتهام ، والتهاب الجلد المتئي وأشكالاً أخرى من التهاب الجلد لدى حديثي الولادة . وعلى كل حال فإن ٨٠٪ من جميع حالات إكزيمية حديثي الولادة تعتبر تظاهرات للإكزيمية التأتبية في باكورة الطفولة .

وتظهر عادة في الشهر الثالث من العمر ، وهي أكثر شيوعاً عند الذكور ، وأكثر ما تبدأ على جانبي الخدين والفروة ، حيث تظهر حمامي محددة مترافقة مع آفات حطاطية حويصلية تصبح حاككة بشدة ومتخدشة ، ثم تؤدي إلى آفات جلدية نازة - النهائية ، أو النهائية تجللية . ولقد افترض وجود الأرج تجاه حليب البقر باعتبار أن كثيراً من الأطفال قد تم فطامهم عن حليب أمهاتهم في تلك الفترة وتحولهم إلى حليب البقر ، ويشير مصطلح « هيرية الحليب Milk Scurf » أو « جلبة الحليب Crusta Lactea » إلى هذا المظهر . وأخيراً يمكن لكامل الفروة والوجه أن يصابا ، وقد تظهر بؤر منتشرة على الجذع والسطوح الانبساطية للأطراف . وعادة ، يعف الداء عن ناحية الحفاظ (راجع الشكل ١٢ - ٢٥) .

يمكن للركبتين أن تصابا بشدة خلال فترة الزحف ، وتكون الحكمة شديدة جداً ، والأطفال يكون دوماً بسبب عدم القدرة على النوم . وهناك ميل شديد لحدوث الخمج الثانوي الجرثومي (التقبؤ) . وكثيراً ما يحدث اعتلال العقد اللمفية ، وقد يسير الداء سيراً مزمناً أو معالوداً على هذا الشكل لعدة أشهر وحتى السنتين من العمر ثم يشفى تدريجياً . فعند حوالي ٥٠٪ من المرضى تشفى الآفات حوالي السنة الثانية من العمر ، وفي الحالات الأخرى يفقد الداء بشكل تدريجي سماته الناضجة وتحدث آفات مزمنة متحرزة .

الإكزيمية التأتبية عند الأطفال :

يمكن لهذه الحالة أن تحدث بدءاً من الطور الوليدي الإكزيمي - النضحي للداء أو أن تبدأ من جديد . يحدث انعدام زهم ملحوظ . والمناطق الأكثر إصابة هي ثنيات المفاصل الكبيرة (ثنية المرفق ، مفصل المعصم ، الناحية المأبضية) ،

والنقرة وظهر القدمين واليدين . ومن هنا أتت التسمية إكزيمية الثنيات أو التهاب جلد الثنيات . تظهر هناك حمامي النهائية غير واضحة الحدود وحطاطات وعلامات خدش خطية مع تجلب وارتشاح النهائي بدئي وتحرز . ويحدث ميل لظهور الحطاطات الحزازية الحكاكية (الأكالية) وتحرز في الثنيات المفصليّة . أما في النواحي الجلدية الأخرى ، وعلى ظهر اليدين بشكل خاص ، فإن الاء تميل أكثر لأخذ الشكل النضحي ، والتي يمكن بدورها أن تؤدي إلى حثل الأظفار وكثيراً ما تصاب يد واحدة فقط كما يحدث لدى مص الإبهام حيث تحدث تبدلات إكزيمية في الإبهام وخاصة في النواحي المحيطية منه (راجع الشكل ١٢ - ٢٦) .

الإكزيمية التأتبية عند اليافعين والبالغين :

تكون الآفات الجلدية متناظرة . والنواحي الأكثر إصابة هي الوجه (الجبهة ، الأنف ، الأجزاء العلوية من الصدر وحزام الكتف ، خاصة النقرة) والأجزاء العلوية من الصدر وحزام الكتف ، وثنيات المفاصل الكبيرة (المرفقين ، الركبتين) وظهر اليدين .

تتمر الفروة في الأشكال الشديدة ويترافق بارتشاح النهائي ووسوف نخالية الشكل وعلامات تسحجية عديدة وشديدة الحكمة ، نزفية وتجللية ، كانت تفسر سابقاً على أنها تسحجات عصائية . وتؤدي إصابة الفروة الشديدة إلى نقص أشعار منتشر . وكثيراً ما تحدث حمامي النهائية على الوجه بشكل مفاجيء مع ارتشاح نال . ويعتبر اللون الأبيض الرمادي المصفر للجلد الذي يعطى المريض مظهراً سوداويّاً وأكبر من عمره جزءاً من الاستجابة البيضاء بذلك الجلد . وتخف أشعار الجزء الوحشي من الحاجبين (علامة Hertoghe ، راجع الشكل ١٢ - ٢٧) . ويكون الشعر جافاً وفالقد اللعمان والريق ، وكثيراً ما يكون خط الشعر في ناحية الجبهة منخفضاً عند الذكور ، أما عند الإناث ، وأحياناً عند الذكور ، فتحدث خفة في الأشعار على أحد جانبي الجبهة مما يؤدي إلى حاصة مثلثة صدغية .

وأكثر المظاهر وضوحاً على الجذع هي الآفات الالتهابية المرتشحة المسطحة والتي تميل للاتصال مع بعضها البعض . وقد تبدي هذه الاندفاعات فرط تصبغ ثانوي واضح . كما يظهر تحرز النهائي في الثنيات والنقرة ، ويؤدي الجلد حمامي النهائية أكثر انتشاراً مع تسكك ، مما يعطى الجلد مظهراً خشناً توسفياً . تختفي هذه التبدلات تدريجياً ليصبح مظهر الجلد أقرب إلى السوي . وإن حدوث التآكلات والتسحجات والجلبات التزفية كنتيجة للتخديش الشديد يعتبر مميّزاً للداء (راجع الشكل ١٢ - ٢٨) .

لقد أبدت الدراسات التجريبية أنّ التحرز يمكن أن يتحرض ويحافظ عليه بذلك الجلد وتحديده فقط . وعلى كل الأحوال ، لا يوجد أي شك في أنّ التحرز يمكن أن يبدأ بشكل أولي نتيجة لالتحام الحطاطات الحزازانية الحكاكية « الأكالية » . إنّ العرض الأولي للإكزيمة التأتبية عند البالغين هو الحكمة المضنية . وتظهر هذه الحكمة على شكل هجمات انتيائية . وكثيراً ما تؤدي نوب الحكمة الليلية إلى الأرق والإنهاك ونقص القدرة على العمل ، وتصبح الأظفار متجهة نحو الأسفل (معقوفة) ولّاعة (أظفار لّاعة) بسبب الحك أو الدلك المستمر . وقد يحدث تضخم العقد اللمفية لدى الامتداد الشديد للآفات الجلدية (اعتلال العقد اللمفاوية الجلدي) .

قد تحدث آفات جلدية أكثر توضعاً عند البالغين واليافعين كظاهرة صغرى لهذا الداء . حيث تظهر بؤر حمامية واضحة الحدود مع ارتشاح التهابي خفيف وتوسف نخالي الشكل وخاصة على ظهر اليدين والأصابع ، وكذلك على الذراعين والشيئات المفصالية الكبيرة لتترك بعد الصيف نقص تصبغ أحياناً . وإن وجود الإكزيمة النّمية (الدرهمية) على ظهر اليدين بشكل خاص يفترض وجود إكزيمة تأتبية .

أشكال خاصة :

تميل الإكزيمة التأتبية عند البالغين واليافعين للاستمرار فترة طويلة ، غير أن شدتها تخف بعد سن الثلاثين . وتراجع الآفات الجلدية عادة على مراحل ، وغالباً لا تبدي الآفات الجلدية المتبقية صورة الإكزيمة التأتبية .

– الفروة : قد تظهر آفات خاصة في فروة الرأس على شكل جلبات نزفية بحجم رأس الدبوس . ومما يميزها حدوث حكة شديدة والميل للنكس . وقد يتظاهر الجلد التأتبي الجاف على شكل توسف نخالي الشكل .

– صيوان الأذن : ليس من النادر وجود حمامي مع ارتشاح التهابي خفيف عند نقطة الاتصال السفلي للصيوان ، وقد تُغطى أيضاً بالجلبات ، وتشبه هذه الحالة القوباء خلف الأذن وكثيراً ما تحدث شقوق مرافقة .

– الشفاه : من السمات المميزة للبالغين واليافعين المصابين بالإكزيمة التأتبية هو تغصّن الشفاه الواضح (الغضون الكاذبة لبارو Pseudo – Parrot Creases) ، وخاصة في الفصول الباردة . ويحدث التهاب الشفتين التوسفي الجاف مع الحكمة الشديدة . يؤدي لعق الشفاه المستمر إلى زيادة الالتهاب بسبب التشقق . ويفترض أن إكزيمة لعق الشفاه ليست سوى حالة من الإكزيمة التأتبية . ويجب اعتبار إكزيمة المص عند الرضع المترافقة

بحدوث تفاعل التهابي حول الفم وحطاطات حزازانية دقيقة مظهراً أقل وضوحاً للإكزيمة التأتبية .

– الفرج : تتميز الإكزيمة التأتبية المتحرزة في الفرج بالحكة الشديدة والتحرز والإزمان والميل للنكس (راجع الشكل ١٢ – ٢٩) .

– الأصابع والأباحس : تعتبر متلازمة تشقق لب الأصابع المعنودة Pulpite Seche شكلاً من أشكال الإكزيمة التأتبية . وتشاهد بشكل خاص عند الرضع وقد تم وصفها مؤخراً . لا يندر الحدوث العائلي للجلد المحمر الشبيه بالورق المترافق مع الوسوف الناعمة شديدة الالتصاق والتي تشبه خلل التعرق الصفيفي الجاف أو السعفات ، ومن هنا أتت التسمية « الفطار الكاذب أو السعفة الكاذبة » (راجع الشكل ١٢ – ٣٠) . وقد تؤدي إصابة الطّيّات الظفرية إلى حدوث حثل الأظفار ، ويحدث الداحس أيضاً كنتيجة للخمج الثانوي الجرثومي . ولقد سميت هذه الحالة (بالجلاد الأنحصى الفتوي Juvenile Plantar Dermatoses) .

– الإكزيمة التأتبية المحرشة بالضياء : وهي حالة نادرة جداً . حيث تظهر الاندفاعات في النواحي المعرضة للضياء (الوجه ، والعنق ، والأجزاء القاصية من الأطراف) ، وخاصة عند النساء خلال فصل الصيف ، وهي حكة جداً .

– الشكل الحكاكي للإكزيمة التأتبية : وتظهر عند البالغين وعادة بعد سن العشرين ، سواء حدثت الأعراض النموذجية للإكزيمة التأتبية أم لم تحدث . وهي آفات عقيدية صغيرة تصيب السطوح الانبساطية للأطراف . ويقترح وضعها الشكليائي وقصة الحكمة حالة الحكاك البسيط تحت الحاد . أما في فئات الأعمار الأكبر سنّاً فتظهر عقيدات كبيرة أو آفات لويحية ذات توزع أكثر تباعداً مما يجعلنا نفكر بالحكاك البسيط المزمن Prurigo Simplex (راجع الشكل ١٢ – ٣١) . وكثيراً ما تترافق مع اعتلال عقد لمفية جلدي .

– الإكزيمة التأتبية النّمية (الدرهمية) وإكزيمة اليدين التأتبية : لقد تمت الإشارة سابقاً (في بحث الإكزيمة النّمية) إلى أنّ الصورة الكاملة السريرية للإكزيمة التأتبية قد تتعرض للتراجع ، وبأنّ هذا الداء قد يتظاهر فيما بعد على شكل آفات نّمية (درهمية) منتشرة مترافقة بحمامي التهابية وتوسف ، وميل خفيف باتجاه التحرز (راجع الشكلين ١٢ – ٣٢ و ١٢ – ٣٣) . ومن المهم جداً تمييز هذه الحالة عن الإكزيمة الجرثومية النّمية (الدرهمية) .

قد يكون توضع الإكزيمة التأتبية المزمنة على اليدين المتظاهرة الوحيدة عند البالغين . وأكثر ما تصيب الأشخاص الذين

يحتاجون إلى غسيل اليدين المتكرر ، حيث تظهر على ظهر اليدين والأصابع آفات حمامية النهاية قليلة الارتشاح وخفيفة التوسف مع تشكل التشققات أحياناً . ويجب نفي وجود أية علامة تدل على التأتب ، وذلك بالسؤال الدقيق عن السوابق العائلية والشخصية قبل وضع تشخيص إكزيمة اليدين المزمنة التخريشية التراكمية بالتماس . وتشكل إكزيمة اليدين التأتبية حوالي ٢٠ - ٣٠٪ من جميع الحالات وكثيراً ما تكون سبباً للإعاقة الوظيفية أو المهنية .

ويمكن اعتبار بعض الحالات الخاصة من متلازمة فرط الغلوبولين IgE (Buckley : ١٩٧٢) المترافقة بآفات جلدية إكزيمية وأخماج متكررة وخلل في آليات الدفاع الخلوية أشكالاً شديدة أو عظمى من الإكزيمة التأتبية . ولكن لم يتأكد بعد فيما إذا كان التهاب الجلد الغلوبييني المناعي IgE Dermatitis E [Winkelman : ١٩٧٣] ، والذي هو عبارة عن إكزيمة النهايات المزمن مع قيم عالية جداً من الغلوبولين IgE (١٠,٠٠٠ وحدة دولية في ١ مل أو أكثر من ذلك) يعد شكلاً من أشكال الإكزيمة التأتبية .

الأعراض : العرض الرئيسي هو الحككة الشديدة ، وتظهر هذه الحككة على شكل عارض أو مستمر في النواحي الإكزيمية . وتؤدي الحككة إلى التخديش الشديد ، مما يؤدي إلى اعتبار التخديش ظاهرة أساسية . وقد يكون التخديش اللاواعي شديداً جداً وخاصة أثناء النوم . وقد تتخدش الحطاطات الحكاكية على اليدين (التسحجات العصائية) في الشكل الحكاكي للإكزيمة التأتبية بشكل شديد جداً . ويجد المريض راحة شخصية في التسحيج والنف . وقد يحدث اعتلال عقد لمفية جلدي في الحالات ذات التظاهرات الشديدة . بينما قد يؤدي الحمض الثانوي الجرثومي إلى التهاب الأوعية والعقد اللمفية . وتتضمن الأعراض المرافقة الأخرى التهاب ملتحمه أرجي ، والتهاب أنف أرجي (حمى الكلال) والربو القصبي الأرجي . وتحدث هذه الاضطرابات في ٣٠ - ٥٠٪ من الحالات . تتطور هذه الحالات عادة بعد مرحلة الطفولة من الإكزيمة التأتبية .

التبدلات العينية : ويمكن أن تتظاهر على شكل ساد تأتبي ، أو قرنية مخروطية ، أو التهاب قرنية وملتحمه مسبب بالضياء . وضمن خبرة المؤلف فالساد نادر جداً (أقل من ٥٪) ويشاهد بشكل أكبر عند اليافعين . ولقد ذكر حدوث انفصال شبكية في بعض الأحيان . ويعتبر تسكك الطية تحت الحجاجية "Dennie - Morgan Line" علامة أساسية هامة للداء التأتبي (راجع الشكل ١٢ - ٣٤) .

التشريح المرضي النسيجي : تعتمد الصورة المجهرية على الشكل السريري للداء . وتميز الآفات الأكثر نضجاً لدى الرضيع بمظهر مشابه لما يشاهد في التهاب الجلد الأرجي بالتماس ، وتجلج بالمظاهر النسيجية التالية : حويصلات سفاجية ، شواك مع فرط وخطل تفرق ورشاحة ما حول الأوعية مؤلفة من المفاويات والمنسجات تترافق بتسرب خلوي . تتسكك النواحي المتحززة حيث تصبح سماكتها حوالي ٣ - ٥ أضعاف بسبب الشواك وما تبديه من فرط وخطل التفرق . الجسيمات الحليمية متضخمة أيضاً وتتوغل فيها الخلايا الالتهابية (لمفاويات ، منسجات) ... وكما هو عليه الحال في الصدف ، توجد أعداد كبيرة من الخلايا البدينة التي تفسر زيادة كمية المستامين في البور المتحززة المزمنة .

المسار : لقد تمت الإشارة إلى تناقص التبدلات النضجية وتزايد التبدلات الجلدية المتحززة مع تقدم المريض في العمر . وقد يزداد عدد النواحي الجلدية المصابة في جميع الأطوار ، ويمكن للداء أن يتعمم في النهاية . ويمكن أن تحدث الأحمرة التأتبية بشكل ثانوي . وكثيراً ما نجد زيادة في نسبة الحمضات وارتفاع عيار الغلوبولين IgE في المصل . وقد تتطور حالات نادرة من الأحمرة التأتبية إلى متلازمة سيزاري Sezary .

الإنذار : يجب أن يوضع الإنذار بحذر شديد وذلك على ضوء إمكانية حدوث الحمض الثانوي عند الأطفال الصغار . وبشكل عام تخف حدة الداء بعد السنة الأولى من العمر وتصبح الآفات الجلدية أقل شدة . وليس من النادر اختفاؤها التام حول سن الثلاثين . ومن غير المفسر علاقة الداء مع التظاهرات التأتبية الأخرى مثل الربو القصبي أو التهاب الأنف الأرجي . ويصرح المرضى الذين يعانون من أمراض تأتبية أخرى بأنه عندما تتحسن الآفات الجلدية سواء عفوياً أو نتيجة للمعالجة فإن التظاهرات الموجودة في الأنف أو الرئتين تصبح أسوأ والعكس صحيح .

الاختلاطات (المضاعفات) : وكثيراً ما تعزى الاختلاطات إلى الأخماج الثانوية . وقد يلعب الاضطراب الوظيفي للخلايا المفاوية والكريات البيضاء دوراً في حدوث هذه الأخماج ، لكن هناك الحقيقة المعروفة أيضاً ، بأنه بعد أشهر أو سنوات من المعالجة الموضعية بالستيروئيدات ، تصبح الآفات الجلدية أكثر عرضة للإصابة بالحمض . ومن المعروف جيداً بأنه يمكن الكشف عن وجود المكورات العنقودية المذهبة على جلد أمثال هؤلاء المرضى . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الاختلاطات التالية :

- الحمض الثانوي الجرثومي : ويتظاهر بتقويؤ الآفات الجلدية الناجم عن المكورات العنقودية المذهبة . ومن الموجودات

جفاف الشفتين والتشققات الكاذبة لبارو (Pseudo - Parrot) .

– اليد السماكية (فرط عمق Hyperlinearity الخطوط) مع زيادة عمق التفضنات الراحية – الأنخسية (راجع الشكل ١٢ - ٣٥) .

– تبدلات في وظائف الجلد مع نقص في التعرق : زيادة التفاعل الحركي – الشعري لدى الشدة الآلية ، وكتوية الجلد البضاء ، وتفاعل فقري تناقضي في الجلد السوي لدى حقن الأدوية الكوليزجية مثل الأستيل كولين أو الميكوليل أو لدى تطبيق رهمات إستر الحمض النيكوتيني . وينجم التفاعل الأبيض عن الودمة وتقبط الأوعية .

– الميل لحدوث النخالية البضاء على الوجه والذراعين ، وإكزيمة اليدين اللأرجية ، وإكزيمة الهالة والحلمة ، والأخماج الجلدية أيضاً .

– عدم تحمل المواد الغذائية .

– عدم تحمل الصوف أو المذيبات الشحمية .

– الميل لحدوث ارتفاع في قيم الغلوبولين IgE .

– ازدياد نسبة حدوث التفاعلات من النموذج العاجل في الاختبارات داخل الجلد .

التشخيص التفريقي : لا يسبب تشخيص الإكزيمة التأتبية أية صعوبة عادة . لدى الوليد . ولايد من تميز التهاب الجلد المني الموضع بشكل رئيسي في النواحي المذحية (الثنيات) . ولايد أحياناً من تميز الإكزيمة الأرجية بالتماس والجرب وتقيح الجلد . أما في الأشكال الموضعة عند البالغين فلايد من التفكير بالحزاز البسيط المزمن والإكزيمة النجية (الجرثومية) ، وإكزيمة التماس المتحززة المزمنة ، وكذلك الإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية بالتماس اللأرجية في السُّماك ، فكل هذه يمكن أن تكون مظاهر للتأتب .

قد تتظاهر الأدوية الاستقلالية على شكل إكزيمة تأتبية النموذج ، إذ لايد من الأخذ بعين الاعتبار كل من بيعة الفينيل كيتون ، واعتلال الأمعاء بالحساسية للغلوتين ، وثندن الأديم الظاهر الخلقي من النموذج اللامعرق ، ومتلازمة ويسكوت – ألدريش (مع كل من قلة الصفائح ، والميل للنزف ، والتهاب الجلد) ، ومتلازمة فرط الغلوبولين IgE ، ومتلازمة نيثرتون Netherton (تقصف الشعر المنخلف مع بيعة حمض الأرجينوسوكسينيك Arginosuccinic ، ومتلازمة Di George ، ومتلازمة الرخ متوسع الشعريات ، وفقد غاماغلوبولين الدم المرتبط بالجنس ، وعوز الغلوبولين IgA

النموذجية في الآفات الجلدية الجلبيات الصفراء الشبيهة بالقوباء ، وهي ذات رائحة غير مستساغة ، وهذه الآفات بالإضافة إلى الضخامة المؤلمة للعقد اللمفية توحى بالتشخيص . ومن النادر نسبياً حدوث الدمامل والحمرة والتهاب الأذن الخارجية .

– الخمج الثانوي الحُموي : يتعرض جلد المصابين بالإكزيمة التأتبية للأخماج الحموية أيضاً ، وبشكل خاص منها حمة الخلأ البسيط حيث يشيع حدوث الإكزيمة الخلئية . أما الإكزيمة اللقاحية الناجمة عن حمة لقاح الجدري ، والتي كانت شائعة فيما مضى ، فغير موجودة حالياً بسبب إيقاف إعطاء اللقاح . تحدث هذه الاضطرابات بشكل حاد مترافقة مع الحمى والتظاهرات المجموعية . تظهر أعداد كبيرة من الحويصلات ذات العمر الواحد . وتبدى اللطاخة المأخوذة من قاعدة الحويصلات وجود خلايا عملاقة ظهارية (اختبار ترانك Tzanck) . ومن السهل الكشف عن وجود الحمة الراشحة بالمجهر الألكتروني بطريقة التلوين السليبي أو الومضان المناعي ، وكذلك زرع الحمة الراشحة . وأسهل الأخماج الحموية تشخيصاً هي الأخماج الناجمة عن حمة الملية المعدية (الإكزيمة الملية) والأخماج الناجمة عن حمة التآليل الشائعة (الإكزيمة الثؤلولية) ، ونادراً ما تحدث أخماج بحمة كوكسكي .

– الأخماج الثانوية الفطرية : وهي نادرة ، وتحدث عادة عند البالغين ، ويجب التفكير بها لدى وجود آفات جلدية حمامية وسفية لا تستجيب للمعالجة بالستيروئيدات القشرية .

دلائل التشخيص : الحكمة والصورة السريرية النموذجية . توجد لدى الوليد آفات إكزيمة ناضجة على الرأس والوجه والظهر ، لتصبح فيما بعد آفات جلدية أكثر تحزراً مع ميل خاص لإصابة الثنيات ، المفاصل ، والعنق والوجه .

وتبعاً لراجكا Rajka ، عند الاشتباه بالإكزيمة التأتبية ، فمن المهم استقصاء وإثبات التظاهرات السريرية الأقل وضوحاً :

– السوابق العائلية والشخصية وذلك فيما يتعلق بالأدواء التأتبية (الإكزيمة التأتبية ، والربو القصبي الأرجي ، والتهاب الأنف الأرجي ، والتهاب الملتحمة الأرجي) .

– انعدام الزهم مع توسف سُماكي الشكل في كثير من الأحيان .

– الوجه ذو خط الشعر الجبهي المنخفض والتفضنات التأتبية النموذجية للأجفان السفلية (Dennie - Morgan Lines) ، غياب الجزء الوحشي للحاجبين (علامة Hertoghe) ،

الانتقائي . وتظهر معظم هذه المتلازمات في الطفولة المبكرة .

المعالجة : هناك عدة أنماط من المعالجات . ويختلف نمط المعالجة المنتخب حسب الصورة السريرية . والتدبير في المشفى ضروري في الحالات الشديدة المترافقة بآفات إكزيمية ناضجة لدى الوليد . ويمكن للمعالجة أن تقتصر على أسبوع أو أسبوعين للأطفال واليافعين والبالغين ، والراحة في المنزل من العوامل المساعدة .

المعالجة الجهازية : المعالجة العرضية هنا أساسية ، فيجب إعطاء المضادات حين وجود آحماج ثانوية جرثومية شديدة . أما في الأبحاث الثانوية الحمية الحادة فيجب إعطاء الغاماغلوبولين والعناصر المثبطة للحمات مثل الأسكلوفير . لمضادات المستامين مكانة مهمة علاجية في تدبير الحكمة المزعجة . وعلى كل الأحوال يجب تجنب إعطاء مضادات المستامين المركنة ، أو إعطاؤها بكمية قليلة فقط لثلاث تتحدد فعاليات المريض خلال أوقات النهار . ويستطب إعطاء شرابات مضادات المستامين عند الولادة والأطفال . ولقد أثبت إعطاء كل من الكلوروبرومازين ومركبات البتروديازين والأوبيرامول والأوكسازيام خلال الليل إحداث فعالية خاصة عند بعض المرضى . كما يمكن إعطاء العناصر الحالة اللاوذية (هيدروكسيزين ، أو كسازيام) . ويجب أن تكون فترة المعالجة من ٤ - ٦ أسابيع على الأقل . وتعطى الستيروئيدات القشرية بجرعة متوسطة (٤٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها) فقط في الحالات الشديدة من الداء أو في فترات التفاقم الحادة ولفترة من ٢ - ٤ أسابيع . هذا وإن إشراك مضادات المستامين معها له فعالية جيدة .

المعالجة الموضعية : يعتمد نموذج المعالجة على شكل الآفات الجلدية ووجود الاختلاطات . وتنطبق القواعد الأساسية للمعالجة الجلدية في حالات التهاب الجلد والإكزيمة والميعة في بحث معالجة الشرى في هذا المجال أيضاً . ويجب تجنب استخدام المحاليل الغولية والمواد المجففة مثل الهلام ومحلول الزنك قدر الإمكان . ويفضل استخدام المراهم ذات السواغ الدهني أو نصف الدهني (الرهيمات والمراهم) . ولقد أثبتت المعالجة المضادة للالتهاب بالستيروئيدات القشرية السكرية فعاليتها ، ومن المنطقي أحياناً تطبيق مزيج من مرهم ستيرويدي وما يعادله من مرهم ستيرويدي أيضاً إلى نفس الناحية الجلدية . أما بالنسبة للآفات الأكثر نضجاً ، فتعتبر المعالجة الرطبة - المزلفة (مواداً حاوية على الستيروئيدات السكرية القشرية تحت ضمادات رطبة) ناجحة جداً . ويحتمل حدوث تثبيط قشر الكظر إذا ما تم استخدام الستيروئيدات القوية وعلى مساحات واسعة من الجلد أو لفترة زمنية طويلة ، وبشكل خاص عند

الأطفال . أما الآفات ذات الارتشاح الالتهابي الأخف ، فتشفى بسرعة بالمعالجة بالستيروئيدات ضعيفة القوة مثل رهيمات الهدروكورتيزون التي يتم تركيبها مع أساس من معاجين طرية (معجون الزنك الطري) .

أما بالنسبة للآفات الأكثر ارتشاحاً وتخزناً فينصح بالمعالجة بالقطران لفترات قصيرة (٥ - ٨ أيام) ، وذلك بتطبيق المنظفات الكربونية السائلة دهناً بالفرشاة أو القطران الفحمي على شكل معجون طري (القطران الفحمي الخام ٠,٥ - ٣ ، كليونول ٠,٥ معجون الزنك الطري وحتى الملة) .

ويمكن اقتراح إعطاء القطران الفحمي الصافي (Pix Lithanthracis) ٢ - ٣ مرات بفواصل زمنية قدرها يوماً واحداً عند البالغين أو تطبيق الإكسامول Ichthammol (٢ - ٦٪) في معجون طري . ويمكن مزج الستيروئيدات القشرية السكرية مع المستحضرات القطرانية . وهذه المستحضرات المركبة من مزيج من الستيروئيدات القشرية السكرية مع القطران متوفرة ، ولابد من البحث دوماً عن احتمال حدوث الأبحاث الثانوية الجرثومية ، والتأثيرات الجانبية الزمنية في أي شكل من أشكال المعالجة الستيروئيدية .

الحمامات العلاجية Therapeutic Baths : لقد أثبتت الحمامات فائدتها في المعالجات البدئية ، حيث أن إضافة مواد مضادة للالتهاب (خلاصة الشوفان ، نخالة القمح) وزيتاً إضافية تعطي تأثيرات ملطفة ومهدئة . إذ من المهم جداً تزييت الجلد الرطب بمرهم Molle أو غيره من المراهم الدهنية . وقد تفيد حمامات القطران أو حمامات القطران الزيتية بعد تراجع الآفات الناضجة .

تنظيف الجلد : يجب تجنب استخدام الصوابين القلوية لتنظيف الجلد عندما يكون ذلك ممكناً . حيث ينصح بتطبيق العناصر المنظفة اللاقلوية ذات الباهاء (PH) الحامضي . وكثيراً ما تكون الصوابين اللاقلوية الغنية بالشحوم من المنظفات الفعالة .

المعالجة المناخية : يمكن للحرارة العالية أو الخانقة أن تؤدي إلى تفاقم الآفات الجلدية بسبب احتباس العرق . وكثيراً ما تؤدي التبدلات المناخية إلى فوائده مفاجئة . وأكثر الأقاليم مناسبة هي الإقليم الجبلي (على ارتفاع يزيد عن ١٥٠٠ متر كالألب مثلاً) والأقاليم البحرية (بحر الشمال في أوروبا أو هاواي) . وتعتبر أشعة الشمس والرطوبة والراحة والمعالجة البسيطة تدابير ناجعة للداء ، فكثيراً ما تخف الآفات الجلدية خلال أيام قليلة في البيئة الجديدة دون علاجات كثيرة ، لكنها تنكس بنفس التواتر بعد العودة إلى المنزل .

القوت : لا ينصح عموماً بأي قوت خاص ، ولكن عندما

للأدواء الجلدية التي تختلف في آلياتها الإراضية وأشكالها السريرية وتقييماتها من حيث الإنذار والتي يجب التمييز بينها :

الإكزيمة التأبئية :

وهي تشكل مجمل إكزيما الطفولة (انظر بحث إكزيمة الرضع) وبشكل خاص في شكلها الإكزمي النضحي والباكر (هبرية الحليب) .

الإكزيمة المثية :

تبدأ إكزيمة الرضع المثية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، ولكنها يمكن أن تبدأ خلال السنة والنصف الأولى من العمر . تصيب عادة ناحية الرأس والنواحي المذحية (الثنيات) (انظر بحث الإكزيمة المثية) .

إكزيمة ما حول الفم Perioral Eczema :

تميز هذه الإكزيمة بتوضعها النموذجي في ناحية الشفاه والجلد المجاور ، وتظهر على شكل تسحجات وجلد حمامي ملتب جاف ذي شكل ورقي ووسوف ناعمة شديدة الالتصاق بالجلد . كما أن التشققات ليست نادرة . وتؤدي الحكمة والتخريش إلى الترطيب المستمر نتيجة لعق الشفاه لتخفيف التخريش ، وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة الجفاف بسبب البخر والتفاعل الالتهابي المستمر . وتشير طبيعة هذه الإكزيمة إلى كونها إكزيمة تحريشية تراكمية لا أرجية . وتظهر عادة عند الأطفال الذين لديهم ميل وراثي للتأب . وقد يؤدي الخمج الثانوي الجرثومي إلى ظهور مستعمرات من الثآليل الشائعة . ومن المهم جداً تحطيم الحلقة المفرغة ألا وهي لعق الشفاه .

وللاختبارات الرقعية أهميتها في نفي وجود مستأرجات بالتماس مشكوك بها ، كمعجون الأسنان مثلاً .

المعالجة : المعالجة قصيرة الأمد بالمراهم الستيرويدية الدهنية . أما المعالجة طويلة الأمد بالستيرويدات فقد تؤدي إلى حدوث التهاب جلد ما حول الفم الشبيه بوردية الوجه . ويجب أن تتضمن العناية التريضية التزيت المتكرر باستخدام أحمر الشفاه المناسب أو مرهم الشفاه (مرهم 15-Dexpanthenol - 15) والبارافين السائل (15) .

الإكزيمة النجية (الدرهمية) :

وهذا الشكل يحدث بشكل نادر عند الأطفال والرضع ، وفي معظم الأحوال تكون ظاهرة نجية للإكزيمة التأبئية (انظر بحث الإكزيمة الدرهمية) . أو يجب إجراء التقييم المناسب للقصة

شت وجود فرط حساسية تجاه مواد غذائية معينة ، وأنها فعلاً تؤدي إلى تفاقم الداء فيجب سحبها من قوت المريض ، ربما بعد إجراء الاختبارات (الاختبارات داخل الجلد واختبار RAST) . ويجب تجنب الأغذية المعروفة بتحريضها للشرى أثناء المعالجة داخل المشفى وعند البدنيين . ويجب إلزام الوالدة بإرضاع الولد لولدان العائلات التي لديها ميل لحدوث تأب وذلك لأطول فترة ممكنة .

متابعة المعالجة : يميل الجلد منعدم الإفراز الزهمي إلى الجفاف ، وبالتالي إلى الحكمة لذا يجب تجنب الحمامات المطولة والمتكررة بالنصاوين القلوية أو الحمامات الرغوية . وينصح بإضافة زيوت الاستحمام وكما في حمام كليوباترة (١ - لتر حليب + ملعقة كبيرة واحدة من زيت الزيتون تضاف إلى حمام الطفل) . ويجب تزييت الجلد دوماً بعد استخدام المنظفات المتعادلة أو الحمضية الصناعية وذلك باستخدام مستحلب الزيت في الماء أو مستحلب الماء في الزيت ، إذا لم يكن الأول كافياً ، أو تطبيق مرهم جلدي (حمض الليمون ٥٪ - ٣٠) ، غليسرين ١٠ وتكمل للمعة بمرهم قابل للاستحلاب) ، أو بمرهم شحمي صاف (Unguentum Molle) ، إذ يمكن للتزيت المنتظم أن يقي من النكس ويجنب من كثرة استخدام الستيرويدات القشرية السكرية .

معلومات عامة : يجب عدم ترك غرف الجلوس جافة جداً (يجب أن تكون الرطوبة ٥٥٪ على الأقل) . وإذا ثبت بأن الداء يسوء بوجود الحيوانات الأليفة (القطط ، الكلاب ، الطيور) أو الغبار المنزلي (السجاد ، الستائر ، سوس الغبار المنزلي ... إلخ .) فيجب اتخاذ الإجراءات اللازمة بعد إجراء الاختبارات الأولية داخل الجلد . وفي هذه الحالات فإن الإكزيمة التأبئية تتوافق عادة مع التهاب الأنف الأرجي أو الربو القصبي . ويجب توجيه العناية للحساسية غير النوعية تجاه الصوف أو الملابس الخشنة . وبالرغم من أن الجدري قد انقرض إلا أن الطبيب المعالج يجب أن يعلم بأنه يجب عدم إعطاء اللقاح المضاد للجدري لدى وجود الآفات الجلدية الإكزمية خوفاً من حدوث الوقس Vaccinia المعمم . ويجب أيضاً تجنب التماس مع أفراد العائلة أو الأصدقاء المصابين بالجلد البسيط .

التهاب الجلد والإكزيمة في مجموعات الأعمار

والمهن المختلفة :

التهاب الجلد والإكزيمة عند الرضع والأطفال :

يتضمن المصطلح « إكزيمة الرضع » عدداً من الأنماط المختلفة

السريية والاستقصاء السريي بالإضافة إلى تحديد الغلوبولين IgE والاختبارات داخل الجلد .

التهاب الجلد بالتهاس وإكزيمة التهاس :

التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتهاس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتهاس : بالرغم من أن الأطفال يمكن أن يتحسسوا لمستأرجات التهاس بنفس الطريقة التي يتحسس بها البالغون إلا أن هذه الجلادات نادرة عند الرضع والأطفال ، ويحتمل أن يكون السبب في ذلك كون الجلد لديهم غير متأثر بعد بالكثير من المستأرجات البيئية . ويمكن لهذه الأمراض أن تتعرض بواسطة الأرج بالتهاس مع الزيتق أو المنججات الموضعية ، أو صبغة اليود ، أو الصادات الموجودة في المراهم ، وكذلك تجاه مواد مثل اللانولين الذي يكون سواغاً في المراهم والرهيمات . وقد يحدث التهاب الجلد بالتهاس أيضاً من منشأ دموي بسبب السلفوناميدات . وهذه الأسباب فمن المهم جداً في كل حالة فردية ، تميز الآفة عن الأشكال الأخرى من التهاب الجلد بالاستجواب والفحص الدقيق وربما تحديد الغلوبولين IgE وإجراء الاختبارات الرقية .

التهاب الجلد التخرشي الحاد والإكزيمة التخرشية التراكمية المزمنة : هذه التفاعلات أكثر شيوعاً من تفاعلات الجلد الأرجية بالتهاس .

التهاب الجلد التخرشي الحاد : لقد لوحظ حدوث التهاب الجلد التخرشي الحاد بعد تطبيق المحاليل الصباغية بالفرشة مثل بنفسجية الجانسيان لدى معالجة جلادات أخرى في ناحية الحفاض . وعلى قاعدة يكون أساسها التهاب الجلد التخرشي ، قد يحدث تنخر مع تفرح (تنخر بنفسجية الجانسيان ، تنخر الديكالينوم) . ولهذا السبب يجب عدم استخدام أصبغة التري فينيل ميثان مثل بنفسجية الكريستال أو بنفسجية الجانسيان كمحلول مائي بتركيز أكبر من ٠,١ - ٠,٣٪ لدى معالجة داء المبيضات البيض في الثنيات المعرضة للخمج الثانوي أو التأكزم الثانوي .

الإكزيمة التخرشية التراكمية المزمنة : يتوافق هذا الشكل عادة مع الصورة الخاصة بالتهاب الجلد بانعدام الزهم عند البالغين ، وتظاهر بشكل رئيسي عند الأطفال التأتبيين .

الموجودات السريية : توجد عادة أفات حمامية التهاية غير واضحة الحدود مع ارتشاح خفيف وتوسف نخالي الشكل ، وأحياناً ناكلات وعلامات التخذيش . وأكثر النواحي إصابة هي جلد الوجنتين والرفقين واليدين وأثناء أخرى من الجسم أيضاً .

الأسباب : تنجم هذه الآفة عن تفاعل تخرشي لا أرجي ناجم عن تخرش الجلد التراكمي بسبب التنظيف المتكرر (كثرة تغسيل الوجه خاصة بعد الوجبات الطعمية ، المناشف الخشنة ، جفاف الجلد بسبب كثرة التغسيل بالصابون) ، وتدثير الجلد بالملابس . ويصاب بصورة خاصة الأطفال المصابين بانعدام الزهم أو السماك الشائع الخفيف وعند ذوي الميل الوراثي للتأتب .

التشخيص التفريقي : من المهم تفريق هذه الحالة عن التهاب الجلد التأتبي .

المعالجة : يجب تجنب التعرض للمخثرات الجلدية ، كما يجب تطبيق المعالجات الخارجية بالمعاجين الطرية (معجون الزنك) ، ويمكن إضافة الاكتيول (٢ - ٤٪) ، ويمكن إذا لزم الأمر تطبيق الرهيمات الستيروئيدية ذات التركيز الخفيف لعدة أيام . ويجب تجنب تطبيق الستيروئيدات القوية على الوجه لمدة طويلة لتلافي حدوث التأثيرات الجانبية وخاصة التهاب الجلد ما حول الفم ، وترقق الجلد المترافق بالتوسعات الوعائية الشعرية .

الجلبات الأرية الناجمة عن المراهم عند الرضع : [Steigleder و Gratmann : ١٩٧٥]

يؤدي الاستخدام الزائد لعناصر العناية بالجلد مثل الرهيمات والزيوت إلى حدوث ترسبات متناظرة ذات لون بني ضارب للرمادي أو بني ضارب للصفرة وأشكال مضلعة (شبيه بالمزيق) وذلك في التفضنات الأرية والألوية عند الرضع . ويجب أن لا تزال هذه الجلبات آلياً بشكل كامل . وقد كان يظن في البدء أن هذه الترسبات تتشكل بسبب الإزالة غير المناسبة للعلاجات المطبقة موضعياً . غير أنه ثبت حديثاً أن هذه الجلبات العالقة ليست صناعية ، لكنها تُعزى لتسبك حُطَل التقرن في الطبقة المتقرنة والناجم عن العناية التمرضية الموضعية . لذلك يفترض بأن المواد الموجودة في هذه العناصر تمارس تأثيراً مصنعاً للقرنين بالتخرش التراكمي .

ويمكن أحياناً رؤية جلبات عالقة ماثلة عند البالغين في نواحي أخرى (الوجنتين ، الأقسام السفلية من الساقين) وخاصة في التهاب الجلد الرطب .

المعالجة : استخدام المراهم والزيوت بالمساحيق ، استخدام الضمادات الرطبة ، والحمامات المطولة .

الجلاد الأخصي الفتوي

: Juvenile Plantar Dermatitis

المردافات : الأقدام الشتوية التأتبية ، الإكزيمة حول الأصابع

عند الأطفال ، إكزيمة مقدم القدم ، Pulpite Sèche ، الجلاد حول الأصابع ، التهاب الجلد الشتوي .

الصرير : الآفة عبارة عن تفاعل جلدي التهابي مزمن لا أرجي . وقد يكون تخريشياً . وهو وسفي وتشققي وذو طبيعة إكزيمة في ناحية الأباخس ، ومقدم الأقدام والأصابع ، ويرافق عادة مع الميل الوراثي للتأب .

الحدوث : يصاب الأطفال من الجنسين عادة وفي عمر بين ٣ - ١٥ سنة ، وأكبر نسبة في حدوثه نجدها في عمر ١ - ٥ سنوات . ومن الأمور الهامة أن لدى الأطفال عادة انعدام زهم شديد ، وتوجد في نسبة عالية جداً من الحالات - سوابق شخصية أو عائلية دالة على التأب . ويبدو أيضاً أن للعوامل الموضعية صلة بالآفة مثل تأثير الاحتكاك بجوارب النايلون أو الأحذية الرياضية ، من الطبيعي أن لا يفسر هذا حدوث التبدلات الموافقة في الأصابع ، ولكن القفزات وطبيعة الأطفال الميالون للعب واللهو تمنحان مصادراً للتخريش .

الإمراض : هذه الآفة تتألف من تفاعل إكزيمي تخريشي لا أرجي مزمن ، يحدث بصورة خاصة في فصل الشتاء . وإن الصورة التشريحية المرضية النسجية هي تلك الصورة الخاصة بالتهاب الجلد بانعدام الزهم . وتكون كل من الاختبارات الرقعية ومحاولات الكشف عن الفطور سلبية دوماً .

الموجودات السريرية : إن النواحي الأكثر إصابة هي الأقسام القاصية من الأباخس . وقد تمتد الآفات على الناحية الأنسية من الأخمص وقد يصاب العقب كذلك ، وأحياناً تصاب رؤوس الأصابع . وهناك توجد حمامي النهاية خفيفة . ويكون ملمس الجلد شبيه بالورق لدى الضغط عليه وييدي وسوفاً جافة لاصقة بشدة مع الميل لتشكّل شقوق مؤلمة .

السير : مزمن مع أطوار من التحسن خلال الصيف بسبب زيادة الرطوبة .

التشخيص التفريقي : كثيراً ما لا تدرك هذه الآفة ، ويغلب تفسيرها على أنها شكل وسفي من سعفة القدم (الفطار الكاذب) وتعالج تبعاً لذلك . ويجب التفكير بالإكزيمة الأرجية بانتماس الناحية عن مادة الأحذية أو الأصبغة أو الجوارب (الاختبارات الرقعية) . ولابد من وجود قصة تأب لوضع تصنيف صحيح للآفات .

المعالجة : قد تكون صعبة لأنها كثيراً ما تنكس . وللستيروئيدات تأثير محدود فقط . ومن المهم تخفيف البخر الزائد بواسطة تزييت الجلد بواسطة مرهم Unguentum Molle أو غيره من المراهم الدهنية . ومن المعالجات الممكنة

أيضاً ، المعاجين الطرية (معجون الزنك اللين) مع الاكتمول (٣ - ٦٪) أو القطران (٢ - ٥٪) ، وكذلك التداير المضادة للالتهاب - الحالة للقرنين [حمض الصفصاف ٢ - ٣٪ مع الودلين ، والمراهم الحاوية على البولة] ولمدة قصيرة .

التهاب الجلد الاحتكاكي الحزازي عند الأطفال

Frictional Lichenoid Dermatitis of Children

المرادفات : التهاب الجلد الحطاطي عند الأطفال ، الاندفاع الحزازي الاحتكاكي ، التهاب الجلد على شكل صفيحة رمل الكتابة Sandbox Dermatitis ، التهاب الجلد الحطاطي الفتوي .

وهو اندفاع حزازي متناظر أكثر من كونه التهاب جلد ، يصيب المرفقين والركبتين وظهر اليدين . وتتميز آفاته بكونها حطاطات شاحبة أو بيضاء صغيرة وقد تكون مسطحة أو مخروطية ، تشفى بسرعة ، وغالباً ما تشفى عفواً . وقد تلتحم الآفات بعضها مع البعض لتؤلف لويحة ذات ملمس خشن . ويكشف التشرح المرضي النسجي عن التهاب ما حول الأوعية باللمفاويات والمنسجات مع تبدلات بشرية بؤرية من النوع الحزازي . ويكثر حدوث هذا التفاعل غالباً عند الأطفال ذوي الجلد الجاف والميل للتأب (راجع الشكل ١٢ - ٣٦) .

ويجب تمييز الداء عن طفح جيانوتي - كروستي Gianotti - Crosti والتقران الشعري .

Intertrigo

التعريف : يلاحظ بشكل خاص عند الرضع وصغار الأطفال البدنين نسبياً والذين يتعرضون بغزارة ، وقد تؤدي الملابس غير المناسبة والتي تمنع بحر التعرق ، بالإضافة إلى نقص العناية بالنظافة العامة ، إلى التهاب جلد أولي تخريشي لا أرجي في النواحي المدحية أو الثنيات الجلدية .

الموجودات السريرية : حمامي واضحة الحدود في نواحي التماس من الجلد (ثنية العنق ، ثنيات الإبط ، الطيات الفخذية التناسلية ، الناحية حول الشرجية ، السرة) . ويحتمل حدوث الحمخ الثانوي الجرثومي بالمكورات العقدية . وقد يؤدي الحمخ المختلط باللاهوائيات إلى المذح الغشائي الكاذب والذي يشبه خناق Diphtheria الجلد . يشيع حدوث الحمخ الثانوي الفطري بالمبيضات البيض .

لقد وصف التهاب الجلد ما حول الشرج في الوليد على أنه شكل خاص يصيب الولدان في الأسابيع الثلاثة الأولى من العمر ، ويؤدي لحدوث حمامي محدّدة تماماً في ناحية الشرج والناحية حول الشرجية . ويحتمل حدوث وذمة وتآكلات

سطحية . ومن المعتاد أن تشفى هذه الآفات عفوياً بعد بضعة أسابيع . ويلاحظ حدوث النكس عند الأطفال ما لم تتخذ التدابير الترميضية الدقيقة للناحية حول الشرج مع تطبيق المعاجين الواقية بشكل مستمر (مراهم أكسيد الزنك القابلة للغسيل بالماء ، أكسيد الزنك بنسبة ١٠٪ في سواغ قابل للغسيل بالماء) .

الأعراض : خفيفة عادة وتتألف من التخریش البسيط ويتظاهر بحس الحرق أو الحككة .

السير : يمكن للمذح أن يستمر لأسابيع أو أشهر ما لم يتم تجنب العوامل المسببة . قد تحدث الاختلاطات بسبب الأخماج الثانوية الجرثومية والفطرية وكذلك من جراء التحسس الثانوي الأرجي بالقماش ، وكذلك كتفاعل ثانوي شبيه بالتهاب الجلد ما حول الفم الناجم عن التطبيق المديد للمستيرويدات .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن الإكزيمة المثية والتي تبدي توسفاً زهماً ، وهي ليست محددة بالنواحي المذحية فهي تصيب الرأس أيضاً بشكل شديد .

المعالجة : التنظيف المنتظم باستخدام العناصر المنظفة الحالية من المواد القلوية ، وزيت الاستحمام ، والمواد المضافة للحمام (الشوفان) . ومن الهام جداً التجفيف الكامل للنواحي المذحية واستخدام المساحيق الماصة (أجزاء متساوية من البودرة وأكسيد الزنك) أو مرهم الزنك القابل للغسيل بالماء .

التهاب الجلد الحفاضي Napkin Dermatitis :

المترادفات : التهاب الجلد بالفوط Diaper Dermatitis ، التهاب الجلد الأولي ، التهاب الجلد الأمونيائي ، الحمامي الأولي ، الحمامي الخطاطية ما بعد التأكلية ، نظير الإفرنجي ما بعد التأكلي .

التعريف : التهاب الجلد الحفاضي عبارة عن تفاعل جلدي التهابي تخرشي لا أرجي في ناحية الحفاض نتيجة للعوامل السامة الداخلية أو الخارجية المنشأ .

الحدوث : الأشكال الخفيفة ليست بنادرة ولا تستدعي التظاهرات الصغرى استشارة الطبيب . تقع ذروة الحدوث بين الشهرين والأربعة أشهر الأولى من العمر . وتشاهد حالات مشابهة من الناحية السريرية عند كبار السن المصابين بسلس البول أو الشلل .

الإمراض : يمكن اعتبار هذه الآفة متلازمة متعددة العوامل :

– البيئة الدافئة والرطوبة : تعتبر كامل الناحية الحفاضية عند الوليد ناحية مذحية حيث تؤدي مفرزات الرضيع إلى حدوث

تبدلات في الحالة الوظيفية لسطح الجلد : تعطين الطبقة المتقرنة ، فقدان الباهاء الحامضي لسطح الجلد ، التخریش الآلي للطبقة المتقرنة . تزداد هذه التبدلات شدة لدى الإقلال من تكرار تبديل الحفاضات .

– تفكك الأمونيا في البول : تتشكل الأمونيا في هذه البيئة الرطبة الدافئة خاصة أثناء الليل عندما يقل تواتر تبديل الحفاضات وذلك نتيجة لتحطم البولة الجرثومي في البول . هذا هو أهم عامل في تطور التهاب الجلد الحفاضي . ويمتلك الكثير من سلالات الجراثيم وخاصة المتقلبات فعالية خميرة اليورياز "Urease" . ويؤدي التهاب الجلد التخرشي التراكمي الناشئ عن هذه الحداثيات ، بالإضافة إلى الرطوبة والدفع ، إلى تأمين الوسط الجيد المناسب للأخماج الإضافية بسلالات جرثومية أخرى كالمكورات العقدية الحالة للدم ، أو بالفطور (المبيضات البيض) . وفي إحدى الدراسات المجرى على الأطفال المصابين بالتهاب الجلد الحفاضي أمكن الكشف عن المبيضات البيض في ٧٧٪ من الحالات ، كما أن القناة الولادية الولدية تعتبر مصدراً هاماً للخمج حيث أمكن الكشف عن وجود خمج مهيلي بالمبيضات البيض عند حوالي ٣٠٪ من النساء الحوامل .

– العوامل التخرشة الأخرى : يمكن للبول ذو الرائحة اللاذعة أن يحوي أحياناً خمائر حالة للبروتين ، وبالتالي أن يبدي تأثيراً تخرشياً إضافياً . كما وصف أيضاً حدوث تخریش انسمامي كيميائي مباشر بسبب الغائط الحامضي الناجم عن القوات الغني بالبروتين .

الموجودات السريرية : يحدث التهاب الجلد الحفاضي باديء ذي بدء على شكل مذح حمامي أو حمامي وسفي في الثنيات الأربية والتناسلية والنواحي الأولية . يمتد هذا المذح إلى الأوجه الانعطافية للفخذين والأجزاء السفلية من البطن ، وسرعان ما يحدث الالتهاب الشديد مع تشكل حويصلات ونز ، وأحياناً إلى تشكل الجلبيات في المحيط . وتشير رائحة الأمونيا إلى التشخيص (راجع الشكل ١٢ – ٣٧) .

– داء المبيضات البيض الثانوي : يؤدي هذا الداء إلى تشكل بثرات بيضاء عكرة أو آفات حمامية صغيرة وسفية في المحيط .

– الخمج الثانوي الجرثومي : قد يؤدي هذا الخمج إلى تشكل بثرات قيحية وحتى تقرحات اقتلاعية متعددة (إكزيمة) .

ويؤدي سير الداء الطويل الأمد إلى ظهور حطاطات أو عقيدات احمرارية النهائية والتي يوحى شكلها وقساوتها بوجود الإفرنجيات الخطاطية ، ومن هنا أتت التسمية « نظير الإفرنجي ما بعد التأكلي » (Ferraudt و Jaquel و Sevestre) :

١٩١٩). و مما يساعد في وضع التشخيص الصحيح عدم وجود مظاهر سريرية مرافقة وسلبية التفاعلات المصلية (FTA و TPHA) و غياب اللولبيات الشاحبة من الآفات .

الأعراض : قد تؤدي الآفات إلى الحكّة أو حنّ الحرق أو الألم مما يجعل الطفل يكي ويتحب . ويمكن للتظاهرات المجموعية كالحمي أن تكون مؤشراً على حدوث الخمج الثانوي الجرثومي .

التشريح المرضي النسيجي : كما هو الحال في التهاب الجلد التخرشي .

السير : يعتمد السير على التدبير الحذر ، ومن المهم جداً تجنب حدوث الخمج الثانوي الجرثومي أو الفطري .

التشخيص التفريقي : يمكن نفي إكزيمة الرضع المنيّة بسهولة بسبب توضعات الآفة الانتقائية المختلفة . الدخنية شائعة الحدوث ، ولكن تميز بوجود آفات خارج ناحية الحفاض أيضاً . ومن المهم جداً التفكير بداء المبيضات البيض المنتشر في ناحية الحفاض (وكذلك في الأمعاء) ، ومحاولة الكشف عن الفطور في اللطاخات غير الملونة وبطريقة الزرع من الآفات الجلدية ومن البراز .

يكون مظهر الآفات في بعض الأحيان صدافي الشكل ، وهنا لابد من التأكد من التشخيص ، ذلك لأن الداء يترق سواء كان التهاب جلد حفاضي صدافي الشكل أو كان صدافاً شائعاً . وربما تحرض بسبب الخمج الثانوي بالمبيضات البيض . وتؤدي مراقبة الآفات خارج ناحية الحفاض بمظهرها النموذجي وضعف استجابتها للمعالجة إلى وضع التشخيص . ومن الجدير بالملاحظة أن ٢٠٪ من الأطفال الذين يعانون من الصداف الحفاضي ، يحتمل إصابتهم بالصداف الشائع في المستقبل .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يجب إعطاء الصادات جهازياً لبضعة أيام في حالات الخمج الثانوي الشديد . ويمكن إعطاء مضادات الهستامين على شكل شراب في حالات التخرش الشديدة .

المعالجة الموضعية : تبديل الحفاضات المتكرر ، وإذا كان بالإمكان استخدام الحفاضات القماشية القابلة للغسيل ، وتجنب استخدام الحفاضات اللدنية الكتيمة . ويجب غسل الحفاضات جيداً بالماء لإزالة جميع آثار المواد المنظفة والقلوية . كما ينبغي معالجة الأسباب الأخرى (الإسهال) . وتعتبر المعالجة الأساسية معالجة تحفيفية بزيت الزنك (Oleum Zinci) أو مؤقناً بمحلول الزنك الحاوي على الكلويكتينول (بنسبة ٠,١٪ - ٠,٥٪) . ومن الممكن استخدام الستيروئيدات لمدة

قصيرة في رهم/ مرهم من أكسيد الزنك . وقد يؤدي الاستخدام المديد وخاصة للستيروئيدات القوية إلى ضمور الجلد في ناحية الحفاض الكتيمة ، أو تفاعل الجلد في ناحية ما حول الشرج من نموذج التهاب الجلد ما حول الفم ، أو الحبيوم الأولوي عند الرضع ، وكذلك إلى تأثيرات مجموعية . ويعتبر استخدام الأصبغة القابضة (محلول بنفسجية الجانسيان المائي بنسبة ٠,١٪) فعّالاً في حالات الخمج الثانوي الجرثومي . وفي حالات الخمج الثانوي بالمبيضات البيض يجب معالجة الجهاز الهضمي المخموج بإعطاء معلق النستاتين عن طريق الفم ٤ مرات يومياً ولمدة ١٠ - ١٤ يوماً . ويجب معالجة الأم بالوقت نفسه أيضاً . ولقد ثبتت فعالية رهم الأمفوتريسين - ب موضعياً أو معاجين النستاتين . وعلى ضوء جدّة الداء وتوضعه في النواحي المذحية ، فإن استخدام المراهم الدهنية يعتبر مضاداً للاستطباب دوماً .

الإكزيمة أو التهاب الجلد المهني

: Occupational Dermatitis or Eczema

تؤلف الأمراض الجلدية المهنية وخاصة التهاب الجلد بالتماس حوالي ٤٥٪ من مجموع الأمراض المهنية . وليس هناك مظاهر شكلية تميز بشكل عملي بين التهاب الجلد بالتماس التخرشي والأرجي . يصيب التخرش بشكل أساسي ، أو على وجه الحصر ، النواحي الجلدية التي هي على تماس مع العنصر المسبب . وأكثر المواد الخرشنة الصناعية شيوعاً هي المنظفات ، المذيبات ، والأغبرة الحسائية مثل الزجاج الليف . ويجب إبلاغ إدارات الصحة العامة فور إدراك بدء الداء عند المريض من قبل العاملين في العناية بالصحة العامة ، لأن هذا يمكن من البدء بالسيطرة وإجراء الفعاليات الوقائية .

يجب وقاية الجلد من التعرض لهذه المواد بواسطة العزل أو منع الانتشار أو تجنب التماس مع المادة المسببة . ومن الخيارات الأخرى تجنب المستأرجات أو المواد الأخرى الضارة .

قد تساعد الألبسة الواقية (القفازات ... إلخ) ، ولكنها أحياناً تؤدي إلى تفاقم حالة التهاب الجلد كنتيجة للأرج بالتماس مع الألبسة الواقية أو التخرش اللانوعي أو بسبب الوجود العرضي للمواد الكيميائية تحت الملابس الواقية .

ويجب تنظيف بيئة العمل لتجنب تلوث سطوح العمل ، كما يجب إزالة الخرشات أو المستأرجات أو العناصر الضارة من على الجلد فوراً بعد حدوث التماس . ومن مهام الطبيب الجلدي تقييم الأذى الطبي الذي تعرض له العامل المتضرر وذلك مع الأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

– العلاقة بين الداء الجلدي والتعرض المهني .

– الحاجة للمعالجة الطبية المستمرة .

– مدى الحيلولة من العودة إلى العمل أو إلى أية مهنة أخرى

بناء على الداء الجلدي .

هذا ويجب على مكتب تعويض العاملين أن يقيم العجز العام عند العامل المتضرر مع الأخذ بعين الاعتبار :

– الضعف أو العجز الطبي كما هو مقيم من قبل الطبيب الجلدي .

– القدرة على إعادة تدريب العامل أو توظيفه في مهنة أخرى على أساس الاعتبارات الاقتصادية – الاجتماعية مثل العمر والثقافة .

لقد تأسست وسيلة للكشف الباكر عن الأمراض الجلدية المهنية في جمهورية ألمانيا الاتحادية في عام ١٩٧٢ . وسرعان ما يتم التأكد من وجود داء مهني حيث يتم إرسال مذكرة إلى المؤسسات التجارية والهيئات الصحية .

ويقال إن ثمة التهاب جلد مهني أو إكزيمة مهنية إذا كانت :

– المعالجة من قبل الطبيب الاختصاصي بالأمراض الجلدية ضرورية .

– هناك تحسيس شديد بالتماس .

– امتدت المعالجة أكثر من ستة أشهر .

– إذا تكرّر النكس في فواصل زمنية خالية من أعراض الداء .

ويجب إثبات العلاقة بين الداء والمهنة (التوضع ، التحسن خلال الإجازة ... إلخ) . وفي حال إثبات وجود التهاب جلد على أنه داء مهني فيجب تقييم نقص قدرة العامل على كسب المال في سوق العمل بشكل عام .

المجلد ١٢ – ٥ : مثال على التواجد الواسع للمستأرجات بالتماس في البيئة : ثاني كرومات البوتاسيوم

مواد الإنهاء (القياس) ، أصبغة الكروم الكاوية ، ملونات المينا ، ملونات الزجاج ، ملونات السيراميك ، الكاويات من أجل الصفيحات المعدنية ، الأوراق المستخدمة في تقنيات الطباعة ، مواد تحميص الأفلام الملونة ، المرجعات الفوتوغرافية ، المثبتات المخيرية والعناصر الحافظة ، المواد المضافة في الهندسة الكيميائية (وسائل التأكسد والأكسدة) وصناعة المطاط ، رمل الأساس ، اللينات المضادة للحريق ، صمغ هلام – الكروم ، خلاط الإشعال ، رؤوس أعواد الكبريت ، المواد الإضافية في الألعاب النارية ، الشموع الملونة ، الورود الاصطناعية ، الأصبغة المستخدمة في عبوات الأفلام القابلة للاستبدال ، الحبر ، المواد الصناعية ، قاتلات الأعشاب الضارة ، المواد الواقية لمحاصيل الحبوب (الفصيلة النجيلية) ، أصبغة الوشم ، رمال الأخشاب ، المواد المضادة للتعرق ، البطاريات الجافة .

الإكزيمة عند المسنين Eczema in the Elderly :

الغاية من هذه التسمية أن تتضمن التبدلات الجلدية الإكزيمية المزمنة الحاكة عند الأشخاص المسنين . ومن الطبيعي أن يقال إنه لأمر أساسي أو جوهري أن يصاب الأشخاص المسنون بالأمراض الجلدية من التهاب الجلد الحاد والإكزيمة المزمنة المشاهدة عند اليافعين والبالغين . وعلى كل الأحوال يكثر حدوث الإكزيمة التخريشية التراكمية للأرجية الناجمة عن التخريش المزمن للجلد لدى المسنين .

إكزيمة انعدام الزهم لدى المسنين

Asteatotic Eczema of the Aged :

المترادفات : الإكزيمة عند كبار السن ، الإكزيمة الشتوية ، الإكزيمات الجافة .

التعريف : وهي أكثر شيوعاً عند الرجال مما هي عليه عند النساء ، ولا تعرف عوامل وراثية لها علاقة بها . يشاهد عند معظم المرضى تأتّب أو جلد جاف بإنعدام الزهم .

الإمراض : ينقص الإفراز الزهمي عند الأشخاص المسنين بشكل خاص على الأطراف وهذا ما يدعى بانعدام الزهم أو الركودة الزهمية عند المسنين . ولهذا السبب يؤدي الت غسل المفرط نسبياً والاستحمام وخاصة مع كثرة استخدام الصوابين إلى زيادة النقص في دهون الجلد وإلى قلوته أيضاً ، بالإضافة إلى نقص واضح في محتوى الطبقة القرنية من المواد المنحلة بالماء ، والتي تعتبر مسؤولة في العادة عن القدرة على الارتباط بالماء وبالتالي إلى تأدية السلوك الفيزيولوجي لسطح الجلد . وإن نقص القدرة على الارتباط بالماء يؤدي إلى أن يصبح الجلد مسلوخاً ومتشقّقاً . يضاف إلى هذا حدوث تبدلات النهائية

الإسمنت ، منشطات مثبتات الإسمنت ، العناصر المذيبة ، مقسّيات البلاط ، العناصر القاصرة أو العناصر المضادة لأكسدة الزيوت والشحوم الصناعية ، الرصاص الأحمر ، الملونات الحشوية ، الأملاح الواقية من الحريق وبشكل مشابه الأخشاب المشربة ، العناصر الدابضة للجلود ، مزيلات لمعان الصفيحات المعدنية الملونة ، الواقيات من الصدأ في زيوت الحفر والتقطيع ، محاليل أملاح الكروم من أجل الغلفنة ، مواد الغسيل ، حمض الكروم الكبريتي ، الشموع التي تستعمل للتلميع والمواد المنظفة للأحذية ، الورق المقوى الموج ، المنتجات الورقية ، الورق المضاد للماء ، المواد الإضافية في صناعة الأقمشة ، العناصر المشربة في الأقمشة من أجل صبغتها ،

وحكة تؤدي بالنتيجة إلى حدوث التبدلات الجلدية الإكزيمة . ويسمى للعوامل المناخية دوراً أيضاً ، لأن هذه الآفة يكثر مشهدها في أشهر الشتاء الجافة أو عند المرضى الذين يكثرون نكت في غرف مدفأة أكثر من اللزوم . ويجب عدم إهمال البحث عن الآفات المجموعية أيضاً ، وتتضمن : الداء السكري ، والأورام الخبيثة الداخلية ، وأمراض الكبد والكلية ونوذمة المخاطية .

الموجودات السريرية : الحكة هي العرض البدني والأساسي ونفتره طويلة من الزمن قبل أن تظهر بعد ذلك آفات احمرارية نهائية وسفية نخالية الشكل ، ويتراوح قدها بين ٢ - ١٥ سم ، كثيراً ما تكون موزعة فوق الجلد الجاف جداً ذو نوسوف السماكية على الساقين وعلى الذراعين وظهر اليدين . ومما يجدر بالملاحظة أن هناك ميلاً في الجلد الجاف لأن يتشقق في مستوى الطبقة المتقرنة على شكل الإكزيمة المشققة Eczema craquelé أو الإكزيمة القنالية Eczema canalé (انظر بحث الإكزيمة بانعدام الزهم) .

الأعراض : الحكة شديدة عادة قياساً بالتبدلات النهائية الخفيفة .

التشريح المرضي النسجي : شواك خفيف في البشرة مع فرط وخطل تفرن خفيف . رشاحة النهائية عابرة مؤلفة بشكل أساسي من المفاويات تنوضع حول الأوعية في الأدمة الحليمية والأدمة الشبكية العليا .

المسار : مزمن إذا لم يتم معرفة السبب . الإنذار حسن مع المعالجة المناسبة والعناية الإضافية بالجلد .

التشخيص التفريقي : لدى وجود آفات منتشرة يجب التفكير بنظير الصدف اللويحي (Brocq's Disease) ، وكذلك بالفطار الفطراتي البدني . الاختبارات الرقعية سلبية . التحسس من الصوابين موجود في كثير من الأحيان . كما يجب أن تفرق عن الإكزيمة التأتبية والإكزيمة النحمة (الدرهمية) .

المعالجة : يعتبر البحث عن السبب الأكثر أهمية ، ومن ثم الشرح الوافي للمريض (الحفاظ على الرطوبة ، الابتعاد عن الملابس الصوفية)

- جهازياً : نادراً ما تكون مضادات الحستامين ضرورية :
- موضعياً : تعالج الآفات الإكزيمة برهيمات الستيروئيدات الخفيفة الشدة أو بالمرهم الولوعة بالشحم حيث تدهن مرتين يومياً ، ثم بعد ذلك نعمل إلى تطبيق المطريات الجلدية . ويمكن تجريب التطبيق الليلي لمعجون الزنك الطري مع إضافة الإكتيول (٢ - ٥٪) بعد المعالجة البدئية بالرهيمات الحاوية على الستيروئيدات . ومن المهم أيضاً معالجة الجلد ذي الانعدام الزهمي باستخدام زيوت الحما . ويجب استخدام مستحلبات الماء في الزيت في العناية اليومية للجلد . وفي بعض الأحيان يكون استعمال المستحلبات الزيتية في الماء أو المحاليل أفضل . ويجب أن تشفى الآفات بسرعة نسبياً خلال ٢ - ٣ أسابيع .

الفصل الثالث عشر

الآفات الجلدية الناجمة عن أسباب فيزيائية وكيميائية

Skin Diseases Due to

Physical and Chemical Causes

د . سهيل دياب

أذيات الجلد الآلية

: Mechanical Skin Damage

يخضع الجلد لأذيات آلية حادة ومزمنة وبأشكال متنوعة . ففي التخریش الجلدي الآلي الحاد ، كالاحتكاك ، يحدث انفصال (تشطر) بين البشرة والأدمة وتشكل نفاطات (راجع الشكل ١٣ - ١) . أما في مناطق الجلد السمكية ، كالراحتين والأخمصين ، فإنه نتيجة الشد قد يحصل الانفصال ضمن البشرة . أما التخریش الخفيف المزمن أو المتقطع فإنه يؤدي إلى فرط تسج بشروي مع شوك وفرط تقرن وبالتالي إلى سماكة في البشرة . وإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تتعرض الخلايا الملانية إثر تخریش الجلد الآلي لتحدث فرط تشكل ملافي . وعندما يكون رد فعل الجلد للإصابات الآلية شديداً فيجب التفكير بالاضطرابات الولادية كاختلال البشرة الوراثي أو الجلد مفرط المرونة (متلازمة أهرل - دانلوس) .

: Hyperpigmentation فرط التصبغ

يحدث فرط التصبغ لدى الكثيرين بسبب الفرك أو الضغط المستمرين لفترة طويلة المحدثين بالثياب ، كالأربطة الضاغطة والأحزمة والجبائر . وهناك ميل لفرط التصبغ عند البدينين وخاصة في المناطق المذحية . ويغلب أن يكون سبب التصبغ هو تحريض الخلايا الملانية والصباغ هو الملانين .

المعالجة : يجب الامتناع عن الفرك أو الدلك وهكذا فإن التصبغ يخف تدريجياً .

: Blistering التفط

تشكل النفاطات أو الفقاعات بشكل حاد بسبب الحرارة ، والفرك تحت الضغط : في القدمين بعد المشي الطويل ، وفي اليدين بعد جهد غير اعتيادي كالتجديف أو اللعب بكرة المضرب ... إلخ . تتوضع النفاطات تحت البشرة . وإن وجود

سفعة في الطبقة المتقرنة يؤهب لإحداث النفاطات .

المعالجة : يجب عدم فتح النفاطات الصغيرة حيث أن سلامة سطحها هو أفضل وقاية ضد الحنج . أما النفاطات الكبيرة والمتوترة فيمكن أن يُنصَّ محتواها أو أن تفتح بإبرة معقمة ، يتلو ذلك تطهيرها واستعمال اللاصق الطبي .

: Hyperkeratosis فرط التقرن

لا يؤدي الفرك أو الاحتكاك المستمر تحت ضغط معتدل إلى تشكل نفاطات بل إلى فرط تقرن يساعد على حماية الجلد ، أي إلى تسك في الطبقة القرنية . ونميز لفرط التقرن هذا أنماطاً مختلفة حسب توضع أو تطوره ، والقاعدة العامة هي حدوث فرط تقرن مع ميل إلى اللون الأصفر .

: Calluses الأشتان

المرادفات : Callosities, Callositas .

كل سمكة من فرط التقرن ، صفراء ، واضحة الحدود . توضعاتها الانتقائية هي الراحتين والأخمصين . فهي تحدث في الراحتين لدى عمال المهن اليدوية والرياضيين أو مكان احتكاك الحواتم . أما في القدمين فتسببه الأحذية غير المطابقة تماماً . (راجع الشكل ١٣ - ٢) ومثاله ، شتن العقب بسبب لبس القيقاب الخشبي . ويكون التوضع مكان حدوث الضغط تماماً .

اشكال خاصة : قد تترافق بعض الهوايات أو المهن أو العادات مع حدوث أشتان غير عادية ، مثلاً على لب الأصابع عند عازفي القيثارة ، فوق المفصل النهائي للإبهام عند الحلايين حيث يقومون بعملية الحلب مع ثني المفصل القاصي للإبهام « شتن الحلايين » ، أو على مفصلي الإبهام لدى ماصي الأصابع (شتن مص الأصابع Finger Suck's Callus) ، أو على المفاصل الانتهاية والمتوسطة لأصابع متعددة لدى المهووسين بعض ومص أصابعهم (شتن العض Shewer's Calus) . ويحدث فرط تقرن رمادي مصفر في منطقة الرضفة لدى المصلين (ركبة المصلين) ، أو لدى عاملات التنظيف المنزلي (ركبة عاملات المنزل) ، وهذا ما يسمى أيضاً بالركبة المتسخة (Dirty Knee) لدى الخادومات ، وقد تترافق عندهن بفرط أشعار آلي في الناحية .

: Clavus الثفن

المرادفات : المسمار (Corn) .

التعريف : شتن مؤلم على القدم له مركز متقرن ناجم عن الضغط .

الحدوث : شائع وخاصة لدى النساء اللواتي يلبسن الأحذية الضيقة التي تضغط على الأباخس .

السيببات : الأتفان هي الشكل الحقيقي للشثن ، إنما يكون للثفن ميزات خاصة . يظهر الثفن كقرط تقرن مستدير ، واضح الحدود ، مركزه يشبه السدادة القرنية وناجم عن الضغط المستمر لخداء ضيق مثلاً على السطح العظمي المستبطن Underlying : كالسطح الظهري لمفاصل الأباخس أو على مقدم قبة القدم ، وعلى السطوح الجانبية للفوت الرابع في القدم .

الموجودات السريرية : الأتفان هي تفرانات شنية صغيرة مصفرة تترافق أحياناً باحمرار التهابي عند قاعدتها ، تنجم عن الضغط ولها مركز مخروطي متقرن عميق يشبه العين . والسبب الرئيسي للألم هو الضغط بسبب الخدء الضيق . وتظهر الأتفان غالباً على مفاصل الأباخس وقد تظهر أيضاً على الأوجه الجانبية بين الأباخس بسبب ضغط رؤوس الأمشاط على الأباخس المجاورة . وقد يحدث التهاب ثانوي خاصة لدى المصابين بالداء السكري يمكن أن يؤدي إلى حدوث نواسير مؤلمة . ويمكن للأتفان في الطقس الحار والرطب ، ومع لبس أحذية جديدة ، أن تسبب إزعاجاً شديداً يعيق الحركة .

التشريح المرضي النسيجي : تحت البشرة ، يؤدي الضغط المستمر على المركز المتقرن للثفن إلى تبدلات استحيالية في النسيج الضام مع وذمة وإماعة والتهاب تليفي . وقد يحدث التحام مع مخفظة المفصل والسفاق الباسط . تكون الظهارة متمسكة نسبياً بسبب الشواك وزيادة الطبقة الحبيبة والسدادة مفرطة التقرن .

التشخيص : سهل بسبب مظهره النموذجي وتوضعه والآلام التي يحدثها .

التشخيص التفريقي : تتميز الثآليل بالعرى الشعرية الحثارية التي تشكل نقاطاً بنية . أو ترسبات بنية مسودة في مركزها . وليكن معلوماً أن كثيراً من الثآليل ، وخاصة في الأشخاص ، تكون محاطة بأشنان وعندها يصبح تمييزها عسيراً ، ولا يصبح التؤلؤل واضحاً إلا بعد تطبيق لاصق بمحضر الصفصاف ، أو الكشط لإزالة الشثن .

المعالجة : كشط فرط التقرن بعد حمام ساخن (كاشطة الأشنان مع شفرات يمكن تبديلها) نكمل بعدها تليين الكتلة المتقرنة بلاصق يحوي حمض الصفصاف أو الكولوديون الصفصافي (٢٠ - ٤٠ ٪) وذلك لفترة ٤٨ - ٩٦ ساعة . ويجب التخلص من الضغط الآلي بواسطة حلقات الأتفان (Corn Rings) . الاستئصال الجراحي صعب بسبب إمكانية نتح

المفصل ، ولأن الندبة الجراحية يمكن أن تكون مؤلمة أيضاً في مناطق الضغط والاحتكاك . قد تكون حُقن السيليكون مفيدة ، إنما لا تستعمل . وفي الأتفان الملتبنة المترافقة مع تشكلات حبيبية في الأفوات ، قد نوصي بالاستئصال والخياطة ، إنما غالباً ما يشفى الجرح من نفسه . والوقاية هي الأهم ، فالأحذية المطابقة تماماً ، والعريضة واللين والأحذية المفتوحة أمر مهم وفي حال الضرورة يجب تصحيح عيوب الأقدام لدى أخصائي الجراحة العظمية .

العقب الأسود Black Heel [Crissey و Peachey : ١٩٦١] :

المترادفات : التعرق الملون الكاذب الأخصي (Bazex) ومجموعته (١٩٦٢) ، الحبر العقبية Calcanal Petechniae ، فرط التقرن التزفي (Ruffi : ١٩٨٠) .

التعريف : تصبغ نقطي أو خطي ، أسود مزرق . يصيب القسم المتقرن من العقب ، يصيب عادة الشبان الذين يمارسون الرياضة وينجم عن خروج الدم خارج الأوعية .

الحدوث : شائع لدى الشبان الرياضيين الذين يمارسون لعبة كرة القدم ، السلة ، المضرب أو السكواش ، هذه الأنواع من الرياضة التي تؤدي الشعيرات السطحية بقوة الشد .

الإمراض : ترسبات دموية ، منقطة أو خيطية ، تتوضع في الطبقة المتقرنة ، والناجمة عن ضغط آلي شديد وعابر يؤدي إلى تمزق الشعيرات .

الموجودات السريرية : نجد عادة في المنطقة الجانبية من العقب ، ترسبات لمادة سوداء ، أو زرقاء مسودة ، مبعثرة أو متجمعة دون نظام (راجع الشكل ١٣ - ٣) . تنطرح هذه المواد تدريجياً باتجاه السطح ونادراً ما تكون الآفة مؤلمة . وهي تراجع تدريجياً مع تخفيف شدة الرياضة ، وقد تظهر في مناطق أخرى من القدم : كذروة الأصابع لدى لاعبي كرة المضرب .

التشريح المرضي النسيجي : ترسبات خطية لثالة Residue دموية في الطبقة المتقرنة مع إيجابية تفاعل الحديد .

التشخيص التفريقي : قد يحدث التباس مع الورم الملاني الخبيث أو مع الوشم .

المعالجة : غير ضرورية .

الحبيوم التشققي Granuloma Fissuratum [Epstein : ١٩٦٥] :

المترادفات : الشوكوم التشققي Acanthoma Fissuratum .

التعريف : ظهور نسيج حبيبي وشثني مؤلم على القسم الخلفي

من الأذن الخارجية . ونسبة أقل على جانبي جسر الأنف ،
ناجم عن ضغط النظارات .

السيببات : يؤدي التصاق وضغط ذراع النظارات على الأذن
إلى التهاب آلي ، مع تشكيل نسيج حبيبي ، وفرط تقرن ،
ويؤدي إلى خمج إضافي أحياناً .

الموجودات السريرية : عقيدة متبازرة بحجم حبة البن وحيدة
الجانب عادة ، بلون الجلد ، وأحياناً بلون أحمر التهاوي خفيف ،
لها شق مركزي ، نادراً ما يمز منها سائل مصلي التهاوي . يشعر
المريض بالألم خلف الأذن حين وضع النظارات ، وهناك
مضض خفيف بالجلس .

التشريح المرضي النسيجي : التهاب حبيبي و/أو تليف ، مع
فرط تنسج بشروي ظهاري كاذب وشق مركزي .

التشخيص : تتميز سريريا بظهورها مكان ضغط راض ناجم
عن وضع النظارات .

التشخيص التفريقي : تميز عن سرطانة الخلية القاعدية ، وعن
التقران المئي .

المعالجة : إزالة الضغط بتصحيح النظارات آلياً . يعطى في حال
الضرورة رهيم لأحد الصادات مشترك مع الستيروئيدات
القشرية السكرية ، كما يمكن استئصال الاندفاع مع ترك هامش
غير ملتهب .

قرحة الاستلقاء (الناقبة) Decubitus Ulcer :

التعريف : قرحات رضية ناجمة عن الاستلقاء تزداد وتوسع
بالضغط المستمر على الجلد والنسج العميقة تترافق مع تنخرات
إقفارية .

السيببات والأمراض : تنجم هذه الآفة عن الضغط المستمر
نتيجة الاستلقاء المديد على الآلية والورك والمنطقة القطنية
العجزية ، وخاصة لدى المسنين بعد الإصابة بحادث ، أو سكتة
Apoplexy ، أو اضطرابات عصبية ، أو شلل ، أو بعد
تدخلات جراحية . وقد تظهر تحت ضهاد ضاغط أو قالب من
الرباط اللاصق . سبب ظهور التنخر هو إقفار النسج ، ويلعب
سوء الحالة العامة دوراً هاماً . وقد تتطور قرحة الاستلقاء
الرضية تحت الرباط الضاغط بسرعة (بعد ٢ - ٣ أيام) ، كما قد
تحدث أثناء سير الاضطرابات الوعائية كالتصلب الشرياني أو
الغولبلينات القرية وخاصة على العقين .

الموجودات السريرية : تظهر في مناطق الضغط أو سطوح
الارتكاز كالعقبن ، والمنطقة القطنية العجزية ، أو الكتفية ،
مناطق حمراء مزرقة ، وذمية ، واضحة الحدود . تكون في البدء

غير مؤلمة ولذا تمر دون أن يشعر بها . ثم تصبح حدودها أكثر
وضوحاً وتحول إلى مناطق نخرية صفراء رمادية . وبسبب
الرطوبة والحرارة الموضعية (مناطق المذح ، الأربطة ، البول)
يصبح احتمال حدوث تخرب وخمج ثانويين كبيراً ، وتصبح
حدود القرحة مقتلعة ويمتد التقرح بسرعة إلى اللفافات في
العمق ، وإلى الأوتار والعضلات والعظام حيث تصبح قرحة
الاستلقاء واسعة . أما الاختلاطات فتشمل الألم والخمج
الثانوي والداء النشواني .

التشخيص : واضح بسبب ظهورها في المناطق المعرضة
للضغط .

المعالجة : صعبة ومديدة حيث لا تتمكن دوماً من إزالة السبب
الضاغط كما يحصل مثلاً عند المشلولين . تطبق موضعياً
القابضات والمراهم الحاتة على التحجب مع مراقبة مستمرة خوفاً
من الاستعمار الجرثومي . يفيد أيضاً وقاية المناطق المجاورة
بمعجونة التوتياء اللينة أو القاسية أو بالسيليكون . ومن الهام
جداً استعمال وسائل تخفيف الضغط كالوسادات والأسرة
المائية أو المعلقة . وتولى الوقاية نفس الأهمية ، إذ يستحسن تغيير
وضعية الاستلقاء بشكل متكرر ، والتسيد اليدوي اللطيف
يوميًا ، واستعمال المعاجين اللينة والمحاليل والإرذاذات . وإن
قرحات الاستلقاء هي السبب الغالب لانتشار أخماج المشافي .

الاضطرابات الجلدية الناجمة عن الحرارة والبرودة

Skin Disorders Due to Heat and Cold

الحرق والسمط Burn and Scalds :

المرادفات : Combostio and Anbustio .

التعريف : تخرب نسيجي بفعل الحرارة .

الحدوث : شائع وخاصة لدى الأطفال . غالباً ما يحدث الحرق
والسمط في البيت والطريق وحوادث السير وفي مكان العمل
وكوارثه . كما أن الحروق من الإصابات الرئيسية في زمن الحرب
وكثيرة المصادفة في فصل الصيف بسبب حفلات الشواء .

السيببات : وتشمل الأسباب التأثير المباشر للنار ، انفجار
الغاز ، والمعادن الحارة ، والسوائل الحارة أو البخار .

الموجودات السريرية : وتوصف حسب عمق الحرق كالحرق
من الدرجة الأولى أو الثانية أو الثالثة . ويرتبط ذلك بشدة
الحرق ومدة التماس .

حروق الدرجة الأولى : تبقى محصورة في الطبقات العليا من بشرة فهناك دوماً حمامى مؤلمة مع انتباج المنطقة المصابة . وبعد عدة أيام تتحول التبدلات الجلدية إلى توسف خفيف . قد يحصل فرط تصبغ ولكن لا يعقبه تندب .

حروق الدرجة الثانية : هي حروق سطحية نسبياً إنما يحصل بالإضافة إلى الحمامى الالتهابية فقاعات الحروق النموذجية (راجع الشكل ١٣ - ٤) . إذ تظهر النقطة تحت البشوية الواسعة مباشرة أو بعد عدة ساعات من الإصابة بالحرق . وغالباً ما تنفتح هذه النقطة مفرجة أدمة حمراء ، رطبة ، لامعة ومتأكلة وتكون ملحقات الجلد مصابة أيضاً ، حيث تحترق الأشعار بفعل الحرارة . إنما تبقى جذورها سليمة ، لذلك لا يتأثر نمو الشعر عليها . لا يوجد خدر تجاه وخز الإبرة في المنطقة المحترقة . ويكون الترمم والشفاء أبطأ مما هو عليه في حروق الدرجة الأولى . والخمج الثانوي ممكن وكذلك بقاء فرط التصبغ أو نقصه .

حروق الدرجة الثالثة : وتشمل على إصابة طبقات الجلد العميقة ، الأدمة وملقحات الجلد (يمكن نزع الأشعار دون ألم) ، وتصاب المناطق المستبطنة حسب شدة الحرارة (راجع الشكل ١٣ - ٥) . لا يوجد دوران دموي في الجلد ، ويوجد خدر لوخز الإبرة . وحينما تتخرب الطبقات العميقة بما في ذلك النسيج الشحمي تحت الجلد والأوتار والعظام ، تطلق على هذه الحالة التكرين أو التفحم (Carbonization) . وتكون الخشكريشة الناتجة بيضاء أو سوداء اللون ، وتكون قاسية وجافة أو رطبة . وبعد سقوط الخشكريشة نجد سطحاً متقرناً وحبيبياً ، يمر بكل مراحل الشفاء الثانوي للجروح وتشفى بخلفة مكانها ندبة . وهناك تداخل بين حرق الدرجة الثانية وحرق الدرجة الثالثة وقد تمضي أيام قبل تحديد درجة الحرق .

ندبات الحروق : تكون عادة نموذجية . فهي غير منتظمة ، ضامرة في قسم منها وضخامية أو جذرية في مناطق أخرى . كما يحصل فيها تشكلات خطية مشدودة وخاصة فوق المفاصل ، وقد تؤدي إلى تقفع Contrature . وغالباً ما تنشأ الجدرات على ندبات الحروق لدى الأطفال والشبان . وبعد عقود قد يتطور على ندبة الحرق سرطانة وسفية الخلايا (قرحة مارجولين Marjolin's Ulcer) .

اتساع الحروق : إن درجة اتساع الحرق هي التي تحدد الإجراءات الإسعافية اللازمة (نقل إلى المستشفى أو إلى وحدة خاصة بمعالجة الحروق) وتحدد كذلك الإنذار المتأخر ، وتحسب حسب قاعدة التسعة لوالاس (Wallace Rule of

Nines) . أما عند الأطفال فإن مساحة الجلد تكون أكبر بالنسبة للوزن والحجم عما هي عند الكهول ولذلك فإن قواعد أخرى تطبق عندهم .

الأعراض : إن مجموع الأعراض تشكل ما يسمى بمتلازمة الحرق والتي تقسم إلى عدة أطوار :

طور الصدمة الحادة *Acute Shock Phase* : وذلك خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى .

طور الصدمة الكامنة *Latent Shock Phase* : وهو طور التقيؤ *Catabolism* المتوسط في متلازمة الحرق ويظهر بعد ٢ - ٤ أسابيع من الحادثة ويستمر حتى الشفاء .

الترميم أو طور الشفاء *Repair or Healing Phase* : وقد يظهر خلاله أحماج حادة أو مزمنة ، وقد تظهر علامات صدمة إثنائية بسليبات الغرام . وليس لهذا الطور زمن محدد . وقد يتداخل جزئياً مع طور الصدمة الكامنة .

صدمة الحرق : تتعلق الصدمة البدئية بالحادثة مباشرة (صدمة الجرح) . وإن صدمة الحرق الثانوية أو الحقيقية هي الأكثر خطورة . يوجد خطر من هذه الصدمة الثانوية لدى الكهول المصابين بحرق يشمل ٢٠٪ من سطح الجسم ولدى الأطفال المصابين بحرق يشمل ١٠٪ منه . ويزداد احتمال حدوث الصدمة مع زيادة اتساع الحرق وشدته .

إن صدمة الحرق هي صدمة نقص الحجم *Hypovolemic* . إذ يوجد فقد سوائل من سطح الحرق عبر الأوعية التأذية والنسيج الخلالي . وهناك فقد داخلي للسوائل من منطقة وذمة الحرق . إذ يمر الحرق عوامل مفعلة للأوعية كالهستامين ، البروستاغلاندين والكينينات *Kinins* . وهكذا يمكن للوذمة أن تظهر على مسافة قريبة من الحرق . ويكون فقد السوائل على أشده مباشرة بعد الحرق وخلال اليومين الأولين للحادثة . وفي صدمة الحرق ثمة نقص واضح في الضغط التناضحي *Osmotic* ناجم عن نقص حجم الدم الجوال ، وعدم كفاية الدينامية الدموية *Hemodynamic* . يزداد تحور الكاتيكولامين بشدة ، وأخيراً قد يظهر حمض *Acidosis* استقلابي ، ونقص تأكسج ، وخثرات صغيرة تسبب ركودة شديدة ليس فقط في منطقة الحرق وإنما في كل الأعضاء الرئيسية . وإضافة لتأثر وظيفة القلب يمكن أن تصاب الكليتين ، الرئتين والكبد .

الموجودات السريرية لصدمة الحرق : ترفع حروري ، شحوب ، تعرق بارد ، تسرع قلب مع توتر سوي أو بطء قلب مع نقص توتر ، وعطش وقلق ، تشير كل هذه العلامات إلى

القرحات المعدية والعفجية المترافقة أحياناً بنزف لا يمكن السيطرة عليه بسبب الركودة الناجمة عن قلة الدم ، وعن الوسائل المفصلة للنسج والمتحررة من تحرب الخلايا الجلدية . ومن الاختلاطات الأخرى التهاب القصبات وذات القصبات والرئة .

الإنذار : ويتعلق بشدة الحرق واتساعه . وإن الحروق التي تصيب أقل من ١٠٪ من سطح الجلد لا تشكل عادة أية مشكلة . وحين وجود حرق واسع يصبح كل من صدمة الحرق وخمج الحرق العاملين الرئيسيين لتحديد الإنذار . وفي الحروق التي تتجاوز ٢٠٪ من سطح الجسم لدى الكهول ، و ١٠٪ لدى الأطفال يكون الإنذار خطيراً ، ويزداد سوءاً مع التقدم بالعمر وخاصة في وجود اضطرابات دورانية وفي الحمل والنفاس .

المعالجة : وتتعلق المعالجة بشدة الحرق واتساعه . وتتطلب الحروق لدى الأطفال انتباهاً خاصاً . وهناك قاعدة وهي أن أي حرق يتجاوز ١٠٪ من سطح الجلد عند طفل أو ٥٪ عند رضيع يجب قبوله في المستشفى فوراً ، وأن الكهول بحرق يتجاوز ١٠ - ١٥٪ يجب قبولهم أيضاً . ويجب أن تؤمن المعالجة الخارجية تنشيط حدثة الشفاء العفوي ، وتأمين نتائج وظيفية مناسبة ، والوقاية من الخمج الثانوي .

المعالجة الجهازية : في الحالات الشديدة . تكون معالجة صدمة الحرق الحادة هي عمل مركز معالجة الحروق ، وحسب اتساع الحرق وشدته يجب المباشرة فوراً بتعويض نقص الحجم (الوقاية من الصدمة) . وبما أن نقص السوائل على أشده هو في الساعات ٨ - ١٦ الأولى فيجب تعويض الحجم الناقصة بتسريب وريدي تقطري مستمر . ويمكن في الحروق التي لا تتجاوز ٢٠٪ من سطح الجسم ، إعطاء السوائل عن طريق الفم ، وتنظم كمية السوائل حسب الحالة . ويفيد هنا تطبيق قساعة Allgöwer أو Evans ومخطط دوبوا Dubois . ويجب أن يخضع تركيب المواد المحقونة لتعليمات الهيئة الدولية لأذيات الحروق . وتدبر حروق الدرجة الثالثة الواسعة والوذمات الشديدة بمحلول Brook المعدل عبر قطرة وريدية . وإن المعالجة بالتسريب Infusion مبنية على الحالة السريرية ، ومعايرة الكسر الحجمي للكريات الحمر Hematocrit عدة مرات يومياً ، وكمية البول المطروحة في الساعة ، وإضافة لذلك ترأب وظائف الكبد والكلية والتوازن الحامضي . وحسب نتائج تحليل غازات الدم ، قد يصبح ضرورياً إضافة معالجة مضادة للحموضة . وتحسب كميات الدواى Buffers ، وثاني كربونات الصوديوم مثلاً ، حسب جداول مناسبة .

صدمة حقيقية تتميز بتعرق بارد يغطي الجلد مع تسرع قلب (أكثر من ١٠٠ ضربة في الدقيقة) ، وهبوط التوتر الشرياني (أقل من ١٠٠ ملم زئبق في ضغط جوي ١٣,٣ كيلو باسكال) . وهناك خطر على الحياة حال هبوط الضغط لأقل من ٧٠ ملم زئبق . ويشكو المريض من تعب ، وغثيان وفواق وتشنجات رمعية (Clonic) وقياء ، وهي كلها علامات غير مشجعة . وإن نقص الوارد الدموي إلى الأنسجة بسبب تشنج الأوعية المغذية لها ، وخاصة في الساعات الأربع والعشرين الأولى ، يؤدي إلى نقص الوارد الأكسجيني وخاصة إلى الدماغ والكليتين والكبد والعضلات وإلى السبيل المعدي - المعوي . قد يحدث قصور كلوي حاد (انقطاع بول) مما يؤدي لانحباس مكونات البول ، ولدى غير المعالجين تحدث الوفاة بعد عدة أيام بسبب اليوريمية .

الجدول ١٣ - ١ : قاعدة التسعة لولاس Wallace Rule of Nine مع تعديلها بالنسبة للأطفال مع إعطاء نسبة سطح الجلد لكل عضو بالنسبة لكامل الجسم

العضو	المولودون حديثاً	صغار الأطفال	الطفل بسن الكهول
الرأس	٢١	١٩	١٥
الذراع الأمامي	١٦	١٦	١٨
الذراع الخلفي	١٦	١٦	١٨
الذراع	٩,٥	٩,٥	٩
الساق	١٤	١٥	١٨
الأعضاء التناسلية	١	١	١

المسار : الاختلاط الرئيسي لكل حرق هو الخمج ، فقد يحدث استعمار جرثومي لمنطقة الحرق بالجراثيم إيجابية الغرام كالعقدديات والعنقوديات ، أو بجراثيم سلبية الغرام . وإن الذيفانات الداخلية والخارجية للجراثيم تحرض ظهور أعراض الصدمة وتسرعها . وثمة شكل خاص هو متلازمة الصدمة الانسمامية (م . ص ١٠ : Toxic Shock Syndrome - T.S.S) . وإن الاستعمار الجرثومي للحرق يعرقل شفاء اندفاعاته الجلدية .

تُحَنَّق الحرج Wound Diphteria والحمى القرمزية : (كثيراً ما تلتبس مع اندفاعات قرمزية الشكل ناجمة عن ذيفانات الجراثيم في الحروق عند الأطفال) . وقد كانت سابقاً من الاختلاطات الخطيرة ويجب عدم نسيانها رغم ندرتها في الوقت الحاضر ، عصر الصادات الحديثة . ولا نزال نخشى من

المعالجة الموضعية : تدابير الإسعاف الأولي التي يمكن للمريض أن يطبقها هي غسل منطقة الحرق بالماء البارد ، بعد ذلك وفي حالة الضرورة ، تغطية منطقة الحرق بضماد جاف وعقيم .

حروق الدرجة الأولى : إن إرواء منطقة الحرق فور حدوثه بالماء البارد أو استعمال ضمادات رطبة وباردة ، يخفف الألم ويقطع الطريق أمام حدوث الوذمة . والإرذاذ بمسحوق الطلق Talcum المعتدل أو تطبيق محلول الزنك يخفف الألم بفعل تأثيراته المبردة . كما تستعمل الستيروئيدات القشرية السكرية بشكل محاليل ، أو رهيمات ، أو هلام أو إرذاذ لتعاكس حصول التهاب والوذمة . لا يوصى بالتطبيق الموضعي للصادات أو السلفاميدات .

حروق الدرجة الثانية : يجب عدم فتح نفاطات الحروق ، وأقصى ما يمكن فعله هو ثقبها بشروط تعقيم جيدة لتخفيف التوتر ، إذ أن سقف النفاطة السليمة يشكل أفضل واقٍ ضد الأتخاج الثانوية ، وإن إزالته يجعل سطح الحرق أكثر إيلاًماً . تغطي السطوح المتسحجة بملاءة معقمة عالية القدرة على الامتصاص ومشبعة بمعدن (Metalline) ، ويجب تغطية السطوح المتآكلة وحتى الجلد السليم . وإذا لم تتوفر هذه الملاءات يمكن استعمال ضمادات الشاش المشبع بالوذلين . ويجب أن نخشى من حدوث خمج في المنطقة المؤوفة سواء بمتعضيات سلبية الغرام (الزائفة Pseudomonas ، أو الكلبسية Klebsiella ، أو المتقلبة Proteus) أو بالعقديات . ويجب أن نحري باستمرار تحديد العوامل الممرضة ومقاومتها للصادات . وفي حال حصول مقاومة جرثومية يمكن تبديل العلاج الموضعي المستعمل بمادة سلفاديازين الفضة - Silver Sulfadiazine . ويمكن استعمال مستحضرات بولي فينيل اليودي بمحذر بسبب إمكانية امتصاص اليود وما ينجم عن ذلك من اضطراب عمل الغدة الدرقية . وفي المناطق المحتمل حدوث وذمة فيها كالوجه والمنطقة التناسلية ، يمكن استعمال الرهيمات ، أو الرغوات ، أو المحاليل الحاوية على الستيروئيدات القشرية السكرية كعلاج أولي للحرق ويجب استباق الأتخاج الثانوية .

حروق الدرجة الثالثة : العلاجات الموضعية كما في حروق الدرجة الثانية ، إنما تأخذ المعالجة الجراحية دوراً رئيسياً . ويجب عدم إزالة النسيج المتموت مباشرة . بل يمكن إبقاؤه لأيام أو أسابيع . والتدبير الرئيسي في مراكز معالجة الحروق هو تدبير محافظ : تغطية جرح الحرق بضمادات عقيمة . ومساندة الانحلال النخري Necrolysis بالمستحضرات الحاوية على إنزيمات ، والإنضار Debridement الجراحي البدوي . وإن محذور الاستئصال المبكر (حوالي اليوم ٣ - ٥) بعد التخلص

من الصدمة ، هو فقد الدم ، وخطر إعادة المريض للصدمة بنقص الحجم ، علاوة على محاذير التخدير وخلق سطوح واسعة ممرّة ، تبقى إمكانية إغلاقها بالمقصد الأول محدودة . ويمكن تطبيق الطعوم الجلدية المتزلفة Split - Skin Grafts ، الطعوم الفسفيسائية ، الغرائس المثلية Homo - Transplant والغيرية أو الأجنبية Xeno . ويمكن زرع بشرة المريض على وسط لإنبات النسيج وتستعمل كطعم ذاتي . وهناك طرق أخرى نصف محافظة منها طريقة الاستئصال الصفائحي المماسي : (Janzekovic Tangential Laminar Excision) مع إزالة طبقات النسيج المتموت واستعمال سكين ثيرش Thiersch's Knife . أما الطرق الموضعية القديمة التي كانت تستعمل كالتخثير أو المواد القابضة كمحلول العفص المائي ٢ - ٥ ٪ لم تعد تستعمل حالياً وكذلك بالنسبة لتطبيق المحلول المائي لترات الفضة ٠,٢٥ - ٠,٥ ٪ .

هذا وإن لاستعمال حالات البروتين موضعياً على المناطق المتموتة بعض الفائدة مثل الستربتوكيناز والستربتودورناز وذلك بشكل محلول أو هلام ، وكذا الأنظيمات الحائلة للفيرين ، أو الإنظيمات الحائلة للفيرين المستخلصة من المطثية الحائلة للنسج (Clostridium Histolyticum) .

طرق علاجية إضافية :

المسكنات : ويجب إعطاء مشتقات البيثيدين ولا يجوز إعطاء مشتقات المورفين .

إتقاء الكزاز : يوصى بالوقاية من الكزاز في أي شكل من أشكال الحروق التي تسبب تآكل البشرة وذلك إذا لم يكن عيار مضادات الكزاز مرتفعاً بشكل كافٍ .

الدجثلة : في الحروق الشديدة وخاصة عند المسنين .

مضادات هبوط التوتر الشرياني : لا يشار بها حيث أن صيب الكاتيكولامين هو في الحد الأعظمي .

الستيروئيدات القشرية السكرية : تعطى فقط ضمن استطببات خاصة وبشكل مستحضرات مائية .

الوقاية بالصادات : لا ينصح بها عادة للوقاية .

المعالجة بالصادات : يوصى بها لمكافحة الخمج الثانوي فقط وبعد إجراء اختبار المقاومة الجرثومية .

معالجة طور الصدمة الكامنة : تتطلب المرحلة التقويمية التي تلي المرحلة الحادة تعويض حتى ٧٠٠٠ KCal في اليوم بسبب فقد الحرارة الكبير . وتعوض هذه الحريات بإعطاء مستحلبات دسمة ومحاليل من الحموض الأمينية الكاربوهيدراتية مشركة مع الغول سواء عن طريق الفم أو الحقن . ففي الحروق الواسعة

والشديدة يعطى الألبومين ، غاماغلولين وقد ينصح بنقل الدم الكامل .

معالجة الأخماج : تلعب المعالجة بالصادات دوراً رئيسياً في معالجة الصدمة الإنتانية . ويغلب أن تكون العوامل الممرضة جراثيم سلبية الغرام مثل الزائفة (رائحة التفاح المتخمر) أو المتقلبة الرائحة *Proteus Mirabilis* ، أو عقديات وعنقوديات معنقة . وإن تحديد نوع الجراثيم ومقاومتها على الصادات هو جزء من التدبير اليومي للحروق . وللأخماج الفطرية أيضاً أهمية كبيرة حيث أنها قد تسبب اختلاطات مميتة . ويجب الحذر أيضاً من الخمج بالمبيضات البيضاء . ويوصى بالمراقبة المستمرة للمناطق الجلدية المحروقة ، ولجوف الفم والقشع والبراز . ويجب أن لا يغيب عن الذهن إمكانية الخمج بالحماح وخاصة حمة الخلأ البسيط أو الخلأ النطاقي .

شكل خاص : لدى المحروقين بالفسفور (القنابل الفسفورية الحارقة) ، حيث يستمر توليد الحرارة من قبل الفسفور ما دام الجرح معرضاً للهواء لذا يوصى بالمعالجة البعيدة عن الهواء ، في البدء بالزيت وبعد ذلك تطبيق حمامات كبريتات النحاس ٢٪ لتعديل الفسفور .

الاضطرابات الجلدية الناجمة عن البرد : Skin Disorders Due to Cold

عضة الصقيع Frostbite

المترادفات : الانجماد (Congelation) .

التعريف : تحدث عضة الصقيع عندما يتعرض الجسم أو جزء منه لبرودة شديدة (تحت درجة الصفر) .

إلحدوث : شائع ، اضطراب متميز ، يصيب متسلقي الجبال خاصة (مناطق صغيرة من عضة الصقيع على الأذنين والأصابع والأنف والأبأخس) وكذا لدى المزارعين والعاملين في العراء .

الإمراض : تتعلق عضة الصقيع بشدة البرد ، ومدة التعرض ، ورطوبة الجو وسرعة الريح . كما تتعلق بالوقاية التي تقدمها الملابس وبدرجة الجهد الفيزيائي الذي يقاوم تأثير البرد . تبدأ عضة الصقيع في مناطق الأوعية الانتهاية : الأطراف ، والأصابع ، والأبأخس ، والأنف والأذنين . وعند اشتداد البرودة تصاب القدمان واليدان وبعد ذلك الأطراف . وأخيراً قد يصاب كامل الجسم مؤدياً للموت . عندها يصبح الجسد متجمداً قاسياً وصلماً *Rigid* . ويزداد احتمال حدوث عضة الصقيع في اختناق النهايات وفي فرط تعرق اليدين والقدمين ، والرطوبة ، والملابس غير جيدة العزل وحين الجهد الزائد والإرهاق ومع تناول المشروبات الكحولية أو فقد الدم .

الفيزيولوجيا المرضية : تتعلق درجة تحرب النسيج بتأثير الصقيع بمدة التعرض ودرجة نقص الحرارة . فعندما تكون درجة الحرارة المحيطية ١٦° - ٢٠° م يفقد الشخص العادي حرارته باستمرار . وأول علامات نقص الحرارة الشعور بالرعدة ، وتقبض العضلات الناصبة للأشعار (جلد الأوز) . ويؤدي البرد إلى تحرير مواد مشابهة للهستامين والتي تؤدي إلى كل المظاهر الالتهابية النضحية *Exudative - Inflammatory* : توسع الأوعية ، وزيادة النفوذية الشعرية ، والالتهاب ، وبطء الدوران ، ونقص أكسجة الدم والنخر . وإن عضة الصقيع هي دوماً تشارك تأثير البرد ونقص التروية . تتشكل بلورات جليدية في النسيج لكن تأثيرها غير معروف . وتقسم عضة الصقيع ، كما هو الحال في الحروق ، إلى ثلاث درجات :

- ١ - الحمامي (التهاب الجلد الانجمادي الحمامي *Dermatitis Congelations Erythematosa*) .
- ٢ - التنفط (التهاب الجلد الانجمادي الفقاعي *D. C. Bullosa*) .
- ٣ - النخر (التهاب الجلد الانجمادي الخشكريشي *D. C. Escharotica*) .

وئمة أشكال خاصة منها الأذيات الناجمة عن الانهيارات الثلجية أو الكوارث البحرية . ويكون هناك أيضاً نقص الحرارة وما يسمى بالحياة المعلقة (*Suspended Animation*) . وهبوط حرارة الجسم إلى أقل من ٢٢° مئوية (مع حرارة شرجية أقل من ٢٠° مئوية) هو غير عكوس ويعني الموت من جراء ضياع الحرارة .

الموجودات السريرية :

الدرجة الأولى لعضة الصقيع : وتتجلى بتقفع اقشاري في الأوعية الجلدية . ويصبح الجلد أبيض خدرأ وتكون الأجزاء المصابة عديمة الألم . وبعد التدفئة السريعة تحدث حمى تفاعلية خفيفة وعابرة ثم يعود الجلد بسرعة إلى حالته ولونه .

الدرجة الثانية لعضة الصقيع : وتحصل عند التعرض لبرد شديد . فبعد إحماء الجلد تظهر نفاطات تحت بشروية مصلية أو نزفية .

الدرجة الثالثة لعضة الصقيع : يحدث نخر نسيجي بعد فترة قصيرة من التعرض للبرد الأكثر شدة . تصبح الأقسام المصابة سوداء مزرقة ، قاسية ، عديمة الحس (راجع الشكل ١٣ - ٦) . وهنا تتطور إلى شكل جيد الإنذار من النخر الجاف (تجفف *Mummification*) يتظاهر بجلد بني مسود (خشكريشة) أو إلى نخر رطب (موات *Gangrene*) ناجم عن الأخماج الثانوية . ويفصل الجلد المتنخر عن الجلد السليم

حد فاصل . وإن الإنطراج الذاتي لجزء من طرف كالإصبع أو الأنخس قد يتطلب شهوراً .

الموجودات المجموعية : يغلب أن تغيب المظاهر المجموعية . إنما قد تؤدي تحربات النسيج العميقة والأوعية والعضلات والعظام والأعصاب ، بشكل متأخر ، إلى ظهور أعراض شخصية : حساسية غير عادية للبرد ، وحساسية نحو تبدلات الطقس .

السير : يتعلق الإنذار بدرجة اتساع عضلة الصقيع ، وإن الخمج الثانوي هو عامل يزيد الحالة سوءاً . يساعد الغول (الكحول) على حدوث توسع أوعية ونقص الحرارة وقد يؤدي إلى الموت بالبرودة .

المعالجة :

الجهازية : تعطى المشروبات الساخنة (شاي ، قهوة ، كحول) لتدفئة الجسم عامة . ويمكن أن تعطى علاجات متنوعة لدعم توسع الأوعية مثل : Carbamoylcholine Chloride ، والأستيل كولين ، و Tolazolin HCl ، وبيتابيريديل ميتانول ، و Buphenin HCl . وكاليدني نوجينار وديهدروإرغوتامين وبتوكسيفيللين .

الموضعية : إحياء النسيج المتجمدة بالإحماء العام مع ترك الأقسام المتجمدة باردة نسبياً . ومن المهم عدم تدفئتها بحمامات مفرطة الحرارة أو باللمبات الحرارية . وإن التدفئة السريعة للأقسام المتجمدة هو مضاد استطباب ، لأن عدم التناسب بين حاجة النسيج المدفئة للأكسجين ومخزون الأكسجين قد يؤدي إلى زيادة التخرّب النسيجي الموضعي .

تطبق التدفئة بواسطة حمامات حرارتها ٣٥° مئوية أو لمبات حرارية (٣٠ - ٤٠° مئوية) أو أعطية حارة . ويطبق ، علاوة على ذلك ، نفس المعالجة الموضعية المطبقة في الحروق . ومن المهم إبراز حدوث التحنط في تجمدات الدرجة الثالثة . ويجب عدم تطبيق ضمادات رطبة ، كما يحذر استعمال الذرورات أو أي شكل من أشكال الضمادات . ولا يجوز استعمال الوسائط الجراحية إلا بعد ظهور خط الفصل . ويجب تطبيق البتر الباكر عبر نسيج سليم في حال وجود موات رطب وقد يرافقه الإنتان .

الشرث Perniones :

المترادفات : Perniosis, Chilblains .

التعريف : يظهر الشرث بدرجات حرارة أخفض قليلاً من حرارة الغرفة . إنما يحتاج لاستعداد خاص بوجود خلل في الدوران المحيطي كاختناق النهايات . وتكون الأصابع زرقاء عمرة وذمية ، وثمة تورم النهائي عقيدي ، يكون غالباً واضح

الحدود ، إلا أنه قد يكون أحياناً منتشرأ وغير واضح الحدود . وتصبح الأصابع حين التدفئة مؤلمة بشدة . كما أنها تصبح حمراء لامعة نتيجة التبيغ المحدث بالحرارة .

الحدوث : خاصة في الربيع والخريف وأكثر ما يصيب الشبان المصابين بازرقاق النهايات ، وخاصة العاملون في الهواء الطلق في ساعات الصباح الباكرة والباردة : كالمزارعين أو بعد الإقامة في مناخ بارد ورطب . تصاب النساء أكثر من الرجال . وغالباً ما يبدى المريض اضطرابات محيطية مستقلة كزرقة النهايات ، أو الجلد المرمري ، أو زراق الساق الاحمراري أو فرط التعرق .

الإمراض : الذي له دلالة في إمراض الآفة هو حرارة أعلى من درجة الصفر بقليل مع رطوبة عالية وريج . وهناك تداخل بين الاضطرابات الوعائية الوظيفية المستقلة وبين درجات الحرارة المنخفضة التي تؤثر خاصة في الطقس البارد والرطب في الخريف والربيع . وأحد العوامل المسببة هو سوء التكيف مع تبدلات درجة الحرارة بين الدفء والبرد . ومن العوامل المساعدة الأحذية الضيقة ، الكلسات الرقيقة ، القفازات الضيقة والمناخ الرطب . وكثيراً ما يحصل الشرث عند نساء يعملن في المطابخ الباردة (أرض حجرية) أو لدى القضاين (برد ورطوبة) .

الموجودات السريرية : يصيب الشرث بشكل رئيسي ظهر الأصابع والأبأخس (راجع الشكل ١٣ - ٧) ، والأطراف السفلية ، القسم الأنسي للركبة والأقسام الجانبية للفخذ والورك . وتكون هذه الأقسام زرقاء محمرة ذات تورمات عقيدية النهاية وذمية . محددة غالباً ، أو منتشرة دون حدود واضحة . وحين تدفئتها يشعر المريض بحرق مع تحريش شديد وألم ، وتصبح حمراء لامعة بسبب التبيغ الناجم عن الدفء . وللشرث مظاهر متنوعة من الخطاطات الجريمية الصغيرة إلى العقيدات الضخمة المترافقة بنزف ونفاطات مرتفعة (الشرث الحويصلي Vesicular Chilblains) والتي قد تصبح متقرحة (الشرث المتقرح Ulcerated Chilblains) ومترافقة بجمج ثانوي .

التشريح المرضي النسيجي : غير نوعي ، التهاب تليفي في الأدمة السطحية ، وتوسع وعائي ورشاحة باللمفاويات والمنسجات مترافقة بوذمة في الأدمة السطحية . في الشرث الحويصلي نجد أيضاً حويصلات تحت بشرية ، وفي الشرث المتقرحي نجد نخرأ احتشائياً في البشرة والأدمة السطحية .

الأعراض : تهيج حارق يصيب المريض عندما يدخل إلى غرفة دافئة .

السير : في حال وجود استعداد للشرث نجده يتكرر لسنوات عديدة في حال تكرار الشروط الملائمة لظهوره . تخف الهجمات

مع تقدم السن ويكون الإنذار حسناً إذا أمكن تجنب البرد وتحسين الاضطرابات الوعائية .

التشخيص التفريقي : يوحى توضع الإصابة على ظهر اليدين والأصابع بالشرث الذأبي ، ويستحيل تمييزه عن الحمامى الجاسئة حينما تكون الآفات متفرقة ومتوضعة على الطرفين السفليين . قد توحى العقيدات الكبيرة غير المتفرقة والمتوضعة على الطرفين السفليين بالغرناوية كبيرة العقيدات (داء Boeck) . ويصعب تمييز الشرث الريبي عن الحمامى عديدة الأشكال التي لا تبدي الاندفاعات القزحية الهدفية النموذجية . ويصبح التشخيص أسهل في حال حدوث الشرث الريبي لدى مجموعة من العاملين في نفس الشروط المناخية وفي غياب الخمج بالحلأ البسيط أو غيره من الآفات الحموية أو الجرثومية .

المعالجة :

الجهازية : تحسين الدوران بموسعات الأوعية نافتي دروفوريل Naftidrofuryl ، بنتوكسي فيللين . بيرري بيديل Peribedil ، بيتا - بيريديل ميتانول ، كساتينول نيكوتينات . سيناريزين وغيرها .

الموضعية : التدابير الأكثر أهمية هي الوقاية من البرد والرطوبة المحيطة « ملابس جافة ، دافئة واقية وعازلة . ويشمل هذا : أحذية واقية ، جزمات مبطنة بالفراء ، جرابات صوفية ، سراويل داخلية طويلة ، قفازات عريضة ، تدفئة المرير في الشتاء ، الجزمات جيدة العزل مفيدة لأنها تحسن الدوران .

يوصى باختزان الدفء أو استعمال المواد المؤدية للتبيح : الحمامات الحارة ، مراهم ورهيمات حمض استربريزيل النيكوتينيك ، أو Nonanoic Acid vanillamide أو Nicotnic Acid Butoxyethyl ، أو تطبيق حجيرات الهواء الحار أو الحرارة النافذة ... إلخ . كما يطبق بخذر المغاطس متغايرة الحرارة للتدريب الوعائي . وفي الحالات الالتهابية الشديدة يوصى باستعمال السيروتويدات القشرية السكرية موضعياً أما في الحالات المتفرقة فيوصى بعلاج مرمم بالإضافة إلى المطهرات الموضعية في حال الالتهاب الثانوي ، والعلاج هنا مشابه لما يطبق في حالات قرحات الساق .

أشكال خاصة :

الشرث الجريبي Pernio Follicularis : وله مظهر نموذجي ، ويتظاهر على شكل حطاطات كثيرة العدد بحجم رأس الدبوس ، مبعثرة ، حمراء مزرقة ومتوضعة حول الجريبات الشعرية ومنتشرة على سطوح واسعة كالأطراف السفلية ، والفخذين ، والوركين أو الأوجه الباسطة للذراعين (راجع

الشكل ١٣ - ٨) . ونتيجة التقبض المستمر لعضلات الجريبات تُرى الأشعار عمودية على الجلد (جلد الإوز المستمر Cutis Anserina Perpetua) . ويحدث ، بالإضافة لما سبق ، فرط تقرن جريبي (تقران جريبي . حزاز شعري) . الأعراض الشخصية غير موجودة . ويمكن للشرث الجريبي ، أن يكون في بعض الأحيان مزعجاً من الناحية الجمالية وباستثناء بعض التخريش أو حس الحرق تبقى الحالة لدى بعض المرضى دون أن يشعروا بها . يؤهب الشرث الجريبي (للإصابة بالتهاب الجريبات المزمن والناجم عن الجراثيم والفطور .

الشرث الريبي الحاد Acute Spring Chilblains [Keining : ١٩٤٠] : ويظهر في فصل الربيع بشكل خاص لدى شبان مصابين بازرقاق النهايات ولدى عمال يعملون في الهواء الطلق في طقس بارد ورطب . تتجلى الاندفاعات الجلدية ببقع وحطاطات حمراء مرتفعة ملمساء ، تظهر بشكل متناظر على حافة الأذنين ، وظهر اليدين والذراعين ، والطرفين السفليين ، والآفة غير نادرة المصادفة ، وهي توحى بالحمامى العديدة الأشكال ، إنما دون ميل للتحوصل . يظهر الشرث الريبي بمجاثحات صغيرة لدى أشخاص معرضين لنفس الشروط البيئية . ويصنف بعض المؤلفين الشرث الريبي كشكل من الطفح الضوئي عديد الأشكال .

الشرث الحريفي : يظهر في فصل الخريف ويكون توضع الرئيسي على الساقين والقدمين ، ويظهر خاصة لدى العاملين في مناطق رطبة باردة ، وسيئة التدفئة .

شرى البرد Cold urticaria : (راجع بحث الشرى : الفصل ١١) .

وجود الغلوبولين القري في الدم (غلوبولينية القر) Cryoglobulinemia : (راجع نفس البحث - الفصل ٤٠) .

التهاب السبلة الشحمية بالبرد Cold Panniculitis : متلازمة نادرة ، تظهر دائماً لدى النساء البدينات . ويظهر بعد ٤٨ ساعة من التعرض الموضع للبرد عقيدات تشمل الجلد وما تحت الجلد . وهي عقيدات حمراء التهابية ومؤلمة شبيهة بالحمامى العقدية . وإن ركوب الخيل ، وخاصة لدى النساء ، في طقس بارد رطب . ودون ملابس مناسبة عازلة ، يؤدي إلى شرث في مناطق الخاصرتين والأكتين ، وعلى جانبي الفخذين ، يظهر نفس الاندفاع لدى الأطفال المعرضين للبرد أو لأنواع البوطة المتجمدة . أما التوضع الانتقائي لهذه الآفة فهو الأكتين ، والوركين ، والفخذين ، والقدمين وكذلك الرقبة والذقن المضاعفة .

اما من الناحية النسيجية فتشاهد رشاحة لمفاوية مصورية ، والتي تخرض تجريبياً بتطبيق قطعة جليد ويسمى هذا الشكل من التهاب السبلة الشحمية بالبرد : نخر الشحم بالبرد Adiponecrosis Frigore .

فرفرة البرد Cold Purpura : آفة نادرة تصيب النساء أكثر من الرجال . ويمكن إحداثها تجريبياً . تظهر على الأطراف المصابة باختناق النهايات وتنجلي بنمشات جريية نزفية صغيرة ومنتشرة . وقد تأخذ منظرأً شبكياً (تتوافق مع الجلد المرمرى) .

من الأسباب الممكنة وجود راصات البرد أو غلوبولين القرّ . وبالمقابل فإن الصفيحات ، وعوامل التخثر ، وعلامة Rumpel – leede تكون طبيعية .

التخرب الجلدي الناجم عن الكهرباء Skin : Damage from Electricity

قد تحدث أذيات جلدية بسبب التيار الكهربائي أو الصواعق . وتنتج الحروق الكهربائية عن تأثير الحرارة : قوس كهربائية ، الثياب المدفأة ، المعادن الحارة . وهي لا تختلف عن الحروق الحرارية العادية (راجع الشكل ١٣ - ٩) .

وتنتج الآفات الجلدية الكهربائية النموذجية عن حدثيات كهرب - آلية Electro - Mechanical . ونادراً ما تحدث آفات جلدية في الحوادث الناجمة عن تيار منخفض التوتر . وفي الحوادث الناجمة عن تيار عالي التوتر أو عن الصواعق ، تلاحظ آفات ، مكان دخول التيار وخروجه . ويختلف اتساعها حسب التيار ، ويتعلق مظهر الآفات بشدة التيار (الأمبير) . وقد تكون الاندفاعات واضحة الحدود ، مخططة أو نقطية ، على شكل انخماصات أو ارتفاعات ، يبيض لامعة ، أو سوداء . وقد يتطور أحياناً إثر تيار شديد ، اندفاع مدور وعميق وكأنه أحدث بالخرمة ، أو تقرح أو خشكريشة . ويمكن للمواد المعدنية التي يحملها الشخص كالحواتم ، والسلاسل أو القلادات ، والأساور والساعات والحشوات المعدنية أن تسبب آفات في الجلد ، وفي النسيج الضام أو العظام ، وتترك علامات على الجلد بسبب تشربه بالأكاسيد المعدنية . ويعرف التمدن Metallization بأنه تلون الجلد باللون البني أو الأسود في جوار المسرى الكهربائي Electrode نتيجة انتشار مركبات معدن المسرى بسبب تحلله الكهربائي .

أذيات الصاعقة Lightning Injury :

الأسس الفيزيائية : تحدث الصاعقة بين منطقتين محملتين بالغيوم الرعدية . وتبدأ برق ينتشر من الأعلى إلى الأسفل ويزداد

تدريجياً من الغيوم إلى الأرض محدثاً سلسلة من البروق هي السبيل الموصل للصاعقة . وإذا وصلت الشحنة الأولى للامسة الأرض ، يبدأ إفراغ الشحنة الرئيسي الذي يسير باتجاه معاكس ، من الأرض إلى الغيوم ، وتعود الشحنة التالية من الغيوم سالكة نفس السبيل إلى الأرض . وتنجم الموجات الصوتية للرد عن الانتشار الانفجاري للهواء عبر سبيل الصاعقة . كلتاها ، الضربة النازلة ، وإفراغ الشحنة الرئيسي قد تصيب الإنسان ، إذ ينشأ تيار شدته عشرات الآلاف من الأمبيرات خلال أجزاء الثانية ويصيب الشخص تياراً قوته مئات الألوف من الفولطات . ينفرغ القسم الأعظم من تيار الصاعقة بانتشاره على القسم الظاهر من الجسم . وتؤمن الملابس والجلد مقاومة تخفف التيار إلى عدة أمبيرات فقط تصيب الجسم . وبسبب هذا الانتشار على سطح الجسم يمكن للشخص الذي أصابته الصاعقة مباشرة أن يعيش . والأكثر خطورة هو البرق الصاعد الذي يحدث غالباً في قمم الجبال ، هنا لا يوجد انتشار خارجي منقذ للحياة . أما أسباب الوفاة في إصابات الصاعقة فهي توقف القلب ، وتوقف التنفس وحروق الجلد والأعضاء الداخلية ، والكسور ، والانفجار الآلي للأحشاء وخاصة الدماغ والنزوف الواسعة .

الوقاية من العواصف الرعدية : خارج المباني ، تعتبر السيارة الملجأ الأفضل (قفص فارادي Faraday Cage) إلا أن السيارات ذات السقف غير المعدني لا تعطي حماية كافية . أما في العراء فإن أفضل وقاية من الصاعقة هي أخذ وضعية القرفصاء ، الرأس إلى الداخل والأقدام بجانب بعضها وهكذا حتى تلامس الأرض بأصغر مساحة ممكنة . ويجب أن لا تلامس اليدين الأرض ، كما يجب عدم الوقوف تحت شجرة أثناء الصاعقة . وأثناء العواصف الرعدية يجب فصل الهواتف وأخذ التيار الرئيسية .

الموجودات السريية : أذيات الصواعق ليست نادرة المصادفة وتأخذ أشكالاً متشعبة عجيبة تشبه ورق السرخس ، أو تسبب تبدلات جلدية نخرية جافة تبدأ من مكان دخول التيار وتسمى « أشكال الصاعقة Lightning Figures » . وتشاهد أيضاً تبدلات جلدية مكان خروج التيار ، من الحماسي إلى التخربات النخرية المتفحمة . ويكون الجلد المصاب بصاعقة غير حساس للألم عادة . ونظراً لأن أذيات التيار الكهربائي تخرب النسيج تحت الجلد السليم أكثر من المتوقع ، لذلك فإن الشفاء يكون متأخراً ، وقد يحدث التهاب خفيف وحمج ثانوي أو ترفع حروري .

الموجودات المجموعية : تتعلق في حروق الكهرباء وفي ضربة

الحموض فتشبه الرق Parchment - like ، ويختلف لونها حسب نوع الحمض المسبب . يسبب حمض الكبريت في البدء تورماً مبيضاً وبعد ذلك تحدث خشكيات بنية أو سوداء . أما حمض الآزوت فيخلف خشكيات مصفرة (تفاعل بروتيني أصفر) . ويسبب حمض كلور الماء ندبات بيضاء متسخة . أما حمض فلور الماء فيؤدي إلى ندبات اتسكالية خضراء مصفرة عميقة . ويؤدي حمض البكريك إلى خشكيات بنية متسخة في مناطق جلدية ملونة بالأصفر . بينما يحدث حمض الكربوليك خشكيات بيضاء في البدء ، وتصبح بنية فيما بعد . كما أن الحموض العضوية يمكن لها ، إن كانت بتركيز عالٍ ، أن تؤدي إلى تأثيرات نخرية مثل حمض الحنظل وحمض الخل ثلاثي الكلور ، وحمض اللبن ، وحمض الليمون ، وحمض الخماض (راجع الشكل ١٣ - ١٠) كما أن المواد المزيله لقساوة الماء (المرسبة للكلس) أن تحدث نفس التأثيرات ، لدى عاملات المنازل في الأغلب .

القلويات : إن القلويات ، مثل الصود الكاوي ، والبوتاس الكاوي ، والأمونياك ، وسياناميد الكلسيوم ، والكلس ، والمستحضرات الحاوية على الكلس كالإسمنت ، ونفايات توماس Thomas Slag ، جميعها تؤدي إلى تنائر البروتين بتشكيل أحيات قلووية . يؤدي هذا التنائر إلى نخر تجمي Colliquative Necrosis يسمح بانتشار المحاليل القلووية النفوذة . وإن التخراب الجلدي في مثل هذه الحالة لا يكون محصوراً في منطقة التأثير بل يتشر إلى أقسام الجلد المجاورة والنسج العميقة . وتكون الخشكيات الناجمة عن القلويات بيضاء في البدء ، ثم تصبح متورمة أو هلامية ، وأخيراً تأخذ لوناً بنياً (تحول الهيموغلوبين) . ويكون التآكل دوماً في المنطقة المصابة تماماً ، ومن هذه المنطقة قد تحدث آثار منقطة . وإن الكي بالقلويات يكثر حدوثه في بعض الصناعات وخاصة صناعة الصابون .

السير : المناطق الأكثر إصابة هي المناطق المكشوفة من الجسم . وتمضي عادة عدة ساعات أو أيام بعد تشكل خشكيات التآكل حتى يظهر الالتهاب التفاعلي بشكل احمرار وتورم . وهنا فقط يظهر خط الفصل للمنطقة المتخثرة . ويجب إزالة الخشكيات لنسج بالشفاء الثانوي بالتجب وترم البشرة . ويمكن للاتسكالات العميقة أن تسبب ندبات وجدران مشوهة قد تحدد وظيفة العضو . وعادة ما يكون التندب بعد حروق القلويات أكثر حدة مما هو بعد حروق الحموض . كما تعرقل الأنحاج الثانوية حديثة الشفاء . وقد تترافق الآفة بتبدلات مجموعية : تخرب كلوي بعد كي واسع بالفينول .

الصاعقة بكمية الطاقة . وإن المظاهر العامة التي تعود إلى تأثيرات سمية تغيب في أذيات الكهرباء . أما النتائج المباشرة لانتشار التيار الكهربائي عبر الجسم فهي : الرجفان البطيني ، توقف القلب ، تخربات في النخاع والأعصاب ، وذمة دماغية ، اضطرابات سمعية وبصرية ، توقف التنفس ، انقطاع البول ، وبيلة الخضاب .

التشريح المرضي النسجي : غير نوعي ، وذمة حادة ، توسع في الأوعية الدموية ، ويلفت النظر وجود نخرات خثرية .

الإنذار : جيد ، إذا بقي المريض على قيد الحياة بعد الساعات الأولى .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : في الحالات الخطرة (بعد تيار عالي التوتر أو صاعقة) يوصى بإدخال المريض إلى قسم العناية المشددة ، ويجب الانتباه إلى القلب والدوران ، والكليتين بشكل خاص . وتنصب معالجة أذيات الصواعق على إنعاش الجهاز القلبي - الوعائي .

المعالجة الموضعية : معالجة موضعية محافظة (هلام ، ذرورات) ، عدا ذلك يعالج كالحروق .

التخربات الناجمة عن المواد الكيميائية

Skin Damage Due to Chemicals

الكي الكيميائي Chemical Cauterization :

المترادفات : الاتسكال Corrosion .

يمكن لعدد كبير جداً من المواد الكيميائية أن تحدث تخربات جلدية حين ملامستها للجلد ، وهذا هو مبدئياً التأثير الإتسكالي لبعض المواد الكيميائية . والمظهر الرئيسي هو نخر ناجم عن تخثر سمي . وتتعلق الأذية بتركيز المادة الكاوية وخواصها الفيزيائية ومدة التأثير . كما أن سماكة الطبقة المتقرنة أهمية كبيرة . وغالباً ما يحدث الكي الكيميائي في حوادث العمل (الإتسكال المهني) أو في الحوادث المنزلية (خاصة لدى الأطفال) . ويحدث الإتسكال أيضاً في الجلادات الخادعة Artefacta أو الفتيلة Factitial .

الحموض : يسبب ترسب البروتين بتأثير الحموض ما يسمى بالنخر التخثري Coagulation Necrosis . وعادة ما تكون الإتسكالات الناجمة عن الحموض ، سطحية وواضحة الحدود ، حيث أن الحمض يتعدل بسرعة . أما الخشكيات الناجمة عن

المعالجة :

لمعالجة الجهازية : في حال الضرورة قد نضطر لإعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية ومدرات البول .

المعالجة الموضعية : غسل وتمديد المادة المحترقة بالماء الغزير . وغالباً ما لا يفيد تعديل المادة القلوية . والأفضل استعمال الغول (٣٠ - ٥٠ ٪ خارجياً) ويستعمل كمضاد للفينول . في الحروق بمحضر كلور الماء ينصح بالاستئصال السريع . ويمكن تخفيف التفاعل الالتهابي الشديد بتطبيق الستيروئيدات القشرية موضعياً . والطرق الأخرى هي كالمستعملة في علاج التقرحات المزمنة ، وقد تفيد محاولة حل خشكريشة التآكل بالإنزيمات ، ومعالجة الجروح ، والوقاية من تشكل الجذرات بعد المعالجة باستعمال المراهم الحاوية على الهيارين أو مائثلات الهيارين .

الآفات الجلدية الناجمة عن الغازات السامة Skin lesions due to poison Gas

إن الآفات المتنتخرة الناجمة عن الغازات السامة كغاز الخردل Chlordiethylsulfide Lesions معروفة بشكل واسع حيث يحدث بعد ساعتين من التماس حمامي النهائية يظهر عليها بعد يومين نفاطات تفتتح بعد ٨ - ١٠ أيام تاركة سطحاً معرئاً ، متخراً أو جلياً ، يتطور ببطء شديد نحو الشفاء ، وبذلك فهو يختلط بالأخماج الثانوية بسهولة . وإن نفوذية الأسلحة الكيميائية سريع جداً والأمل الوحيد للتخلص من التلوث بالكولورامين هي في الدقائق الأولى من التماس .

اللويستيت Lewisite : تأثير مشابه ، إنما أسرع ، وسيره أفضل . ولإزالة تلوث الجلد يوصى بالعوامل المؤكسدة ويمكن استعمال الديمركابتول Dimercaprol (بالإنكليزية Bal ، Anti - Lewisite = 2.3 Dimercapto - 1 - Propanol) .

المواد السامة وتفاعلاتها الجلدية الموافقة :

المواد السامة التي تسبب تحريشاً في الجلد والمستعملة في المنزل والصناعة (لا تشمل الأدوية والمطهرات) :

الصدود الكاوي (منظفي المجاري ، البوتاس الكاوي وغيره من القلويات) .

الأغوال (Allyl Alcohol - مييد أعشاب) .

الكيلامين Alkylamine (مييد حشرات) .

اليلامين Allylamine (في صناعة اللدائن) .

الأمونيا (منظم) .

المركبات الزرنيخية (مييد حشرات ، مييد أعشاب) .

أملح الكوبالت (الصناعة) .

مركبات دي نيترو Dinitro (مييد حشرات ، كرات العث) .

الفورمالدهيد (الصناعة) .

حمض التمل (Formic Acid) لتنظيف الأفران .

الباراكوات Paraquate (مييد أعشاب) .

الهالوجينات ، حموضها ومشتقات أخرى كالبروم

Promine (تقنية Technology ، تعقيم التربة ، ميتيل

برومايد) . - والكلور (في المنزل ، حمض كلور الماء ، تحت

كلوريت الصوديوم Chlorohydrocarbons ، ومواد

التنظيف) . واليود (في الصناعة) . والفلور (في المنزل : فلور

هدروكاربون ، في دفع الارذاذات ، صناعة حمض كلور الماء ،

هدروفلوسيكليات ، فلوروهيدروكاربون) .

مييدات الحشرات .

الفوسفات العضوية (مييد حشرات) .

النباتات (كولشيسين ، إكزالات الكلسيوم) .

الزئبق ومعادن ثقيلة أخرى (الصناعة ، مييدات حشرات ،

مييدات الهوام) .

سلفيد الهيدروجين (تقنية ، غازات المجاري) .

أمثلة عن الارتكاسات الجلدية بمواد سمية :

التهاب الجلد التماسي بمواد عديدة .

العد (Dioxin, Perchlornaphthalene) .

تفاعلات جلدية بعد الامتصاص المجموعي لبعض المواد

(عبر الجلد ، المخاطيات ، السبيل المعدي المعوي) .

الحاصات (الهالوجينات ، السولفيدات ، التاليوم) .

التهابات الجلد (الهالوجينات ، مييدات الأعشاب ، مييدات

الحشرات ، النباتات ، المعادن الثقيلة) .

الطفحاحات الظاهرة (مييدات الحشرات ، المعادن الثقيلة) .

الحمامي عديدة الأشكال : المعادن الثقيلة) .

التقرانات (الانسجام المزمن بالمعادن) .

التصبغات (الانسجام الزرنيخي المزمن) .

الحككات (المعادن الثقيلة) .

التنخرات (Chlorinated Hydrocarbons ، القلويات ،

الحموض) .

الشرى (نباتات) .

مواد تتطلب انتباهاً خاصاً بسبب كثرة و/أو حدة تأثيراتها

الامتكالية السمية لدى الأطفال :

الغول (الكحول) الإيثيلي .

المسكنات ، مخفضات الحرارة .

قلوانيات البلاذونا Belladonna Alkaloids .

– الفازولين ، البترين ، التريبتين (في تسليم الأرض والأثاث) .

– الهيدروكربونات الكلورة Chlorinated Hydrocarbons (مزيلات البقع ، الحلات ، كرات العث ، الماذقات Diluents ، المحمرات ، ملمعات المعادن) .
– المطهرات (الأغوال ، الفينولات ، مركبات الأمونيوم الرباعية) .

– المنظفات (مستحضرات الغسل) .
– الهيدروكربونات المفلورة (دافعات الإرداذ) .
– مبيدات الأعشاب .
– مبيدات الحشرات (الكاربامات ، استر حمض ثيوفوسفوريك) .

– الشرابات المضادة للسعال والحاوية على الكودئين .
– أحادي أكسيد الكربون .
– القلويات (خاصة الصود الكاوي) .
– التريت (مزيلات الصدأ) .
– المخدرات Narcotics : الأدوية النفسية ، المركبات الباربيتورات ، بروم كارباميد) .

– نيتروسليلوز Nitrocellulose (الورنيش الآزوتي) .
– الفطور (المسكارين Muscarine سريع التأثير ، الفا أمانيتين : بطيء التأثير) .
– المستحضرات الزبقية .
– الحموض والفينولات .
– سلفيد الهيدروجين (غازات الأسمدة العضوية) .
– الثاليوم (سم الجرذان) .
– عض الحيوانات واللسع (أسماك ، حشرات ، زواحف) .
– سيانيد الهيدروجين وأملاحه .
– كلوريد الزنك HCl – Zinc Chloride (السوائل اللاصقة Soldering Fluid) .

الأمراض الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة : Skin Diseases Due to Ionizing Radiation

التهاب الجلد الإشعاعي الحاد والمزمن : Chronic Radiodermatitis

أهم أشكال الإشعاعات المؤينة ذات الأهمية في الطب هي أشعة غرنز Grenz ، وأشعة رونتجن (الأشعة السينية) . وأشعة غاما الناجمة عن الفعالية الإشعاعية للكوبالت أو الراديوم أو البود ، إلخ ... وأندر منها أشعة بيتا الناجمة عن السترونتيوم (لم تعد تستعمل في الوقت الحاضر) ، وأخيراً أشعة ألفا ومصدرها الرئيسي ثوريوم – اكس والتي لم تعد تستعمل في

العديد من البلدان . والأكثر استعمالاً هي أشعة غاما وأشعة رونتجن .

التهاب الجلد الإشعاعي الحاد : Acute Radiodermatitis

المرادفات : التهاب الجلد بأشعة X ، التهاب الجلد بأشعة رونتجن .

التعريف : يظهر التهاب الجلد الإشعاعي الحاد بعد التعرض لأشعة رونتجن غالباً بعد زمن حضانة يمتد من ٦ – ١٢ يوماً . تؤدي الإشعاعات التي تزيد عن ٧ Gy إلى حمى أشعة رونتجن .

التهاب الجلد الإشعاعي – الدرجة الأولى : ويتعلق بغير الأشعة والمنطقة المشععة ، ويتجلى بحمى حمراء عبقة ، يتلوها تصبغ نقطي منتشر . يحدث توقف في عمل الغدد الزهمية وخاصة عابرة . يبدأ سقوط الأشعار بعد ٣ أسابيع من تطبيق الأشعة ويعود الشعر للنمو من جديد بعد ٤ – ١٢ أسبوعاً . وقد استعملت هذه الطريقة العلاجية من أجل إسقاط الشعر المؤقت شعاعياً .

التهاب الجلد الإشعاعي – الدرجة الثانية : تؤدي الجرعات الأخرى من الأشعة (٨ – ١٠ Gy) إلى الدرجة الثانية من التهاب الجلد الإشعاعي ، حيث تحدث حمى التهابية مع وذمة ونفاطات ، وفقد أشعار وألم وإصابة الغدد الزهمية والأظفار والقسم الأكبر من الغدد العرقية .

التهاب الجلد الإشعاعي – الدرجة الثالثة : وتشمل على أذية شعاعية سمية مع نخر في النسيج العميقة والمظهر الأولي هو تقرحات مؤلمة (قرحات أشعة رونتجن الحادة) ، تشفى هذه القرحات ببطء شديد مخلفة عقابيل .

المعالجة : تتطلب معالجة تقرحات رونتجن الحادة استعمال مستحضرات ستيروئيدية ومسكنات . ويمكن أن تفيد مضادات التهاب جهازياً (إندوميتاسين) . ويوصى أحياناً بالذروورات والمطريات أو الودلين الأبيض وخاصة إذا كنا نخشى من حصول تآكل ، كما يحدث في المعالجة الإشعاعية لأورام الجلد الخبيثة وفقاً لعمق النسيج الذي تأثر بنصف الطاقة الأعظمي وتبعاً لجرعة أشعة رونتجن (حوالي ٣,٨ Gy) .

التهاب الجلد الإشعاعي المزمن : Chronic Radiodermatitis

الموجودات السريرية : هي من العقابيل المتأخرة ، وتظهر بعد سنتين وحتى بعد عدة عقود من التعرض للأشعة وقد تحدث بعض تعرض لأشعة بجرعة ١٢ – ١٥ Gy . وقد تتطور بعد

والحالة للمغراء كما تستعمل في قرحات الساق . ويجب منع حدوث الأحماج الثانوية الجرثومية والفطرية (مبيضات بيض) . ويمكن تطبيق المراهم الستيرويدية لفترة قصيرة للاستفادة من أثرها المضاد للالتهاب ، إنما هي غير مستطبة لأنها توقف التحبب وتسبب توسع القرحة . نلجأ عادة للاستئصال الواسع لقرحة رونتجن والتهاب الجلد الإشعاعي بواسطة الجراحة الرأبئية ، وتحتاج عادة إلى شريحة جلدية بعد بدء التحبب .

الجلادات الضوئية Photodermatoses :

يلعب الضوء ، وخاصة أشعة الشمس ، دوراً رئيسياً في عدد من الآفات الجلدية وقد أدى ذلك إلى ظهور عدد من الاختصاصات : البيولوجيا الضوئية Photobiology ، والتشخيص الضوئي ، والمعالجة الضوئية . وترتبط كثير من الجلادات بشكل مباشر أو غير مباشر بالضوء ، وتمتد من حرق الشمس عبر الانسجام الضوئي والأرج الضوئي ، وحتى الآفات الجلدية الحميدة والمزمنة ، والآفات الجلدية الخبيثة (المران ، وسرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة وسفية الخلايا والملائوم الخبيث) .

العوامل الفيزيائية :

الضوء هو جزء من الطيف الكهرمغناطيسي . أما أطوال الموجات المسؤولة عن التفاعلات البيولوجية الضوئية والمؤدية للجلادات الضوئية موجودة في الجدول ١٣ - ٢ . والموجات الكهرمغناطيسية الآتية من الشمس والتي تلعب دوراً في التفاعلات الحيوية - الضوئية هي : الأشعة فوق البنفسجية ، والضوء المرئي . وتشكل الأشعة فوق البنفسجية حوالي ١٠٪ من طاقة الطيف الشمسي ، أما الضوء المرئي فيشكل حوالي ٥٠٪ . وما تحت الحمراء حوالي ٤٠٪ . وعلى أي حال ، فإن هذه النسب تتعلق بنحط العرض الجغرافي ، وتوضع الشمس الفصلي ، والوقت من النهار والغيوم المغطية . وتقسم الإشعاعات ما فوق البنفسجية غير المرئية إلى ثلاث مناطق ، ويرتكز التصنيف على العوامل الفيزيائية - حيوية كالكفاءة على إحداث الحماى أو التصبغات الملانية .

الأشعة فوق البنفسجية C [UVC] : لا توجد على سطح الأرض عادة ، حيث أن الأمواج القصار للأشعة فوق البنفسجية والصادرة عن الشمس يمتصها الغلاف المحيط . ويمكن إنتاج UVC صناعياً : مصابيح Xenon ، مصابيح بخار الزئبق . ويمكن إيقاف هذه الأشعة بواسطة مراحش حيث أن UVC قاتلة للمتعضيات الصغيرة ، فهي تستعمل لهذه الغاية : تعقيم الهواء من الجراثيم . تسبب UVC حماى تظهر على الجلد

تهاب جلد إشعاعي من الدرجة الثانية أو الثالثة . كما يمكن أن تظهر بعد معالجات إشعاعية متكررة بجرعات خفيفة ، كما تحدث عند معالجة الآفات الجلدية المعادة . ويمكن أن تحدث أيضاً بتأثير تراكمي على أيدي طبيب الأشعة أو الجراح ، غير انخمية بشكل كاف (راجع الشكل ١٣ - ١١) . ويبدو التهاب الجلد الإشعاعي المزمن ، في منطقة التعرض للأشعة ، على شكل جلد متصلب ضامر يرافقه ضمور في الملحقات واضطراب في تشكل الصباغ (فرط أو نقص تصبغ بقعي) ، وتوسع في الشعيرات ومران رونتجني ، وهكذا يظهر ما يسمى « تبكل الجلد Poikloderma » . حيث يكون الجلد ضامر الأظفار ، ناعماً وجافاً ، وتكون الأظفار متشققة (راجع الشكل ١٣ - ١٢) . وإذا توقف التهاب الجلد الإشعاعي في هذه المرحلة نعتبره سليماً . إنما يجب أن نعلم أن هذه المرحلة ليست نهاية المطاف . بل هو تفاعل جلدي التهابي مزمن ومترقي ومليف وإن التهاب الجلد الإشعاعي الذي يحدث بعد التعرض لأشعة غرنز أو ثوريوم إكس ، يكون سليماً لأن هذه الأشعة تأثيراً سطحياً فقط .

القرحة الإشعاعية أو قرحة رونتجن : يكون الدوران الدموي في المركز الضامر لالتهاب الجلد الإشعاعي ضعيفاً مع وجود التهاب مزمن مما يؤدي إلى تقرح مركزي أو قرحة رونتجن المزمنة (راجع الشكل ١٣ - ١٣) . ويكون ذلك تالياً لرضوض خفيفة أو بسبب نقص وارد الأكسجين النسجي . وتكون القرحة واضحة الحدود ، ومغطاة بطبقة صفراء دهنية ملتصقة بشدة تدعى « خشكريشة رونتجن » . لا يوجد ميل للتحبب وبالتالي تتميز قرحات رونتجن ببطء شفاؤها . ويفشل عادة العلاج المحافظ ، ومن الضروري إجراء الاستئصال والطعيم الجلدي .

سرطانة رونتجن أو السرطانة بالتشعيع Radiation or Roentgen Carcinoma : من الشائع التطور المتأخر لقرحة رونتجن إلى سرطانة حيث تبدو السرطانة بتنشؤ قاسر ومتقرن يشبه التقران السفعي وتسمى « تقرانات رونتجن » للتفاصيل (راجع الفصل ٥٥) . ويكون هذا التقران مقدمة للسرطان Precarcinoma . فإذا شعرنا بالجلس بارتشاح قاسر ، دلنا ذلك على وجود سرطانة إشعاعية . يظهر هذا الاختلاط عند حوالي ٢٠٪ من المرضى . ونادراً ما ينتشأ ورم ملائي أو غرن على النسيج الضام المتنكس .

المعالجة : من الواجب إخضاع المريض لمراقبة مستمرة وذلك للوقاية من حدوث التقرح وكذلك من الاستحالة السرطانية . وبصورة عامة ، من الضروري الترطيب بمرهم Bland . ويجب استئصال التقرانات باكراً . تستعمل المراهم الملطفة

خلايا البشرة ، والنسيج الضام ، والأوعية الدموية ، وتبدلات في الدنا DNA والرنا RNA والبروتينات والغشاء الخلوي . وهذا ما يلعب دوراً هاماً في حدوث التمرطن .

تؤدي إشعاعات UVB ، التي تزيد عن الجرعة الحمامية الصغرى (Med - UVB) ، إلى تحريات سمية نسجية نموذجية في الخلايا المقرنة Keratinocytes البشرية . وحسب مقدار الجرعة تحدث وذمة داخل الخلايا وبينها ، وخلايا خلل تفرن (خلايا حرق الشمس ، خلايا البيض المقلبي (Fried Egg Cells) كما تتوسع الأوعية في الأدمة السطحية وتوجد رشاحة النهائية خفيفة حول الأوعية .

الأشعة فوق البنفسجية A [UVA] : هي جزء من ضوء الشمس الاعتيادي يصل إلى الأرض . لا تسبب بمقاديرها القليلة أية حمى أو تصبغات . إلا أن العيارات العالية تؤدي إلى حمى وتصبغ مباشر . وحين تشاركها مع UVB فإنها تسبب حمى شديدة (التزايد الضوئي) . كما يمكن للأشعة UVB بجرعاتها العالية أن تؤدي ، وحتى دون حدوث حمى بدئية ، إلى تصبغات مباشرة ودائمة . ويمكن إصدار UVA بعدد من الوسائط التشخيصية والعلاجية . وإن لمصاييح بخار الزئبق خط إصدار قوي في موجة طولها ٣٦٥ ن . م كما أن المصاييح المتألقة المستعملة في المعالجة الضوئية أو الكيمياء - ضوئية تصدر بشكل رئيسي مجال أشعة UVA . لا تحترق الجرعات القليلة من UVA المتلحمة ، إنما تقوم بذلك حين إشراكها مع محسسات الضياء . وهي أشعة تحترق زجاج النوافذ ولذا يجب التفكير بالجلادات الضوئية الناجمة عنها حين التعرض عبر زجاج النافذة أو السيارة . وعلى النقيض من UVB فإن جرعات تصل حتى ١٠٠ جول/سم^٢ من UVA لا تسبب تبدلات نسجية في البشرة كما أنها لا تسبب توسعاً وعائياً في الأدمة السطحية .

قياس الجرعة الشعاعية Dosimetry : كما في حالة المعالجة بأشعة رونتجن . فإن للأشعة فوق البنفسجية وحدات محددة .
الواط = نتاج Output أو شدة المصباح
الواط × الثانية = جول (ج : J)
الجول = وحدة الطاقة

على سبيل المثال : نتاج مصباح زئبقي يعطي بالواط (W =) أو ميلي واط (م . و = mW) . ونعبر عن ذلك بوحدة المساحة مثل : $\frac{W}{\text{سم}^2}$ أو $\frac{mW}{\text{سم}^2}$ ($\frac{W}{\text{سم}^2}$ ، $\frac{mW}{\text{سم}^2}$) . أما وحدة الجرعة : القدرة المعطاة ج (J) ، معطاة لوحدة المساحة (سطح الجلد) : $\frac{W \times S}{\text{سم}^2} = \frac{J}{\text{سم}^2}$. وهكذا نعبر عن الجرعة في الاختبار الضوئي أو المعالجة الضوئية بالوحدة

بعد حوالي ست ساعات من التعرض ، كما يمكن أن تظهر تصبغات جلدية خفيفة . تحترق إشعاعات UVC المتلحمة والقرنية لذلك يجب لبس نظارات خاصة محكمة الإطباق Gobblers حين التعرض لها . وإن زجاج النوافذ يوقف مرور هذه الأشعة .

الجدول ١٣ - ٢ : أجزاء الطيف الكهرمغناطيسي

الإشعاع	طول الموجة (ن . م)
أشعة غاما	٠,١٤ - ٠,٠٠٥
أشعة رونتجن	١٠ - ٠,٠١
أشعة فوق البنفسجية	٤٠٠ - ١٠٠
UVC	٢٨٠ - ٢٠٠
UVB	٣٢٠ - ٢٨٠
UVA	٣٢٠ - ٤٠٠
الضوء المرئي	٧٦٠ - ٤٠٠
الأشعة تحت الحمراء	٧٠٠ <
الأمواج الحرارية	٥١٠ × ٢ × ٢ <

مقتبس عن CRC كتاب الكيمياء والفيزياء - الطبعة ٦٩ - Boca Baton ١٩٨٨ تعاريف أخرى ٢٩٠ ، ٥٣١٥ ، ٣٨٠

الأشعة فوق البنفسجية B [UVB] : توجد في ضوء الشمس الطبيعي وتصل سطح الأرض كما يمكن إنتاجها بواسطة منابع ضوئية صناعية تستعمل للتشخيص والعلاج ، تنتج مصاييح بخار الزئبق أشعة قوية ذات موجات أطوالها ٢٩٧ ، ٣٠٣ و ٣١٣ ن . م . تحترق UVB المتلحمة والقرنية إنما بنسبة أقل من تأثير UVC . ويجب أن يلبس العاملون في مصادر طاقة UVB الصناعية نظارات واقية حين التعرض للضوء الشديد . يوقف زجاج النوافذ القسم الأكبر من UVB ولذا لا يحدث حرق شمس بسببها خلف زجاج النوافذ ، وإنما تحترق الكوارتز والماء ؛ ولذا يمكن للشخص أن يصاب بحروق أثناء السباحة . أما التأثيرات الحيوية للأشعة فوق البنفسجية ب UVB فهي : الحمى (حرق الشمس) وهي متوسطة بالبروستاغلاندين وتظهر بعد ١٢ - ٢٤ ساعة من التعرض ؛ التصبغ (الدبغ) ويظهر بعد ٤٨ - ٧٢ ساعة من التشعيع . وإن هذه الأشعة هي الوسيط الرئيسي لتحويل ٧ - ديهيدروكولسترول إلى الشكل الفعال حيويًا للفيتامين د ٣ . وتشمل تأثيراتها السلبية تحترقاً جلدياً حاداً ومزمناً . ويشمل التخریب الحاد أو المزمن

البروتين $uvrC$ فإن بوليميراز الدنا I تلتصق مكان الفرضة وتضيف نوويديت إلى النهاية (3) حسب القواعد الأساسية للجمع . تحدث البوليميراز فرضة ثانية في السلسلة لتحرر المنطقة المتأذية (٤) أخيراً ، تغلق الفرضة (السهم) برابطة الدنا DNA Ligase ، وهذا يتم الترميم .

الترميم عقب التنسخ **Postreplication Repair** : [الشكل ١٣ - ١٥] يتداخل في التنسخ مشوي من البيريميدين (١) يمنع من حصول الثني الرئيسي على طول الطاق الأم المتمططة ، مشكلة فجوة عقب التنسخ مقابل إحدى طيقتان الدنا المتمططة . يلتصق البروتين $RecA$ (الملون) على منطقة وحيدة الطاق (٣) وتجعلها على استقامة مع المنطقة الموافقة للطاق التوأم . وعندما يتم الثني ويصبح متجانساً تحدث فرضة على المزدوجة **Duplex** (٤) يغير البروتين $RecA$ مكانه من نهاية المزدوجة الأم إلى الفرضة مؤدياً إلى حصول تبديل طاق متصالب (٥) يمكن أن يترم القسم العلوي من المزدوجة المتغايرة **Hetero - Duplex** بواسطة بوليميراز الدنا DNA . يتحرر البروتين $RecA$ ويتعامل مع الطاق المقابل بنفس التسلسل وبواسطة إنظيمات الترميم بالتر (٦) وأخيراً يحدث انقطاعين في منطقة التبادل التصالي (٧) وتم الحادثة مشكلة جزيئات لمزدوجتين غيريتين سليمتين (٨) .

الحمامي وحرق الشمس **Erythema and Sunburn** :

لقد ثبت أنه من الناحية العملية يمكن تحديد مقدار الجرعة من UVB الذي يؤدي إلى حمامي صريحة بعد ٢٤ ساعة من تطبيقها وأطلق عليه اسم « الجرعة الحمامية الصغرى ج. ح. ص **[MED - UVB] Minimal Erythema Dose** » ، وهي أصغر جرعة من الأشعة UVB التي تسبب احمراراً متجانساً ذا حدود صريحة . وتحدد هذه الجرعة باستعمال جرعات شعاعية متدرجة (وهذا ما يسمى بالخطوات الضوئية **Lichttreppe**) . ويجب أن يكون عيار الجرعات المتعاقبة ١ : ٤ ، وتقرأ النتيجة بعد ٤٨ ساعة . وتعلق الجرعة الحمامية الصغرى بنمط جلد المريض والمنطقة المختبرة من الجسم . ويجب أن يجرى الاختبار على منطقة من الجلد غير معرضة للضياء وغير متصبغة كالألتين مثلاً . وتعلق كمية الطاقة المعادلة للواحد من الجرعة الحمامية الصغرى من الأشعة فوق البنفسجية ب ($UVB.1 - MED$) بطول الموجة . وللحصول على ج. ح. ص في مجال أشعة UVB يساوي ٣٠٠ ن. م نحتاج لحوالي ٠,٣٨ - ٠,٥٣ جول/سم^٢ . وللحصول على ج. ح. ص في مجال أشعة UVC يساوي ٢٥٠ ن. م ، نحتاج ٠,٢٠ جول/سم^٢ ، ونحتاج

$\frac{J}{cm^2}$. هذا وإن معرفة مدة الإشعاع لوحدها ليست دليلاً معيارياً مناسباً . وترتبط صلاحية هذه المعطيات مع التوزع لطيفي للمصدر الضوئي والحساسية الطيفية لمقياس الجرعات . نستعمل .

مقاييس الجرعات الشعاعية **Dosimeters** : أجهزة معايرة UVA و UVB متوفرة في جهاز معايرة يدوي صغير ، إلا أنها قليلة الاستعمال . والأكثر استعمالاً ودقة هي أجهزة تستعمل في قياس مجال الأشعة فوق البنفسجية UVA و UVB وذراها وهو متوفر (**Centra, Osram**) . وهناك أجهزة قياس أدق هي الألياف الحرارية التي تعطينا النتائج بالواط أو بالجول . ويجب أخذ عامل المسافة والوقت بالحسبان .

آليات ترميم الدنا **DNA Repair Mechanisms** :

هناك ثلاث آليات ترم بها الخلايا الدنا المتأذي بتأثير الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المرئية :

التنشيط الضوئي **Photoreactivation** : بعد التعرض للأشعة ما فوق البنفسجية تتكون مشويات **Dimers** البيريميدين نتيجة تشكيل حلقة السيكلوبوتان . وإن أقسام الجزيئات المتأذية ترم وظيفياً في نفس المكان . يتكامل الإنشطار بواسطة أنظم نوعي ومعمونة أشعة طول موجتها ٣٠٠ - ٤٥٠ ن. م ، ومنه أتت التسمية « التنشيط الضوئي » وإن وجود هذه الآلية السريعة مشكوك به لدى الإنسان مقارنة مع باقي الفقاريات .

الترميم بالتر **Excision Repair** : تزال القطعة المتأذية من الدنا ويعوض عنها بنوويدي **Nucleotide** طبيعي وهكذا تعود وظيفة الدنا إلى حالتها السوية . تعرف هذه الآلية أيضاً بالآلية « القطع والرتق **Cutting and Patching** » ، وهو شكل من الترميم بالظلام **Dark Repair** ، وبالمقارنة مع التنشيط الضوئي ، فإن مشاركة الضوء هنا ليست ضرورية . ويمكن جعل الترميم بالتر مرئياً بالتصوير الشعاعي الذاتي **Autoradiography** ، وذلك بوسم التيميدين $[^3H]$. تعرف هذه الظاهرة أيضاً بتركيب الدنا غير المنظم ، لأن الزوج الأساسي يتركب من جديد ، ولا تظهر طفرات . أما المريض المصاب بجفاف الجلد المصطبغ من الأنماط **A - G** فتكون لديه آلية الترميم بالتر معيبة وذلك نتيجة نقص نشاط الإندونوكلياز ، مما قاد لإيجاد علاقة بين آلية تكون السرطان وسوء ترميم الدنا في هذا المرض .

الآلية : نرى في الشكل (١٣ - ١٤) مخططاً إجمالياً للسبيل الرئيسي للترميم بالتر (١) في البدء تتحد البروتينات $uvrA$ و $uvrB$ في القطعة المتأذية (٢) تشكل فرضة (السهم البنفسجي) في النهاية (٥) من المنطقة المتأذية (٣) بوجود

أنماط الجلد Skin Types :

إن التفاعلات الحيوية : الحمامي ، و حرق الشمس ، والتصبغ ، والنفاطات الضوئية ، والتفاعلات السمية الضوئية ، والتأثيرات التي تظهر متأخرة ، والمرتبطة بالضوء ، كالتقران الضوئي ، وسرطانة الخلايا القاعدية ، والسرطانة وسفية الخلايا ، والشامة الخبيثة ، كل هذه التفاعلات تتعلق بنمط الجلد ، ومستقله عن كمية القدرة المنبعثة من ضوء الشمس الطبيعي أو من منبع صناعي .

فالنمط I والنمط II ، أشخاص لون جلدهم فاتح ، عيونهم زرقاء ، شعرهم أشقر أو أحمر مشقر مع وجود نمش . وعلى أي حال هناك كثير من الأشخاص من هذين النمطين شعرهم بني غامق و عيونهم خضر أو بنية . وإن الأشخاص من هذين النمطين معرضين بشكل خاص إلى الإصابة بأذيات الضوء المزمنة في جلودهم .

التصبغ Pigmentation :

يظهر التصبغ أو الدبغ Tanning عبر تحريض الخلايا الصباغية . وتغيز نوعين من التصبغات :

التصبغ العاجل (التصبغ المباشر أو تقويم الصباغ العاجل) : [Meirowsky 1909 و Hausser : ١٩٣٨] : ويظهر فوراً بعد إيقاف التعرض للأشعة ، وحتى أثناء التعرض لأمواع UVA تصبغ رمادي ، أو يميل إلى اللون البني ، ويميز بوضوح عن التصبغ الآجل ذي اللون النحاسي أو لون القهوة . وينجم التصبغ العاجل بشكل رئيسي عن الأمواج بطول ٣٢٠ - ٥٤٥ ن . م . ويلزم عادة ٥ - ٢٠ جول/سم^٢ حتى تحدث هذه الظاهرة . كما يظهر التصبغ العاجل أيضاً بعد التعرض لأشعة الشمس وكذلك بعد إعطاء جرعات كبيرة من UVA خلال المعالجة الكيما - ضوئية أو بعد استعمال مرهم جلدي لغايات تجميلية . يزول التصبغ العاجل عادة بعد دقائق أو ساعات . وإن إعطاء جرعة عالية وحيدة من UVA أو جرعات أصغر متكررة يمكن أن يؤدي إلى تصبغ من النوع الآجل . وينجم التصبغ الآجل من أكسدة طليعة الملانين عديم اللون ، وربما بشكل متواقت مع هجرة معقدات الجسيمات الملانية من المناطق حول النووية إلى التشعبات الغصينية للخلايا الملانية وكذلك إلى هوى الخلايا المقرة .

التصبغ الآجل (التصبغ غير المباشر أو التصبغ الآجل ، الدبغ) : ويظهر بعد حوالي ٢٤ - ٧٢ ساعة من التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية سواء من مصدر صناعي أو من مصدرها الطبيعي في أشعة الشمس . والأمواج ذات طول

ما يعادل UVA في مجال ١٠٠٠ مرة أكثر مما نحتاجه في المجال السابق ، أي بين ٢٠ - ٥٠ جول/سم^٢ . وإذا لم يجر تحديد مخالف ، فإننا نعني بالجرعة الحمامية الصغرى (ج . ح . ص MED) : الأشعة فوق البنفسجية B . في يوم مشمس غير غائم ، قد يصل إلى الجلد حوالي ٢٠ ضعفاً من ج ح ص من الأشعة UVB .

المجدول ١٣ - ٣ : تصنيف أنماط الجلد والتفاعلات الجلدية التي تتلو أول ٣٠ دقيقة من التعرض لشمس الصيف

النمط	حرق الشمس	الدبغ
I	دائماً	أبداً
II	عادة	أحياناً الدبغ أقل من المعدل
III	أحياناً	دائماً ، الدبغ حول المعدل
IV	نادراً	دوماً : الدبغ أكثر من المعدل
V	العروق البشرية ذوي البشرة القاتمة (*) من حوض البحر الأبيض المتوسط	
VI	المكسيكيين والهنود .. إلخ الزنوج	

* بعد تعريض شديد للأشعة فوق البنفسجية ، قد يحدث حرق شمس وتصبغ إضافي حتى في هذه الأنماط الجلدية (مقتبسة عن Fitzpatrick : ١٩٧٥) .

الجرعة السمية الضوئية الصغرى Minimal Phototoxicity Dose (MPD) : وهي الجرعة الأقل من UVA ، والتي ، مع وجود عامل محسن للضياء ، تؤدي إلى ظهور حمامي متجانسة ، حدودها واضحة حين قراءة MPD يمكن أن تشمل أيضاً الاصطباغ التالي للإشعاع . وتحدد MPD بنفس طريقة تحديد MED إلا أنها أدنى منها ، وتقرأ النتيجة بعد ٤٨ - ٧٢ ساعة (بسورالين) حيث تبلغ الحمامي السمية الضوئية ذورتها . وتستعمل MPD حين بدء المعالجة الكيما - ضوئية : المعالجة بالبوفا PUVA (بسورالين + UVA) حيث تحد MPD جرعة البدء الدقيقة (لكامل الجسم) . متجنين مخاطر زيادة الجرعة . وتعطينا MPD معلومات عن درجة الحمامي وكذلك عن التصبغ . وكما هو الحال بالنسبة للجرعة الحمامية الصغرى ج . ح . ص ، فإنها تتعلق بنوع الجلد والمنطقة المعرضة . حيث تجرى الاختبارات على مناطق غير معرضة للضوء وغير مصطبغة : الأليتين . ويحدد MPD بالوحدة ج/سم^٢ . وفي المعالجة بالبوفا PUVA تكون جرعة بدء العلاج بحدود ٠,٢ - ٢ ج/سم^٢ .

التزايد الضوئي Photoaugmentation :

ثبت خطأ الفكرة المبكرة التي تقول إنه قد يكون للأشعة UVA تأثير واقٍ ضد UVB وذلك بإحداث تصبغ مبكر . فبعكس ذلك ، من الواضح أن عتبة الحمامي للأشعة UVB تنقص إذا سبق التعرض لإشعاع طويل الموجة من UVA . وتعرف هذه الظاهرة بالتزايد الضوئي وتعرف كما يلي : إن استعمال أشعة طويلة الموجة من UVA بجرات تؤدي إلى تصبغ عاجل ، يزيد التأثير الحمامي للإشعاعات متوسطة وقصيرة الموجة (UVC, UVB) بفعل تراكمي .

سريرياً ، تظهر حمامي محددة تعادل أكثر من الواحد من MED مباشرة بعد تطبيق نصف جرعة MED - UVB ونصف جرعة IPD من UVA . نسيجياً ، يلاحظ بعد التزايد الضوئي مجموعة من خلايا متأذية بالضيء ذات خلل تفرز ، وخلايا متأذية تحوي فجوات (خلايا حرق الشمس) . ومن المؤكد أن فعل التزايد الضوئي يلعب دوراً هاماً في ازدياد حدة حرق الشمس وفي الأذيات الضوئية المزمنة والمؤدية إلى التسرطن الضوئي .

الأشنان الضوئية Lichtschwiele :

هو تعبير باللغة الألمانية (Licht = ضوء و Schwielen = شن) (ميشر ١٩٤٠) . ويدل على تسمك في الطبقة المتقرنة ، شواك وزيادة في الملائن التالي للحمامي أو الأشعة فوق البنفسجية المصبغة . أما الحاجز الفعّال الواقٍ من تشكل الحمامي إثر التعرض للأشعة فيشمل الطبقة المتقرنة ، والملائن الموجود في معقدات الأجسام الملائية الموجودة في خلايا الطبقة القاعدية وخلايا الطبقة المالبكية . ويتداخل في الوقاية أيضاً الشواك الضوئي (تسمك البشرة التالي للإشعاع) . فالطبقة المتقرنة الموجودة في جلد الجذع مثلاً والتي تشمل ١٥ - ٢٠ طبقة من الخلايا المتقرنة هي حاجز غير كاف بينا في الراتين والأخصين حيث يكون عدد الطبقات المتقرنة من ٨٠ - ٢٠٠ طبقة فإنها تشكل واقياً ممتازاً . ويؤدي التطبيق المتكرر للأشعة فوق البنفسجية إلى زيادة عدد الطبقات المتقرنة إما مباشرة ودون حدوث تبدلات نهائية ، أو غير مباشر ، عبر آلية النهاية في البشرة (حرق الشمس) . إن تسمك الطبقة المتقرنة ، الشواك وزيادة الملائن ، مشاركة مع بعضها ، تعطي حماية جيدة ضد الضوء ويبقى الشواك التالي لأشعة الشمس لأسابيع ويتراجع تدريجياً في فصل الشتاء .

منايع الإشعاع Radiation Sources :

يستعمل في الأمراض الجلدية مجموعة كاملة من الأجهزة

تقريباً يبلغ ٢٩٧ ن . م لها أقوى تأثير مصبغ . وتؤدي جرعات من ١ - ٢ MED من UVB إلى التصبغ أيضاً . وإن التعرض لطيف وحيد اللون بطول ٣٠٠ ن . م وبحوالي ٢٠ - ١٠٠ م . جول/سم^٢ يحرض حدوث تصبغات متأخرة ، وحسب إتساع التصبغ فإنه قد يستمر لأيام أو لأسابيع ، وترتبط نسبة الملائن المتشكلة بعوامل وراثية وهرمونية .

تتوضع الخلايا المنتجة للملائن (الخلايا الملائية) في الطبقة القاعدية للبشرة . ويقدر تقريباً أن خمس إلى ثمن الخلايا القاعدية هي خلايا ملائية . وتحت التأثير المحرض للأشعة فوق البنفسجية يزداد عدد معقدات الجسيمات الملائية وتتأثر بعيداً عن الخلايا الملائية في المنطقة المحيطة بها وفي المناطق البعيدة . تدخل هيولى الخلايا الملائية إلى هيولى الخلايا المقرنة المجاورة وترك لديها معقدات الأجسام الملائية . وتشكل خلية ملائية واحدة وحوالي ٣٦ خلية مقرنة « وحدة الملائن البشري Epidermal Melanin Unit » . يختلف عدد الوحدات الملائية البشرية لدى الفرد بسبب الاختلافات الناحيوية التي تتوضع فيها الخلايا الملائية . ويرتبط تصبغ الجلد بعدد الوحدات الملائية البشرية ونشاطها ، وهذه بدورها محددة وراثياً . وتحوي الخلية القاعدية البشرية لشخص أسود حوالي (٤٠٠ جسم ملائي) ، بينما تحوي لدى الأشخاص ذوي الجلد الفاتح الوسطي حوالي (١٠٠ جسم ملائي) . ويكون حجم الجسيمات الملائية لدى الأوروبيين من أصل منغولي ولدى هنود أمريكا حوالي ٠,٦ × ٠,٣ μm . ويكون في العادة ، كل جسيمين ملائين أو أكثر محاطان بغشاء . والأجسام الملائية في العرق الأسود أو الأستراليين هي أكبر بكثير منها في العروق السابقة حيث تبلغ حوالي (١,٢ × ٠,٦ μm) ، وهي لا توجد ضمن معقدات بل تنتشر بحرية في الهيولى . تبقى معقدات الجسيمات الملائية في الخلايا المقرنة لمدد مختلفة ، تنفتت جزئياً هناك ثم تنطرح مع الطبقة المتقرنة في حديثة التقرن . وتحوي الخلايا المقرنة في الجلد المصطبغ جزئيات ملائية أكثر مما هو في الجلد الفاتح من نمط I أو II .

ويتعلق التصبغ الاختياري لدى الشخص المعرض لتأثير ضوء الشمس أو الضوء الصناعي بقدرة الشخص ذاته لأن يصبح متصبغاً بالإضافة لمحتوياته الصباغية البنيوية . ويرتكر التصبغ في بعض الحيوانات على هرمون (MSH = Melanocyte-Stimulating Hormone) . وقد أمكن إثبات العلاقة الهرمونية جزئياً لدى الإنسان : تصبغ الحلمة والخط الأسود أثناء الحمل ، والتصبغات الشبيهة بالكلف لدى تناول مانعات الحمل الهرمونية ، والتصبغات البنية الغامقة في داء أديسون .

UVA	UVASUN 2000, 3000, 5000
	Mutzhas
UVC, UVB, UVA	مصاييح الكزيتون المضغوط (أشعة مشابهة للشمس)

الجدول ١٣ - ٥ : المعدل الأصغري لجرعات UVA المشعة لتفاعلات الاختبار

المعدل الأصغري ليعار UVA اللازم (جول/سم ²)	التشخيص
٠,٥ - ٠,٥٥	الشرى الشمسي
٥ - ١	التهاب الجلد التماسي الأرجي الضوئي
٤٠ - ١	التهاب الجلد التماسي السمي الضوئي
١٠ - ١	الأرج الضوئي بسبب الأدوية (الجهازية)
٥ - ٠,٥	التفاعل الضوئي المستمر
١٠٠ - ٢٠	الاندفاع الضوئي عديد الأشكال
٦٠ - ٤٠	الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vacciniforme

اختبار الجرعة الصغرى *Minimal Test Dose* : إن اختبار الجرعة الصغرى اللازمة لإحداث أمراض في الشروط اليومية للحياة أو في شروط المخبر ، هي متنوعة جداً (الجدول ١٣ - ٥) .

اختبار الرقعة الضوئي *Photopatch Test* : تطبق المستأرجات الضوئية المشكوك فيها على ظهر المريض وتحت شروط محددة كاختبار الرقعة الاعتيادي . وتجمع المستأرجات الضوئية الأكثر شيوعاً مع بعضها بما يسمى « مجموعة الاختبارات الضوئية » . ويفضل استعمال مواد كيميائية (لاصق طبي مبطن بالألومنيوم) لتجنب حدوث اختبار رقعة ضوئي كاذب . يحصل الاختبار الكاذب إذا لم يعزل المستأرج المراد اختباره عن الضوء المحيطي . وبعد إزالة اللاصق تقرأ اختبارات إيجابية كاذبة كالتهاب جلد تماسي أرجي ، لأن تحريض التفاعل كان بسبب الضياء وليس فقط بسبب التماس مع المادة التي يجري الاختبار عليها وبعد ٦ - ٢٤ ساعة تفتح إحدى مجموعات اختبارات الرقعة وتُشع بمقدار عالٍ من UVA . لا توجد جرعة صغرى مقررّة ، يطبق عادة ٥ - ١٠ جول/سم² من UVA . وبعد ٢٠ دقيقة تفحص المجموعة التي تم إشعاعها لكشف أي تفاعل ضوئي فوري ثم تغطى من جديد ، وتقرأ بعد ٤٨ ساعة من

لغابات تشخيصية وعلاجية . وهي كلها واسعة الطيف . ويمكن تضيق الطيف بواسطة مرشحة ، إنما تخف فعاليتها تبعاً لذلك ، ويصبح الزمن اللازم لإعطاء الجرعة أطول . وإن إعطاء جرعة عالية من الأشعة UVA بالأجهزة المتداولة هو أمر صعب : فمن أجل إعطاء حوالي ٢٠ - ٤٠ جول/سم² نحتاج إلى زمن يتراوح بين ٢٠ - ٦٠ دقيقة . وقد أمكن إحداث تقدم باستعمال الأجهزة الحديثة نموذج UVASUN .

فالأجهزة التي تعطي طيفاً واحداً كاللوشور والجهاز ذو القضبان ، تعطي اختصاراً طيفاً ضيقاً جداً حسب نوع المصدر الضوئي . وهكذا فإن الحرقاق *Burner* في جهاز وحيد الطيف يمكن أن يكون مصباح كزيتون أو مصباحاً زئبقياً تحت ضغط عالٍ . والأجهزة وحيدة اللون هي مناسبة ، وخاصة لتحديد التأثير المحسس الضوئي لبعض الأدوية ، أما محدورها فهو طول مدة التعريض وصغر المساحة المشعة .

إجراءات الاختبار *Test Procedure* :

الاختبار الضوئي *Phototest* : كثير من الجلادات ناجمة عن الضوء فقط : الشرى الشمسي . الاندفاع الضوئي عديد الأشكال . وهناك جلادات أخرى لا يتوضح فيها تشارك المستأرج والضوء مثلها : التهابات الجلد الأرجية الضوئية أو التفاعلات الضوئية المستمر . ويجري الاختبار في الحالة الأولى بالضوء فقط وفي الحالة الثانية بمشاركة الضوء مع المستأرج . وإن الغاية الرئيسية من الاختبارات هي إحداث تبدلات جلدية مشخصة . ويتواجد كثير من التفاعلات الضوئية السمية ، التي يكون العامل المحسس فيها معروفاً أو غير معروف ، في العضوية كمستقلب ، وتختبر أيضاً بالضوء فقط . وتشمل البرويرفيرية مولدة الكريات الحمر (المحسس هو البرفيرين) ، والحصاف وقسي الشكل (المحسس المجهول) .

الجدول ١٣ - ٤ : اختيار الأجهزة المناسبة للاختبار

المركب الرئيسي للأشعة UV	الجهاز
UVA	حجيرات UVA الضوء الأسود ، الضوء الأزرق Waldmann PUVA F85 UVAPhilips TL/09/10
UVB + UVA	مصاييح متألقة Sylvania F.75 Philips TL12, Westighouse FS20
UVB + UVA	الحارق المعدني (SUP) Metal Burner Saalmann H.E. Böcker

تحقيق المواد المختبرة . تبقى مجموعة المراقبة مغطاة ٢٤ - ٤٨ ساعة ، وتقرأ النتيجة بعد ٧٢ ساعة (إلا إذا حدث التهاب جلد تامسي أرجي) .

مرقبة : تجري المراقبة والمقارنة مع اختبارات الرقعة دون تشعيع ، وأخرى مع تشعيع بالأشعة UVA لوحدها على مناطق من الجلد دون استعمال مواد الاختبار .

حالات خاصة : تقرأ نتيجة التفاعل الشروي الضوئي السبي مباشر بعد أقل من ٢٠ دقيقة من التشعيع (الفينوتيازين مثلاً) و انتفاعلات الإكزيمية (فرط حساسية أجل) بعد ٧٢ ساعة وحتى ٢ - ٣ أسابيع بعد التشعيع .

التفاعلات الجلدية المحرشة بالضياء

: Light Provoked Skin Reactions

التفاعلات الجلدية المحرشة بالضوء هي أمراض ، يلعب الضوء ، وخاصة الضوء الشمسي ، وأحياناً الصناعي ، دور العامل المسبب الجازم . ومن المهم تحديد المناطق النوعية من طيف الأشعة ما فوق البنفسجية (٢٨٠ - ٤٠٠ ن . م) ومن الأشعة المرئية (٤٠٠ - ٨٠٠ ن . م) . تسمى مجموعة أطوال الأمواج التي تؤدي لتفاعلات خاصة « فعل الطيف Action Spectrum » . ومن المهم معرفته لتأمين علاج مناسب ووسائط وقائية . يمكن تجنب التفاعل الضوئي السبي ، كحرق الشمس بتطبيق مرهم واقية من الشمس لكي تمتص أو تعكس الإشعاعات ما فوق البنفسجية A و B . تنجم التفاعلات الأرجية الضوئية غالباً عن الأمواج الطويلة للأشعة UVA وبذلك نحاول اتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة . تتأثر البروتوبيريرية مولدة الكريات الحمر بطيف واسع وهي تتعرض بكل من الضوء المرئي والأشعة UVA . وفي مثل هذه الحالة الخاصة ، تكون الوقاية واجبة ، يفيد هنا البيتا كاروتين والمزوقات العازلة للضياء ويؤدي إزالة التأثير الضوئي للشفاء . أما التخرجات والأذيات التي حصلت بتأثير الضياء ، كما في جفاف الجلد المصطبغ فهي غير عكوسة . تظهر الآفات الجلدية المحرشة بالضوء على جلد سليم أو على جلد مصاب بأي جلد ضوئي حقيقي (راجع الجدول ١٣ - ٦) .

الجدول ١٣ - ٦ : التفاعلات المحرشة بالضياء على جلد سليم

نمط الآفة	الآفة الجلدية
حاددة	حرق الشمس
	التصبغات : تقيم الصباغ العاجل
	التصبغات الدائمة (التملن)

التزايد الضوئي
الاندفاعات عدية الشكل (عد Mallorca)
الصفبي
الشواك الضوئي (Lichtschwiele)
التهاب الجلد الشمسي .
المرانات : المران السفلي
داء فافر راکوشو Favre - Racouchot
الآفات طليعة السرطان :
التقران السافع
الشامة الخبيثة
الأورام الخبيثة : سرطانة الخلية القاعدية
السرطانة وسفية الخلايا
ملانوم الشامة الخبيثة

تصنيف الجلادات الضوئية Classification of Photodermatoses : لا يوجد تصنيف مقبول عالمياً للجلادات الضوئية . يعتمد التصنيفات على كون الجلادات خاضعة لاعتبارات سريرية أو اعتبارات الآلية الإمبراضية . ونحن نعتمد بشكل رئيسي على تصنيف Magnus الذي يميز بين الجلادات الضوئية البدئية أو الثانوية .

الجلادات الضوئية البدئية : وتشمل كل الآفات والأمراض الجلدية المحرشة بالضوء والتي تتطور دون وجود محسس ضوئي .

الجلادات الضوئية الثانوية : حيث نجد فيها ، أو نشك بوجود محسس ضوئي . قد يكون هذا المحسس ضمن العضوية كنتاج استقلابي (البرفيرية ، الحصفاف وقسي الشكل Hydroa Vaccini forme أو قد تكون مادة غريبة طبقت موضعياً أو أعطيت عن الطريق الفموي أو الحقن (التهاب الجلد التماسي الأرجي الضوئي المحدث بالدواء) . ومعنى أوسع ، تشمل الجلادات الضوئية الثانوية الأمراض الناجمة سواء عن خلل إنظيمي أو عن نقص في الوظائف الداخلية الواقية (التصبغ الملاني) .

الإشعاع : تظهر معظم التفاعلات المحرشة بالضوء أو بالأشعة ، على جلد سليم . وتشمل هذه المجموعة من التفاعلات كل من حرق الشمس ، والتبدلات الجلدية المحرشة بالضياء ، وشيخوخة الجلد الضوئية والسرطان ، يدخل في هذه المجموعة الآفات الجلدية المحدثه بالإشعاعات المؤتية (أشعة رونتجن أو الكوبالت) .

التفاعلات الحادة المحرشة بالضوء على جلد

سوي

Acute Light Provoked Reactions in Normal Skin

التهاب الجلد الشمسي Dermatitis Solaris :

المرادفات : حرق الشمس ، التهاب الجلد الشمسي .

التعريف : ينجم حرق الشمس عن الأشعة فوق البنفسجية B . نسيجياً ، يوجد تأذي في الخلايا المقرنة (خلايا خلل التقرن ، خلايا حرق الشمس) .

الحدوث : تفاعل جلدي شائع الحدوث ، يرتبط مباشرة بنمط الجلد المحدد وراثياً وبالظروف المناخية (الطقس ، الحرارة ، مدة التعرض للضياء) .

الإمراض : ينجم حرق الشمس عن تعرض شديد لأشعة الشمس أو لمنبع ضوئي يعطي UVB على جلد يتحمل الضوء بشكل عادي (عادة جلد من النمط I أو II أو III) . تكون أشعة الشمس غنية بالأشعة ما فوق البنفسجية على شواطئ البحار وفي المرتفعات بسبب غياب الغبار وبقايا الدخان التي تمتص الأشعة ما فوق البنفسجية . يضاف لذلك انعكاس طيف الأشعة فوق البنفسجية على الثلج والماء والرمل . وترتبط شدة الأعراض الجلدية بشدة الضياء (سواء ضوء الشمس أو الضوء الصناعي) ، وبزمن التعرض ، وسمك الطبقة المتقرنة وبدرجة تصبغ المناطق المشعة . ويعادل حرق الشمس عدة مرات من الجرعة الحمامية الصغرى ج. ح. ص (MED) . وكقاعدة عامة نصل إلى الجرعة الحمامية الصغرى (MED) في فترة منتصف الصيف وفي سماء خالية من الغيوم وحوالي الظهر بمدة (٢٠ دقيقة) . وعلى هذا فإنه خلال نهار كامل ، يمكن للجلد أن يتعرض لأكثر من ٢٠ مرة لهذه الجرعة . أما الأشعة ما فوق البنفسجية ، المسببة للحمامي هي بين ٢٤٠ - ٣٢٠ ن. م . وبما أن طول الموجات أقل من ٢٩٧ ن. م فإنها لا تصل سطح الأرض . وأكثر الإشعاعات إحداثاً للحمامي هي بين ٢٩٥ و ٣١٥ ن. م . وتنجم حمامي الجلد المرئية عن توسع وعائي في النسيج الضام تحت البشرة . وترتبط آلية الحمامي الناجمة عن الأشعة فوق البنفسجية بالبروستاغلاندينات كوسائط Mediators للالتهاب . وإن ناهيات البروستاغلاندين كالإندوميتاسين وحمض أستيل ساليسليك يمكن لها أن تزيد حمامي الأشعة فوق البنفسجية ، إنما ليس لها تأثير على ظهور الخلايا المقرنة المتأذية بهذه الأشعة .

الموجودات السريرية : يبدأ حرق الشمس بشكل حاد بعد ٤ - ٦ ساعات من التعرض ، ويبلغ ذروته بعد ١٢ - ٢٤ ساعة ، ويخف بعد ٧٢ ساعة . ونصل إلى الحد الأعلى من الحمامي بسبب الإشعاع من منبع صناعي بعد ٢٤ ساعة . يحدث في مناطق الإشعاع التهاب جلد محصور مع تبدل في اللون ، تبدو المرحلة الأولى على شكل احمرار شديد في الجلد (راجع الشكل ١٣ - ١٦) مع تورم وذمي وحس حرارة يتلوها تشكل حويصلات ونفطات . يتلو ذلك مرحلة نخر وتقرش مع توسف ، إلى أن نصل إلى الشفاء . في الحروق الخفيفة ، يتلو الحمامي الالتهابية توسف ثم تصبغ . وفي الإشعاعات الشمسية الشديدة جداً والمتراكمة باحتقان حروري ، يحدث دعت عام وحرارة وغثيان ، وإقياء ، وصداع ووهط دوراني .

التصبغ الملالي : لا يحدث في حرق الشمس تصبغ عاجل ، ويظهر التصبغ المتأخر أو الدبغ من خلال تشكلات ملانية .

التشريح المرضي : بعد ١٢ - ٧٢ ساعة من التعرض للأشعة فوق البنفسجية ، وحسب الجرعة المطبقة تظهر في الطبقة المالبكية ، وخاصة في قسمها العلوي والمتوسط ، خلايا حمضة تحوي خلل التقرن (خلايا الحرق) مع نوى متغلظة Pyknotic ، مجمدة ومنحخصة ، وهيولى شاحبة تعطي مظهر أفاغراً . يلاحظ أيضاً خلايا قاعدية تحوي فجوات . وإذا كان التعرض للأشعة فوق البنفسجية أكثر حدة ، يحدث عروضا عن التخرخلو الخلوي البوري تأذي خلوي واسع يؤدي إلى تشكل حويصلات . وتكون الأوعية الدموية في الأدمة العلوية متوسعة .

الإنذار : حسن .

التشخيص التفريقي : قد يلتبس أحياناً مع تفاعل دوائي ضوئي سمي بالتراسكلين ، وخاصة (دي متيل كلور تراسيكلين) أو البسورلينات (8 MOP) . وقد تسبب هذه الأدوية ، بعد أخذها عن طريق الفم أو تطبيقها موضعياً ، تفاعلات ضوئية سمية حادة تشمل نزفاً تحت الأظفار وانفكاً ظفرياً ضوئياً سميّاً في الأصابع والأباحس .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : في الحروق الشمسية الشديدة تعطي الستيروئيدات القشرية السكرية أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية كالإندوميتاسين والأسبرين .

المعالجة الموضعية : كمعالجة التهاب الجلد التماسي التخريشي الحاد . نستعمل في البدء الذرورات أو الستيروئيدات القشرية

بشكل رهبات أو بشكل رغوة أو حليب . وتفيد بشكل خاص الأشكال الإرداذية . كما أن للكدمات الرطبة فعل مهدئ . يضاف لذلك أن تطبيق محاليل الزنك يخفف انخريش ويعطي حس برودة .

شكل خاص : التهاب الملتحمة والقرنية . ويمكن أن يؤدي التعرض لضوء شديد إلى التهاب ملتحمة وقرنية ضوئي كهربائي Keratoconjunctivitis Photoelectrica (عى الثلج) . هذا وإن للأشعة فوق البنفسجية B و C من منشأ صناعي (المصابيح المعقمة للغرف ، أجهزة اللحام) تأثير غرشن شديد على الملتحمة .

التفاعلات المزمنة المحرشة بالضوء على جلد سوي Chronic Light – Provoked Reactions in : Normal Skin

يؤدي التعرض المزمن للضوء إلى زيادة توليد الملانين في الجلد وبالتالي إلى فرط تصبغ . يضاف لذلك تسمك البشرة والطبقة المتقرنة (الشواك الضوئي) . يؤدي هذان العاملان لوقاية رئيسية من الضوء . ولفرط التقرن تأثير خاص ؛ ولذلك فإن طبقة متقرنة بسمك $100 \mu m$ كما في الراحين والأخصصين تعطي وقاية شبه كاملة من الأشعة فوق البنفسجية . وإن التعرض المديد لأشعة الشمس ، يسبب على مدى سنوات عدة ، لدى عدد من الأشخاص ، نقص تصبغ مع زيادة تصبغ نقطي ، وتقرانات سافعة ، وتوسع شعيرات ، ومران ضوئي . لا تشاهد هذه التبدلات في الجلد الأسود . وتظهر تبدلات تقدم السن الضوئية Photoaging على المناطق المعرّة وتؤدي إلى ما يسمى بالجلد الشيخوخي أو جلد المزارعين والبحارة . ويمكن أن تظهر عليه فبا بعد تنشآت ظهارية طليعة سرطانية . كما يظهر في المناطق المعرضة للضوء تنشآت ملانية خبيثة كالشامة الخبيثة وملانوم الشامة الخبيثة .

التفاعلات المحرشة بالضوء على جلد المريض :

علاوة على الجلادات النوعية المحرشة بالضوء ، هناك أمراض جلدية يمكن أن تستثار أو تصبح أكثر حدة بتأثير الضوء . ينطبق هذا مثلاً على الذأب الحمامي القرصي ، والذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد ، والذأب الحمامي المجموعي والتي قد تسوء بشكل حاد أو تحت حاد بتأثير الشمس . كذلك من الشائع ظهور الحلا البسيط بعد تشعيع شمسي (الحلا الشمسي Herpes Solaris) . ويؤدي التعرض للضوء في كثير من الآفات الجلدية ، إلى ظاهرة كوبنز ، كما هو الحال في ذاء داربيه ، ذاء هيلي – هيلي ، وردية الوجه ، وبشكل نادر الصدف الشائع .

الجلادات التي تزداد حدة بتأثير الضوء :

- خلل التقرن الجريبي (ذاء داربيه) .
- الحلا البسيط .
- الحبيوم الحلقي .
- الذأب الحمامي القرصي .
- التقرن المسامي السفعي السطحي المنتثر .
- التهاب الجلد حول الفم (نادر) .
- الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد .
- الذأب الحمامي المجموعي .
- الوردية (العد الوردي) : نادراً .
- التهاب الجلد المني .
- الإكزيمة التأتبية (التهاب الجلد التأتبي) (نادراً) .
- الصدف (نادراً) .
- ذاء هيلي – هيلي .
- الفقاع الورقي .
- الفقاع الحمامي .
- الفقاعاني الفقاعي (نادراً) .
- الخراز المسطح السافع .

إن القاعدة التي تقول إن الأمراض الجلدية تسوء بتأثير أشعة الشمس لا تصح على الدوام ، إذ أن كثيراً من المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية أو الصدف الشائع أو العد الشباني يلدون تحسناً لآفاتهم في الفصول المشمسة أو بالمعالجة الضوئية المناسبة . ويمكن الاستفادة من استجابة بعض الجلود للأشعة ما فوق البنفسجية لغايات علاجية .

الأمراض الجلدية التي تعالج بالضوء :

- العد .
- الصدف الشائع .
- نظير الصدف النقطي (النخالية الحزازانية المزمنة) .
- نظير الصدف اللويحي (ذاء بروك) .
- الفطار الفطرائي .
- الإكزيمة التأتبية .
- الشرى الصباغي .

الجلادات الثانوية التي تتأثر بالضوء وبأشعة رونتجن : من أهم الجلادات الثانوية الضوئية الموجودة في الجدول ١٣ – ٧ نبحث هنا في جفاف الجلد المصطبغ فقط . أما التفاعلات الأخرى المحرشة بالضوء فستبحث في فصولها الموافقة .

جفاف الجلد المصطبغ Xeroderma Pigmentosum

[Kaposi ١٨٧٠] :

التعريف : آفة نادرة جداً ، متعددة الأشكال ، محرشة

بالضوء ، تنتقل بالصبغي الجسدي الصاغر ، سيرها مميت عادة تتميز بجلد شبيخي مبكر ، يظهر في السنوات الأولى من الحياة ، ويتراعى بأورام سرطانية وقبل سرطانية . والحَمَلَة متاثلي الزيجوت للجنين هي الأكثر استعداداً لعدم تحمل الأشعة ما فوق البنفسجية .

الحدوث : نادر جداً ، غالباً توجد قرابة بين الوالدين .

السيببات والإمراض : ذكر من بين الأسباب تفاعل جلدي غير سوي تجاه الأشعة ما فوق البنفسجية . ففي عام ١٩٥٦ وصف Cleaver لأول مرة الآلية المضطربة بشكل كامل للتجدد بالبتر Excision Repair في مشنويات التيمين المحدثة بالأشعة فوق البنفسجية لدى المصابين بهذه الآفة . ومنذ ذلك الحين ، وصفت عدة أشكال لجفاف الجلد المصطبغ . ومن الواضح أن آلية التجدد المتخرية والتي تترافق بتنشؤ سرطانات ، وأورام ملانية خبيثة ، وأورام النسيج الرخو الخبيثة هي واصمة لهذه الآفة . وقد اكتشف العيب في آلية التجدد بالبتر (نشاط الإندونوكلياز الذي يتبدى التجديد هو متناقص جداً) .

وعلى أي حال ، يحمل بعض المرضى وظيفة سوية للتجديد في الظلام . وأما العيب فهو جملة التجدد التالي للتناسخ (Postreplication Repair System) (شكل متحول XP) . ومن المؤكد أن التأثير المباشر للأشعة فوق البنفسجية والتي تشمل UVC (في ظروف المختبر فقط) وكذلك فإن UVA و UVB تتداخل وتؤدي إلى تأذي الدنا . وقد تبين أن وقاية الأطفال من التعرض لأشعة الشمس يتم بجعل أوقات عملهم ونشاطاتهم ليلاً يؤثر بشكل جيد على إمكانية تجنب تشكل الأورام الخبيثة والسير المميت وإن كان لا يمكن تجنب ذلك لدى الجميع .

الجدول ١٣ - ٧ : الجلادات الضوئية مع محسسات ضوئية معروفة أو مجهولة

السبب	المرض
عيوب إنزيمية	داء هارتنج بيلة الفينيل كيتون جفاف الجلد المصطبغ متلازمة سانكتس - كاشيوني De Sanctis - Caccione البهاق ، المهق متلازمة شيدياك هيغاشي Chediak - Higashi البرفيريات
نقص في وظيفة الحماية داخلية المنشأ	تحمس ضوئي ناجم عن مستقبلات داخلية المنشأ

الجلادات الوراثية مع زيادة الحساسية للضوء	متلازمة بلوم Bloom متلازمة كوكاين Cockayne متلازمة شيدياك - هيغاشي Chediak - Higashi متلازمة روثموند - تومسون Rothmund - Thomson
الجلادات الوراثية مع زيادة الحساسية لأشعة رونتجن	الرخ بتوسع الشعريات (متلازمة لويس - بار - Louis Bar) متلازمة بلوم Bloom تفاعلات ضوئية سمية تفاعلات ضوئية أرجية محسسات ضوئية مجهولة داخلية المنشأ
تحمس ضوئي ناجم عن مواد أجنبية	تفاعلات الضوئي المستمر ، الشرى الشمسي
محسسات ضوئية مجهولة داخلية المنشأ	الاندفاعات الضوئية متعددة الأشكال
	الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vacciniforme

الموجودات السريرية : يقسم جفاف الجلد المصطبغ إلى ثمانية مجموعات حسب المظهر السريري والمعطيات الجزيئية الحيوية : الأنماط A, B, C, D, E, F, G ، وشكل متحول Variant ففي المجموعة من A إلى G يكون العيب في المرحلة الباكراة من آلية التجدد بالبتر ، ويمكن بيان هذا العيب على عدد من المجموعات الخلوية (خلايا بشرية ، لفافويات ، أرومات الليف) . أما المجموعة الثامنة وهي جفاف الجلد المصطبغ المتحول فيظهر العيب في ربط الدنا (DNA Ligation) . ومن وجهة النظر السريرية ، فإن المريض المصاب بهذا الشكل المتحول وبالمقارنة مع أشكال المجموعة الأولى (A - G) لا تظهر لديه الآفات الجلدية البدية والأورام إلا في مرحلة متأخرة ، وبالتالي فإن سيره أسلم وإن وراثته هذا الشكل المتحول هي أيضاً بالصبغي الجسدي الصاغر . وإن الاسم الذي يطلق على هذه الحالة هو « تصبغ الجلد الجفافاني Pigmented Xerodermoid » يفضل استبداله بتعبير « جفاف الجلد المصطبغ المتحول » ...

تبدأ الأعراض في الطفولة الباكراة ببقع حمامية متلازمة ، وبقع مصطبغة تشبه النمش (راجع الشكل ١٣ - ١٧) كثيرة العدد ، لونها بني فاتح إلى الأسود ، تشبه الشامة الخبيثة ، وتظهر على المناطق المكشوفة من الجلد (الوجه والعنق واليدين ، والذراعين) ، وبشكل أكثر وضوحاً في أشهر الصيف حيث يصبح الجلد مرقطاً (شبيهاً بتبكل الجلد

الجلادات الضوئية الثانوية الناجمة عن مواد خارجية محسسة للضياء Secondary Photodermatoses Due to Exogenous Photosensitizing Substances

تقسم هذه التفاعلات الجلدية إلى زمرتين رئيسيتين :
التفاعلات الضوئية السمية ، والتفاعلات الضوئية الأرجية .

التهابات الجلد الضوئية السمية Phototoxic Dermatitis

التعريف : تفاعل جلدي التهابي ، كيميائوي ، في المناطق المعرضة للضياء دون أسس مناعية ، ويتجلى عادة كالتهاب جلد حاد .

الحدوث : أكثر مصادفة من التفاعلات الضوئية الأرجية . ويستفاد من مبدأ الانسجام الضوئي في تطبيق المعالجة الكيميائية (PUVA) .

الجدول ١٣ - ٨ : أمراض التفاعلات الجلدية السمية الضوئية والأرجية الضوئية

التحسس الضوئي والطاقة الإشعاعية	تفاعل أرجي ضوئي
تفاعل سمي ضوئي	
↓	↓
تحويل المحسس الضوئي بواسطة	تحويل المحسس الضوئي بواسطة
↓	↓
التشعيع إلى ناشبة جديدة	التشعيع إلى ناشبة جديدة
↓	↓
تكوين فوق أكاسيد ، جنور	تكوين فوق أكاسيد ، جنور
↓	↓
حرارة وحرارة	حرارة وحرارة
↓	↓
تخرب خلوي انسمامي	تخرب خلوي انسمامي
↓	↓
التهاب جلد تماسي انسمامي	التهاب جلد تماسي انسمامي
↓	↓
التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي	التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي
↓	↓
حاد أو إكزيمة تماس أرجية	حاد أو إكزيمة تماس أرجية
↓	↓
ضوئية مزمنة	ضوئية مزمنة

الإمراض : ينجم حرق الشمس عن زيادة في جرعة الأشعة التي يتعرض لها الشخص . ويحتاج ظهور تفاعل ضوئي شمسي إلى وجود محسس ضوئي والأشعة . وقد تكون المواد المحسسة للضوء داخلية (البرفيرين مثلاً) ، وقد يطبق خارجياً على الجلد ، أو عن الطريق الهضمي ، أو عن طريق

like - Piokiloderma) مع بقع من نقص التصبغ أو ريدته . وحامى ، وتوسع شعيرات ، ومران شمسي وبؤر من الضمور . وقد يؤدي الضمور الجلدي إلى شتر في العين وصغر في الرأس وتظهر تقرانات سفعية ذات ميل للتطور إلى السرطانة وسفعية الخلايا ، أو الشوكوم القرني أو سرطانة الخلية القاعدية . ويمكن أن تكون ضوئية حبيشة و/أو أغران Sarcomas . وهي تظهر في أماكن الأكثر تعرضاً للضياء . ويموت المريض عادة قبل سن ثلاثين بسبب الخباثات . وغالباً ما تكون حالة المريض العامة متدنية نتيجة تأخر النمو وحدوث خلل عقلي .

التشريح المرضي النسيجي : مظهر مشابه لما نَجده في تبكل جند يترافق مع خلايا متأذية بتأثير الضياء موجودة في الطية الظهارية وأورام أيضاً . ويمكن إظهار الآلية المخربة للتجديد بالبرتر بطريقة التصوير الشعاعي الذاتي لخلايا البشرة والنسيج النضام .

السير : تندهور الحالة العامة باضطراب مع سير محتم نحو الموت السريع ، وخاصة إذا أهملت معالجة الأورام باكراً ، وكذا إذا أهملت الوقاية من تأثير الأشعة فوق البنفسجية .

التشخيص التفريقي : في جفاف الجلد المصطبغ التحول تظهر التبدلات الجلدية بعد البلوغ وأحياناً متأخرة . ومنه جاء اسمها القديم « جفاف الجلد المصطبغ المتأخر » . أما في متلازمة دي سانكتس - كاشيوني De Sanctis - Cacchione فنجد تحللاً عقلياً ، وهزاعاً نخاعياً وراثياً ، وقصور القندية ، ونحولاً شديداً مع جفاف جلد مصطبغ .

الانتقاء : جربت ، بنجاح وفعالية ، ولقد جرب الإنتقاء من حدوث الأورام الجلدية بإعطاء الريتينويدات العطرية (الإيتريينات) بجرعة حوالي ٠,٢ - ٠,٥ ملغ/كغ . ويجب المشاورة على هذا العلاج باستمرار ويستبدل بالأسيتريتين Acitretin بسبب قصر زمن انطراحه ، كما جرب أيضاً الإيزوترتينوين Isotretinoin .

المعالجة : الوقاية من التعرض للأشعة فوق البنفسجية المسببة قد يقي من حدوث الأورام الخبيثة . ويجب تنظيم فعاليات المريض إلى نظام عملي ليلى ولبس ثياب واقية . ومن الضروري الوقاية من الأشعة UVA و UVB . والمراقبة المستمرة واجبة وكذلك التخلص الباكر من الآفات مقدمة الأورام ، والأورام الخبيثة بواسطة الاستئصال ، أو التجريف ، أو المعالجة القرية ، والليزر إذا لزم الأمر .

(AmmiMajus) العامل الفعال في المعالجة بالبوفا (PUVA)، وأصبغة الأكردين أو الإيزرين . ويجب أن يتمتع المعالجون بالقطران أو ٨ - ميتوكسي بسورالين من التعرض للضوء . وإن التفاعلات الضوئية السمية شائعة لدى عمال صناعة البترول واستخراج القطران .

الحقن (الأدوية) . أما الجرعات الشعاعية التي يمكن تحملها عادة في جلد سليم دون حدوث تفاعل فيؤدي تشاركها مع العوامل المحسنة للضياء إلى تفاعل جلدي النهائي حاد يشبه الحرق . وإن التفاعلات الضوئية السمية شائعة بعد التطبيق الموضعي للقطران ، أو ٨ - ميتوكسي بسورالين أو الفيوروكومارينات المشابهة ، كما في نبات الخلة الشيطانية

الجدول ١٣ - ٩ : المميزات السريرية للتفاعلات السمية الضوئية والأرجية الضوئية

انساهم ضوئي		أرج ضوئي	
الحدوث	شائع	نادر	
الكمون بين التعرض الأول والتفاعل الجلدي	غائب	موجود	
الجرعة الإشعاعية (عادة UV)	عالية عادة ونادراً منخفضة	عادة منخفضة ونادراً عالية	
طيف التأثير	ضيق ، عادة أمواج UV طويلة (UVA)	واسع ، عادة أمواج UV طويلة (UVA)	
متطلبات النكس	محسس وأشعة	أشعة + محسس (شائع) ، إشعاع فقط دون تعريض إضافي لمحسس : التفاعل الضوئي المستمر (نادراً)	
الاندفاع	حرق شمسي حاد ، حمامي ، نفاطات وتصيغ	عديد الأشكال : حمامي ، حطاطات ، حويصلات ، نفاطات ، تصيغ ، تحرز	
السورة	غائبة	تعمم إلى مناطق غير مشعة ، توهج في اختبارات سابقة	
اختبار الرقعة الضوئي	محددة في مناطق الاختبار . التفاعل غالباً فوري (عاجل) أو بعد ١ - ٢٤ ساعة التخط تنازلي	محدد في مناطق الاختبار ، لكن غالباً اندفاعاته متناثرة ، وهو تفاعل آجل غالباً : من التخط التصاعدي . تفاعل أرجي واضح نسجياً ومناعياً . إيجابية اختبار النقل . تفاعلات حادة وسريعة بعد تعريض جديد . تفاعلات متصالبة مع مواد مرتبطة كيميائياً	

الجدول ١٣ - ١٠ : أمثلة لمواد سمية بالضوء

المادة	الحدوث
موضعي	صناعياً ، أدوية
القطران	ملون هياتوكسيلين إيزرين ، كان يستعمل في حمرة الشفاه
الإيزرين	نباتات (الخلة الشيطانية ، Hemlock) ، بعض واقيات الضياء
٥ - ميتوكسي بسورالين	
Bergepten	

نباتات ، أدوية

بسورالينات : ٨ - ميتوكسي
بسورالين ، ٥ - ميتوكسي بسورالين ،
تري ميتيل بسورالين

عن ضيق الفم أو الحلق	التراسيكلينات	خاصة Demeclocycline ، نادراً الدوكسي سكلين
	الفينوتيازينات	أدوية نفسية
	غريزوفولفين	علاج مضاد للفطور
	حمض الناليديكسيك	علاج كيميائي
	فوروكومارين	بسورالينات (معالجة كيميائية)
	داكاربازين	علاج مضاد للسرطانات

المجلد ١٣ - ١١ : تقليد أو سورة لتلازمة بمواد سمية ضوئية

المرض	المادة
(البلغرافي) بلغري الشكل Pellagroid شبيه الذأب الحمامي (L.E- Like) الجلادات الضوئية أو سورة لذأب حمامي مجموعي	Isonicotinic acid hydrazid (INH) دي فينيل هيدانتوين ، فينتوتين ريزيرين ، بروكاثيناميد ، بروكاثين (مثل : مستحضرات بنسلين بروكاثيد ج) غريزوفولفين الاستروجينات (موانع الحمل) ، كلوروكين ، هكساكلوربنتزين (مضاد فطري)
البرفيرية	

أساسية مشابهة ولها تأثير ضوئي سمي . ويحصل عند تعريضها لضوء الشمس (UVA) ارتكاس ضوئي سمي ، ويزيد من شدة هذه الآلية ، التعرق الشديد ، والجلد الرطب والرياح .

الموجودات السريرية : يظهر على الجلد ، بعد ساعات من التعرض للضوء ، حمامي وتشكلات حويصلية نفاطية ، تشفى تاركة مكانها فرط تصبغ . وإذا كان التعرض للضوء لفترة أقل ، يغيب ظهور التحوصل الالتهابي ويظهر بالتدرج فرط تصبغ مخطط ومشوه (راجع الشكل ١٣ - ١٩) . أما المواضع الانتقائية لهذه الظواهر المحدثة فهي عادة الوجه ، والرقبة ، والصدر والظهر . ونلاحظ خطوطاً حمراء بنية أو بنية قائمة ترافق مسار القطريات المتشابهة من العطر أو ماء الكولونيا .

هذا وإن الاستعمال المديد للمزوقات ، مثل مراهم الخلاقة والإرذاذات والمخاليل بعد الخلاقة والمراهم المطرية والحماية على محسسات للضوء ، تؤدي إلى فرط تصبغ واسع يشبه الكلف وخاصة على الجبهة والخدين والمنطقة حول الفم .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد الخلايا المتأذية بحرق

الموجودات السريرية : يظهر التهاب جلد تماسي حاد (راجع الشكل ١٣ - ١٨) في المناطق المعرضة للضياء ، ويتجلى باحمرار ، ووذمة وتشكلات حويصلية أو نفاطية ، يتلو ذلك ظهور تصبغ واضح على الغالب .

التشخيص : يتم بواسطة القصة السريرية والموجودات السريرية النموذجية .

المعالجة : كما يعالج حرق الشمس الحاد مع الوقاية من التعرض للأشعة فوق البنفسجية A و B .

التهاب الجلد القلادي Berloque Dermatitis [Freund ١٩١٦ ، Rosenthal ١٩٢٤] :

التعريف : فرط تصبغ منتشر أو بشكل خطوط بعد التعرض الموضوعي لمواد ضوئية سمية موجودة في المزوقات والتعرض للأشعة فوق البنفسجية .

الحدوث : أكثر شيوعاً لدى النساء .

الإمراض : تحوي كثير من مستحضرات التزيين كالعطور ، وماء الكولونيا ، والصوابين ، زمرة زيت البرغاموت أو زيوت

الشمس الضوئي السمي في الطبقة الظهارية مع زيادة التصبغ في منطقة الخلايا القاعدية . وتبتلع البلاعم الموجودة في الأدمة السطحية الصباغ المتبقي والملائين .

السير : يبقى التصبغ لمدة أشهر أو سنوات ، والنكس ممكن طالما لم يحدد السبب .

التشخيص التفريقي : ويفرق عن الأشكال الأخرى من الكلف ذات التصبغات المنتشرة .

المعالجة : إيقاف كل المزروعات المعطرة والأدوية السمية الضوئية .

المعالجة الموضعية : كلوريد الزئبق ٢٥٪ (ويجب الحذر من حدوث انسداد زئبقي مع التطبيق المتكرر وغير المراقب كما في الرهيمات المضادة للنمش والقاصرة) ، مونو بنزيل - إيثر - هيدروكينون ٥٪ - ١٠٪ وحيداً أو مشتركاً مع البردنيزولون . قشر الجلد بالفيتامين A الحمضي . ويظهر نقص لون واضح وخاصة في المعالجات التي نشرك فيها الفيتامين A الحامضي ٠,١٪ مع الهيدروكينون ٥٪ والبيتاميتازون ٠,١٪ في سواغ جلدي أليف للماء (يجب عدم استعماله لزمان طويل) ، أو بشكل محلول مكون من مقادير متساوية من الإيتانول والبروبيلين غليكول . وقد يقشر التجميد بالآزوت السائل التصبغات السطحية . وعلى أي حال ، قد يظهر فرط تصبغ ، أو نقص تصبغ تال .

التهاب الجلد الضوئي النباتي **Phytophotodermatitis** [Oppenheim ١٩١٧] :

المترادفات : التهاب الجلد الفقاعي العشبي ، التهاب الجلد العشبي ، **Dermatitis pratensis** .

التعريف : التهاب جلد ضوئي انسامي ناجم عن النباتات (الأعشاب) يترافق بنفطات وتصبغات غالباً ما تستمر زمناً طويلاً .

الحدوث : شائع في أشهر الصيف .

السبب : تسبب المواد المحسسة للضوء - عادة الفايروكوماين من الشوكران **Hemlock** ، الخلة الشيطانية **Ammi Majus** ، رجل الوزه **Goose foot** ، الحوذان **Butter Cup** وشجر التين بالمشاركة مع الأشعة فوق البنفسجية A الآتية من أشعة الشمس ، حيث تؤدي إلى التهاب جلد فقاعي حاد يترك مكانه تصبغات . ومن الأسباب المهيئة ، الاضطجاع على العشب بعد الاستحمام وبقاء الجلد رطباً مما يساعد على التماس وعلى حدوث التحسس الضوئي .

الموجودات السريرية : اندفاعات حمامية فقاعية تأخذ أشكالاً خطية أو غرية تتوضع على منطقة التماس تماماً ، وخاصة على الساقين ، والوجه ، والرقبة والذراعين (راجع الشكل ١٣ - ٢٠) . وتترك بعد زوالها بقعاً مصطبغة صريحة . لا توجد أعراض أرجية في مناطق بعيدة . وتشمل القصة المرضية على التعرض للشمس بالاستلقاء على العشب بعد الاستحمام ، أو الزهرة ، أو أعمال البستنة مما يسمح بالتماس مع الفايروكوماين الموجود في الأعشاب أو النباتات .

الأعراض : تحريش وحكة وحرق .

التشخيص المرضي النسيجي : يظهر أثر الأذى الضوئي جلياً في الخلايا البشروية ، نجد نفطات ضمن وتحت بشروية مع نخر بشروي . يلاحظ كذلك وجود فرط تصبغ في منطقة الخلايا القاعدية .

السير : غالباً ما يستمر فرط التصبغ لأسابيع أو شهور .

التشخيص التفريقي : التهاب الجلد التماسي الأرجي من مستضد **Rhus** (اللبلاب السام والساق **Poison Ivy** ، نادر في أوروبا ، وشائع جداً في أمريكا الشمالية .

المعالجة : تجنب ملامسة النباتات المحسسة للضوء :

موضعياً : تعالج عرضياً برهيمات ستيروئيدية وممحلول الزنك . تعامل النفطات الكبيرة كما في حروق الدرجة الثانية .

أشكال خاصة : يمكن أن يظهر التهاب الجلد الضوئي السمي لدى الحيوانات بعد التماس مع العلف الحاوي على مواد محسسة للضوء . ومن الشائع مصادفة داء الخططة السوداء **Buckwheat Disease** وداء العشب القاسي في قطع البقر ، والحيد والأغنام .

الحلادات الأرجية الضوئية **Photoallergic Dermatoses** :

بالمقارنة مع التأثير الإلزامي الضوئي السمي لبعض المواد والتي يمكن أن تصيب أي فرد حسب تعرضه للإشعاعات فوق البنفسجية ، تحصل التفاعلات الأرجية إذا حصل تماس أرجي نوعي وتصيب بعض الأشخاص فقط . ولكثير من المواد تأثير مؤرج ضوئي خفيف ، وبعضها الآخر تأثير شديد . وتصنف كثير من المتلازمات السريرية كتفاعلات أرجية ضوئية حتى ولو لم يحدد المستأرج (الشرى الشمسي ، والاندفاع الضوئي عديد الأشكال ، والحصاف وقسي الشكل) .

هذا وإن الصفات الرئيسية للأرج الضوئي هي :

تحسيس المريض ، يتفاعل كثير من المرضى للمستأرج مهما كان شكل وصوله إلى العضوية ، وبذلك يمكن الحصول على تفاعل إيجابي عن أي طريق يدخل فيه المستأرج ، سواء عبر الجلد أو عن الطريق الداخلي ، إذا تلاها التعرض إلى جرعة مناسبة من الإشعاع .

وفي الواقع ، فإن لكثير من المواد تأثير كمستأرج بالتماس أو كمستأرج ضوئي بالتماس ، ولذا فإن الاختبارات تكون معقدة . وفي بعض الحالات النادرة ، يمكن لدواء ما أن يسبب أرجاً بالتماس ، وأرجاً ضوئياً بالتماس ، مع تفاعل ضوئي سمي ، مثل (٨ - ميتوكسي بسورالين ، كلور برومازين) .

الأرجية الضوئية التماسية Photocontact Allergy :

التعريف : آفة جلدية تتوضع بشكل خاص على المناطق المعرضة للضوء ، تظهر بعد تماس مباشر مع مستأرج بالتماس ومع الإشعاع (عادة الأشعة فوق البنفسجية من نموذج A) .

الجدول ١٣ - ١٢ : تصنيف الأرجيات الضوئية

التشخيص السريري	الصور السريرية (حسب تسلسل الشيوخ)	الحدوث	الطيف المؤثر	توليد الآفات الجلدية تجريبياً
محسسات ضوئية معروفة :				
١ - أرج ضوئي تماسي	التهاب جلد ، إكزيمة ، شرى	شائع	UVA و نادراً UVB	نعم
٢ - أرج ضوئي مجموعي	التهاب جلد ، إكزيمة ، شرى	شائع نسبياً	UVA و نادراً UVB	نعم
٣ - تفاعل ضوئي مستمر	إكزيمة ، التهاب جلد	نادر	UVA ، UVB ، UVC ، الضوء المرئي	نعم
محسسات ضوئية غير معروفة :				
١ - الشرى الشمسي	شرى	نادر جداً	UVA ، UVB ، UVC ، الضوء المرئي	نعم
٢ - الاندفاع الضوئي متعدد الأشكال	نمط حطاطي نمط شروي حمامي عديدة الأشكال نمط حمامي عديد الأشكال نمط لويحي ، نمط نزفي نمط Ictus (شرى حطاطي)	شائع	UVA وأحياناً UVB	نعم

الحدوث : نادر ، يصاب الكهول غالباً .
التأثير المباشر والمشارك للمستأرج والإشعاع . وكثيراً ما يكون طيف امتصاص المستأرج وطيف تأثيره متماثلين ، والأغلب أن يختلفا . ويفترض إذن أن الإشعاع الطاريء يغير المعقد إلى

- ندرة .
- حنة مناعية متغيرة (= الأرج) .
- ندرة عن تفاعل ضد - مستضد .
- كثيراً ما يصادف فيها تفاعلات متأخرة متوسطة بالخلايا من نمط الإكزيمة .
- تفاعلات الخلطية العاجلة من نوع الشرى هي نادرة .
- انجودات السريرية عادة : التهاب جلد أو إكزيمة ونادراً شرى . تحتاج عادة لجرعات خفيفة من الأشعة أقل بكثير من التفاعل الضوئي السمي وكثيراً ما تكون الاندفاعات خطية .
- التفاعلات : عاجلة وآجلة أو أحدهما ، تفاعل النقل السلبي (Prausnitz - Küstner) لا يجري في الوقت الحاضر ، وكذا تفاعل النقل السلبي العكوس Reversed Passive transfer test .

تؤدي المواد المؤرجة بالضوء إلى تحسيس المريض : بالتماس الجلدي أو بتناولها عن طريق الفم أو الحقن . وبعد حصول

مستأرج ضوئي (كما هو الحال في السلفانيلازيد ، والفينوتيازين ، والساليسيلانيلازيد المهلجن) والقسم المؤثر من الطيف هو دائماً في مجال UVA ونادراً جداً ما يكون في مجال UVB (كما هو الحال مع بعض السولفوناميدات) . وغالباً ما يستمر الأرج الضوئي القمائي مدى الحياة كما في الأرج القمائي .

الجدول ١٣ - ١٣ : أمثلة هامة عن مستأرجات بالضوء

Uptake	المادة	الحدوث
موضعي	الساليسيلانيلازيد المهلجنة تراكلوروساليسيلانيلازيد TCSA ثري بروموساليسيلانيلازيد TBSA ثري كلور كاربانيليد TCA	صوابين مزوقات مطهرات المعالجات الجلدية
	بارا أمينوبنزويك أسيد PABA	المعالجات الجلدية
	هكزاكلوروفين ، بيتيونول	دارثات الشمس
	فيتيكلور Fenticlor بوكلوزاميد مسك العنبر	مضاد فطري مضاد فطري عطر في المزوقات
عن طريق الفم	سلفوناميدات مشتقات سلفونيل يوريا مشتقات السلفوناميد	معالجة كيميائية مضادات السكري القموية مضادات السكري القموية
	مشتقات الفينوتيازين والمواد المشابهة ثري بروليدين دي فينهدرامين	علاجات نفسية مضادات الهستامين مضادات الهستامين
	كلوروتيازيد يزاكوديل Bisacodyl سيكلامات	مدر ملينات مخليات

الموجودات السريرية : تتوضع عادة اندفاعات الآفات الحادة في مناطق الجلد المعرضة للضوء وتعطي مظهر التهاب جلد قمائي أرجي مع حمامي مقطعة واضحة الحدود على ظهر اليدين والوجه والرقبة ، مع تشكلات حطاطية حويصلية ونادراً نفاطية . تعف الآفة غالباً عن مثلث تحت الذقن (نسبة الأشعة التي تصله قليلة) (راجع الشكل ١٣ - ٢١) . وتكون حدود الاندفاعات واضحة مقارنة مع المناطق المغطاة بالثياب . كما تكون الآفات الجلدية ، في حال تعرض للأشعة قليل (الحريف والشتاء) أو التعرض لمقادير ضئيلة من المستأرجات الضوئية ، خفيفة وغير واضحة الحدود . وفي حالة استمرار وجود المستأرج تأخذ الآفة شكلاً مزمناً مع مظاهر إكزيمة . ويكون احمرار الجلد خفيفاً مع مظهر التهابي ، غير أنه يكون متحزراً ومتجلباً . لا تصادف بؤر إكزيمة على المناطق المغطاة أو غير المشعة من الجلد . حيث تؤمن الملابس الوقاية المناسبة ، وعلى أي حال فقد يحصل تعميم الإكزيمة .

الأعراض : العرض الغالب هو الحكّة ، مثال شائع هي الساليسيلانيلايدات المهلجنة ، والتي أدت حتى عام ١٩٧٠ إلى ازدياد كبير في أعداد المصابين بالإكزيمة المحرشة بالضوء (جاثحات) والتي سحبت في الوقت الحاضر من الصناعة ومن الأسواق التجارية . وهناك بالطبع كثير من التحسسات المتصالية .

التشريح المرضي النسيجي : رشاحة نموذجية لمفاوية مصورية تتوضع حول الأوعية مؤدية إلى نثر مصلي Exoserosis وتسرب خلوي Exocytosis مع تسفنج Spongiosis (التهاب جلد) وشواك ، وتحلم مع خطل وفرط تقرن (إكزيمة) . ونادراً ما تشاهد في البشرة الخلايا المخربة بالضوء (خلايا حرق الشمس) .

السير : مزمن ، ما دما لم نحدد المستأرج ونحذفه .

المعالجة : حذف المستأرج الضوئي . نعالج الحالة الحادة أو المزمنة كما تعالج التهابات الجلد أو الإكزيمة الأرجية . تقوم الوقاية بارتداء الملابس السميكة للتخلص من تأثير الضوء واستعمال المراهم الدائرة للشمس والمؤثرة في مجال الأشعة فوق البنفسجية A و B .

أشكال خاصة من الأرج الضوئي : تؤدي كثير من المواد إلى أكثر من شكل واحد من الأرج الضوئي وأحياناً ، وتحت ظروف خاصة ، تؤدي أيضاً إلى تفاعلات سمية ضوئية . ويمكن كشف هذه التفاعلات المتداخلة بإجراء اختبارات واسعة ، ضوئية ، ورقعية ضوئية . ويعطينا الجدول ١٣ - ١٤ مثلاً على مادتين لهما هذا التأثير

الجدول ١٣ - ١٤ : مواد تؤدي إلى
تفاعلات ضوئية

المادة	إلزامي	اختياري
لبسورينات	سَمِي ضوئي	التهاب جلد تماسي
- ٨ ميتوكسي		أرجي
بسورالين		التهاب جلد تماسي
- ٥ ميتوكسي		أرجي ضوئي
بسورالين		أرج ضوئي مجموعي
- تري ميتيل بسورالين		(بعد تناول عن طريق الفم)
بسورالين		التهاب جلد ضوئي سَمِي
كلوروبرومازين	-	التهاب جلد تماسي
		أرجي
		(غط إكزيمي)
		التهاب جلد تماسي
		أرجي ضوئي
		أرج ضوئي مجموعي
		(بعد تناول المستأرج الضوئي عن طريق الفم ، غط إكزيمي)

الأرج الضوئي المجموعي (الدموي Systemic Hematogenous Photoallergy) :

تشبه الصورة السريرية كثيراً من التفاعلات الضوئية الأرجية التماسية الحادة أو المزمنة ، إلا أن المستأرج لا يؤثر عبر الجلد ، بل عن طريق الفم أو الحقن . ومن الأمثلة الشائعة هي الفينوتيازين والسلفوناميد .

التشخيص والمعالجة : كما في الأرج الضوئي التماسي أو إكزيمي التماس .

التفاعل الضوئي المستمر Persistent Light Reaction [Haxthausen ١٩٣٣ و Jillson و Baugham : ١٩٦٣] :

التعريف : هو الشكل الأكثر حدة وإزعاجاً من جميع التفاعلات الأرجية الضوئية ، ينجم ويستمر بتأثير التعرض للضوء دون تدخل مستضد ، يتجلى سريرياً بإكزمية مزمنة على مناطق الجلد المعرضة للضوء .

الحديث : نادر في ألمانيا ، أما في إنكلترا والولايات المتحدة الأمريكية والمهند ، فقد انتشر بشكل جائحات بين عامي ١٩٦٠ - ١٩٧٠ بسبب استعمال الساليسيلاتيليد المهلجنة في

المواد المستعملة في المراحيض وأكثر ما يصادف عند الرجال في منتصف العمر وبعده ، وتشتد الآفة في الفصول المشمسة .

السيببات والأمراض : مشابهة للأرج الضوئي ، وأما سبب استمرار الآفة فغير معروف . فلو منعنا المستأرج المسبب فإن الآفة تستمر دون تبدل لعشرات السنين ، وخاصة بعد التعرض للضوء . ويعتقد أن بقايا زهيدة من المستأرج تبقى مخزونة في الخلايا ، أو أن الخلايا المسماة بخلايا الذاكرة نسخت نموذجاً للمستأرج . تقارن هذه الآلية مع ظاهرة بقاء المستأرج في الدراسة المصلية للإفرنجي (ما يسمى بنديبة المصل Serum Scar) . وإن لبعض المرضى أرج تماسي نحو الكرومات أو بعض النباتات (الفصيلة المركبة Compositae) .

الموجودات السريرية : يظهر في البدء التهاب جلد ، كما في الأرج الضوئي التماسي الحاد على المناطق المعرضة للضوء ويسير نحو الإكزمية المزمنة . ومن خصائص هذه الآفة الارتشاح الشديد والتحيز في المناطق المصابة . وتوصف بعض الحالات بإكزمية شمسية . يبدي الجلد حمماً النهائية تميل إلى اللون الأرجواني المزرق مع وذمة متشرة ، سمكة ، متشققة ، ومغطاة بالوسوف (راجع الشكل ١٣ - ٢٢) . وفي الحالات فائقة الحدة . تأخذ الوذمة المرتشحة مظهر لمفوم جلدي منتشر . والتوضع الانتقائي هو الجهة ، والخصدين ، والأذن الظاهرة (تبقى المنطقة خلف الأذن سليمة على الأغلب ، علامة ويلكنسون) ، والرقبة ، والظهر اليدين ، وتأخذ أحياناً مظهر السحنة الأسدية . وفي التفاعلات الضوئية المستمرة تكون الاندفاعات مبعثرة وأكثر حدة عما هي عليه في التهاب الجلد التماسي الضوئي . وفي الحالات الحادة ، تشمل الاندفاعات كل الجلد ، وذكرت حوادث تحولت إلى متلازمة سيزاري . ونجد هنا ، بعكس الأرج الضوئي ، أن الطيف الضوئي المؤثر يمتد من UVB وحتى الضوء المرئي ، ولذلك فإن الكميات الضئيلة من الإشعاع التي تحترق الملابس كافية لاستمرار التفاعل الضوئي حتى على المناطق المغطاة .

الأعراض : حكة شديدة .

التشريح المرضي النسيجي : نموذجي كما في إكزمية الأرج الضوئي ، وقد يحصل حسب درجة التحيز شواك صديفي وتحلم وفرط مع خطل تقرن . وتكون الرشاحة الانتهاية التي تكثر فيها اللمفاويات والمصويرات كثيفة جداً وتمتد بشكل خطي وتثليء النسيج الضام وحتى عمق الأدمة . يشاهد المران الضوئي في الأقسام الأعظم . ونلاحظ أحياناً تبدلات تشبه للمفوم الكاذب .

المسار : مزمن على الرغم من عدم تعرض المريض للمستأرج

الشرى الشمسي [Solar Urticaria] Merklen : [١٩٠٠]

المترادفات : Urticaria Solaris ، شرى الأرج الضوئي .

التعريف : تفاعل جلدي شروي يظهر بعد دقائق من التعرض للشمس أو لضوء صناعي ، وخاصة في المناطق المستورة من الجلد . وقد يستمر الشرى الشمسي لعدة سنوات .

الحدوث : نادرة وعاباً ما يحدث لدى الكهول .

السيببات والأمراض : السبب غير معروف . وقد يمتد الطيف المؤثر من أشعة رونتجن (نادر جداً) وحتى الأشعة تحت الحمراء . ويؤدي كثير من المرضى تفاعلاً شروباً في منطقة حقن مصلهم الخاص والذي سبق إشعاعه . وتبني التصانيف على عدد من المعطيات كالطيف المؤثر والتبدلات النسيجية . وقد ذكر أن الضوء العارض (في الزجاج بإشعاع المصل أو في الحياة في الجلد) يحرر مواداً (مستضدات) تؤدي إلى تفاعل أرجي من النوع الفوري (تحرر وسائط من الخلايا البدينة) . ويمكن في بعض الحالات وقف التفاعل الشروي بمضادات الهيستامين .

الموجودات السريرية : يظهر فوراً بعد التعرض للإشعاع (شمس ، أجهزة الاختبار الضوئية) وفي كل مناطق الجسم ، وخاصة في المناطق المغطاة من الجلد ، حس حرق وتوتر ، ثم تظهر الحماشي وبعد عدة دقائق تظهر اندفاعات انتبارية حاكة . يستمر التفاعل الشروي لدقائق أو لساعات حسب جرعة الضوء . وقد تظهر حطاطات واسعة ، (راجع الشكل ١٣ - ٢٣) ووذمة ، وأعراض قلبية وعائية ، وهبوط توتر شرياني وتسرع قلب وأحياناً أعراض صدمة .

التشريح المرضي النسيجي : وذمة في الأدمة السطحية مع وجود أوعية متوسعة . يؤدي بعض المرضى ارتشاحاً حبيوبياً لمفاوياً حول الأوعية مع حمضات وتجزؤ نووي وذلك بعد ٦ - ٣٦ ساعة من ظهور الانتبار .

المسار : مزمن ، يستمر لسنوات مع ميل غير أكيد للشفاء .

التشخيص : تجري اختبارات بإشعاعات ذات أطوال أمواج مختلفة (أشعة رونتجن ، UVC ، UVB ، UVA والضوء المرئي والأشعة تحت الحمراء) وذلك لتحديد الأثر الطيفي وكذلك الجرعة اللازمة لإحداث الانتبار . وهناك إمكانات أخرى تشمل اختبار النقل السليبي العكوس وحقن المصل المشع سابقاً بالزجاج .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الاندفاع الضوئي عديد الأشكال والتهاب الجلد التماسي الشروي وعن الأشكال الأخرى من الشرى .

من جديد . تبقى التفاعلات الجلدية في هذه المرحلة محروسة بالضوء فقط . ولا يعرف ما إذا كان المصابون بهذا التفاعل الضوئي المستمر سيفقدون في يوم من الأيام هذا الأرج الضوئي . وإن هذا التهاب الجلدي الوخيم والمستمر بتأثير كميات قليلة من الأشعة هو مزعج للغاية .

التشخيص التفريقي : يميز عن الأشكال الأخرى للأرج الضوئي وخاصة بالنباتات (المستأرجات الضوئية النباتية) ، وعن الشباكاني السافع Actinic Reticuloid (لا تزال آلية هذه المتلازمة قيد المناقشة من قبل عدد من المؤلفين . وقد تكون شكلاً فائق الحدة للتفاعل الضوئي المستمر) ، وعن التهاب الجلد التماسي بعوامل منقولة بالهواء ، والتهاب الجلد العصبي الشديد ، والسحنة الأسدية في الفطار الفطراتي ومتلازمة سيزاري .

المعالجة : كما هي في كل الأشكال الأخرى للأرج الضوئي ، من المهم جداً تجنب الضوء . ونظراً للطيف الواسع المؤثر من الأشعة من UVB إلى UVA وحتى الضوء المرئي ، يجب تأمين وقاية فعالة من الضوء ، ضوء الشمس ، وضوء النهار وكثير من المصابيح في مناطق العمل تعطي كمية كافية من الطاقة لاستمرار التهاب الجلد . وهكذا فإن على المرضى أن يحولوا نشاطاتهم إلى المساء وساعات الليل ، ويجب تغطية كل مناطق الجلد المعرضة للضوء بالعوامل الدائرة من الضوء (ذات الطيف الواسع) أو بالمرزقات ، مع ، أو دون الرهيمات والمحاليل الملونة للجلد .

وقد أمكن الحصول على نتائج جيدة بالمعالجة بالبوفا PUVA . وإن تحديد جرعة البدء العلاجية هو صعب بسبب الحساسية الشديدة للأشعة فوق البنفسجية A . والجرعات البدئية هي أقل من ٠,٢٥ جول/سم² وجرعة MOP - 8 هي أعلى من الجرعة المعطاة لمعالجة الصداف بالبوفا Puva . وإن المعالين بهذه الطريقة ، والذين أصبح جلدهم دابغاً يمكنهم أن يتحملوا فترة تعرض للشمس أطول دون ظهور أعراض التقسية الضوئية Light - Hardening .

شكل خاص : الشباكاني السافع Actinic Reticuloid [Ive ورفاقه ١٩٦٩] :

حالة نادرة من التفاعل الضوئي المستمر مع صورة نسيجية للمفوم كاذب .

الأرج الضوئي بمحسسات غير معروفة :

وتشمل هذه الزمرة : شرى الشمس ، والتفاعل الضوئي متعدد الأشكال ، والحصاف وقسي الشكل .

ملخص:

ملخص جهازية : ثبت أن مضادات المستامين غير فعالة . يؤثر الكورتيكوستيرويدات في بعض الحالات وتشكل اليوفا PUVA شكلاً آخر ممكناً من المعالجة ، إنما يجب الاستمرار بها بحذر وبمعايير محض من الأشعة فوق البنفسجية A وبجرعة عالية من A - ميتوكسي سورالين حتى الحصول على تصبغ جلدي (تقنية أشعة الشمس) . وقد طبق حديثاً تبديل البلازما . ويجب البدء بالمعالجة قبل الأشهر المشمس وقبل العطلة .

معالجة موضعية : التعريض المتكرر لأشعة الشمس أو للأشعة فوق البنفسجية الصناعية (الأفضل نموذج A) يؤدي إلى ظاهرة شتراف المظاهر الجلدية ، والجلد عندها لا يتفاعل بالانتثار (ظاهرة تقسية وتسريع المناعة Tachyphylaxis) ، ويستمر رد - لأعراض لأيام أو لأسابيع .

الاندفاع الضوئي متعدد الأشكال Polymorphic Light Eruption [Rosch Haxthausen Hausmann 1929] : [1900]

تردقات : PMLE ، الاندفاعات الصيفية ، الحُكَاك الصيفي [1879 Hutchinson] الجلاد الضوئي الشبيه بالذئب الحمي ، الإكزيمة الشمسية .

التعريف : مرض جلدي متعدد الأشكال ، شائع نسبياً في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية ، وخاصة في إسكندنافيا ، ينجم عن أثر ضوء الشمس ، وذلك بسبب أريج ضوئي متواسط باختلايا . إلا أن المستأرج لم يحدد بعد .

المحلوث : مرض شائع نسبياً في مناطق خطوط العرض المعتدلة ، وخاصة في الأشهر من آذار وحتى حزيران ، كما يحدث أثناء الزيارات السياحية للبلدان المشمس . والآفة تظهر في أي عمر . وفي ألمانيا أكثر ما تصاب الفتيات الشابات ، حيث تبلغ نسبة إصابة الإناث إلى الذكور هي ٩ : ١ . وقد ذكرت حوادث عائلية في ١٠ - ١٤٪ من الإصابات . لا يوجد فارق فيما يخص العرق ، حيث يمكن أن يصاب ذوي الجلد الفاتح أو ذوي الجلد الأسود .

الإمراض : مجهول ، وهناك كثير من القرائن على كونه تفاعلاً أرجياً .

سريريّاً : ثمة حمى والتهاب جلد ، وهناك زمن تفاعل متأخر (أجل) بين التعرض للضوء وبدء ظهور العلامات الجلدية وبين الاندفاعات المبعثرة غير واضحة المعالم .

نسيجياً : يكون مشابهاً للتهاب جلد تماسي أرجي . ويحدث فرط الحساسية للضوء لدى هؤلاء المرضى رغم أن الجرعة

الحمامية الصغرى ج ح ص [MED] للأشعة فوق البنفسجية B هو أقل من الطبيعي . ويبدو أن الطيف المؤثر هو غالباً في مجال UVA ، ولبعض المرضى ضمن المجال UVA - UVB .

وقد أمكن بنجاح إحداث التهاب الجلد الضوئي متعدد الأشكال صناعياً في شروط تجريبية . وإن الآفات الجلدية الموصوفة من قبل بعض المؤلفين - بعد التشعيع بجرعات عالية من الأشعة فوق البنفسجية تصل حتى ٨ مرات من الجرعة الحمامية الصغرى ج ح ص MED للأشعة UVB ، والتشعيع المتكرر باستعمال مصابيح الكزيتون أو Kromayer عند الضرورة - يبدو أنها لا تتوافق مع هذه المتلازمة .

الموجودات السريرية : يتميز هذا المرض باندفاعات جلدية متعددة الأشكال . تظهر في الربيع والصيف ، وغالباً بعد أول تعرض مديد لأشعة الشمس ، ثم تخف تدريجياً في فصل الصيف لتعاود الظهور من جديد في السنة التالية .

تصاب المناطق المعرضة للضوء فقط . والتوضعات الانتقائية هي : جانبي الوجه والرقبة والأوجه الجانبية للذراعين وقد تظهر على الساقين لدى النساء . ونعني بالاندفاع متعدد الأشكال هو أن الاندفاعات قد تختلف بين مريض وآخر ، إنما لدى نفس المريض يكون الاندفاع الضوئي وحيد الشكل (راجع الشكلين ١٣ - ٢٤ و ١٣ - ٢٥) . وقد تظهر الاندفاعات الضوئية متعددة الأشكال بنمط حطاطي ، أو شروي ، أو نمط يشبه الحمامي متعددة الأشكال (E.M. Type) ، أو نمط نزفي ، أو حكاكي (شرى حطاطي Strophulus) ، أو نمط فقاعي .

العلامات المشخصة : الاندفاع وحيد الشكل في المناطق المعرضة للضوء من الوجه والرقبة وأعلى الذراعين ، البدء في الفصل المشمس وخاصة لدى النساء اليافعات .

التشخيص : يمكن نفي الآفات الجلدية الأخرى المحرشة بالضوء على أساس القصة النموذجية . ويمكن تحريش ظهور الآفات بتعريض منطقة مصابة باندفاعات ضوئية متعددة الأشكال نموذجية ، كظهر اليدين والقسم الظاهر من الذراعين والرقبة بجرعة ٤٠ - ١٠٠ جول/سم^٢ من الأشعة فوق البنفسجية A وقد يكون الاختبار إيجابياً . وقد يكون من المفيد إجراء دراسة نسيجية على المناطق النموذجية والمحرشة .

التشخيص التفريقي : يختلف حسب نمط الاندفاع . ففي الاندفاع الإكريمي صغير الحطاطات يفرق عن التهاب الجلد الأرجي الضوئي ، والتهاب الجلد التأتبي والحكاك تحت الحاد والتهاب الأوعية النزفي . وفي الشكل الإكريمي كبير الحطاطات

يتميز عن الذئب الحمامي ، والشرى الشمسي ، والبرفيرية مولدة الكريات الحمر ، والحمامي متعددة الأشكال .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : جرب الكلوروكين بنجاح أحياناً . أما إعطاء البيثاكاروتين عن طريق الفم فغير مفيد .

يوصى بإحداث التقسية الضوئية بالتعرض الحذر للشمس أو الأشعة فوق البنفسجية A و B مع زيادة زمن التشعيع وإحداث ديبج جلدي متري . وفي الحالات الحادة ، يمكن استعمال البوفا PUVA التي تطبق لمدة ٢ - ٦ أسابيع قبل التعرض المديد للضوء (العطل مثلاً) والتي تؤمن أفضل حماية ضد نكس الآفة . والطرائق هي نفسها المستعملة في معالجة الصدف الشائع .

المعالجة الموضعية : إن دارنات الضوء التي تمتص الأشعة UVB فقط هي غير فعالة ، ويؤمل خيراً بالدارنات الحديثة التي تمتص بشكل جيد مجال طيف UVA ويفيد تغطية الجلد بالمزوقات أو المحاليل الملونة بلون الجلد . كما أن الاستعمال الموضعي للستيرويدات القشرية السكرية يخفف الأعراض .

الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vacciniforme [Bazin ١٨٦٢] :

التعريف : آفة نادرة ، تظهر بشكل حاد في الربيع أو بدء الصيف وتتميز بنفاسات نزفية متعددة وجلبات على الوجه واليدين ، تشفى بخلفة ندبات جذرية الشكل .

الحدوث : نادرة وأحياناً عائلية ، تبدأ الأعراض الأولى عادة قبل سن العاشرة من العمر وتصاب الفتيات بنسبة أكبر من الصبيان ، وتبدأ الآفة عادة في نهاية الربيع وبدء الصيف .

السيببات والإمراض : مجهولة ، ومن المؤكد أنه جلد ضوئي حيث تؤدي الأشعة فوق البنفسجية إلى تشكل سريع للنفاسات ، إذ لا تظهر هذه النفاسات في المناطق المغطاة من الجلد ، وغالباً ما يترافق بالتهاب قرنية والتهاب ملتحمه . ويمكن تحريش هذه الاندفاعات بالأشعة UVA في ظروف المختبر .

الموجودات السريرية : يعطي الحصاف وقسي الشكل صورة سريرية ملفنة للنظر (راجع الشكل ١٣ - ٢٦) . ويقتصر تجمع الاندفاعات على المناطق المكشوفة من الجلد . ويسبب

التعرض للشمس في الربيع ظهور اندفاعات حمامية النهائية متناظرة ، واضحة الحدود ، وتعلوها نفاطات صغيرة تحوي سائلاً مخاطياً أو نزفياً ، وتوضع على الأذنين والأنف والأصابع واليدين وظهور اليدين والذراعين . تجف هذه الاندفاعات مشكلة خشكريشات سوداء ، تسقط مخلفة ندبات منخمصة جذرية الشكل ، فاقدة اللون غالباً . وقد يتلو ذلك فرط أو نقص تصبغ يعطي الجلد مظهراً متعدد الأشكال .

وهناك حالات خفيفة ، حادة أو فائقة الحدة قد تترافق مع ترفع حروري وسوء في الحالة العامة . وقد تحدث تشوهات أو جدوع في الأنف والأذنين والأصابع . وفي حال حصول إصابة عينية يمكن أن تشاهد ندبات في القرنية .

التشريح المرضي النسيجي : نخر بشروي بؤري ، حويصلات ضمن البشرة ونفاطات تحت بشروية مليئة بالكريات البيض والحمر ، التهاب مُتخَر يتوضع حول الأوعية .

المسار : تنكس الآفة عادة في كل ربيع لتراجع عادة عند الكهول .

التشخيص التفريقي : يتميز عن البرفيرية الكيدية ومولدة الدم (البرفيرين في الدم والبول ، تألق الكريات الحمر) حيث أن استقلال البرفيرين يكون سوياً في الحصاف وقسي الشكل .

المعالجة : لا يوجد علاج سببي معروف وفعال . يتمتع عن التعرض المباشر وغير المباشر لأشعة الشمس . وفي حال الضرورة يوصى بلبس نظارات دائرية للأشعة فوق البنفسجية .

المعالجة الجهازية : قد تفيد المعالجة بالبوفا PUVA في الربيع وقبل بدء الفصل المشمس . كما ذكرت محاولة المعالجة بالبيريدوكسين (٦٠٠ ملغ يومياً) والبيثاكاروتين . وفي الحالات الحادة قد تدعو الحاجة إلى تطبيق المعالجة الستيروئيدية القشرية .

المعالجة الموضعية : المعالجة العرضية للنفاطات والجلب النزفية بالمرهم ، وتحسين الحالة العامة للمساعدة على التام الجروح . أما دارنات الضوء لطيف UVB فهي غير فعالة . ينصح بالتغطية بمواد فعالة ضد UVA والضوء المرئي . كما يفيد تغطية كامل الجلد بالمزوقات أو المحاليل الملونة بلون الجلد .

الفصل الرابع عشر

أمراض الجلد الحمامية والحمامية الوسفية

Erythematous and Erythematousquamous Skin Diseases

د . وليد حناوي

الحمامات Erythemas :

البيغ Flushing :

التعريف : يطلق تعبير البيغ على الاحمرار العابر والفعال في الأوعية والذي يصيب الجلد .

الموجودات السريرية : يُلاحظ في البيغ حدوث حمى احتقانية على جلد الوجه والعنق غالباً . وقد تنتشر إلى مناطق أخرى . ويمكن لها أن تأخذ شكلاً بقعياً . وقد ترافق بضعف أو تعرق أو حكة أو صداع أو إسهال .

الإمراض : قد ينجم البيغ عن نقص المقاومة العصبية القابضة للأوعية أو عن نقص في فاعلية الأعصاب الموسعة للأوعية . وقد تحدث أيضاً نتيجة تفاعل العضلات الملس الموسعة للأوعية بشكل مباشر .

وقد أوجزت الأسباب والوسائط في حدوث البيغ في الجدول ١٤ - ١ .

إن معظم هجمات البيغ ذات آليات متعددة ؛ فحرارة القهوة تحدث البيغ أكثر من الكافيين ، وقد يشبه الطعام الساخن من أي نوع كان . ومن المحتمل أن يتواسط الوطاء (تحت السرير البصري) مركز تنظيم الحرارة حدوث هذا البيغ فالكحول يحدث البيغ بآليات متعددة . والاسيت الدهيد - وهو مستقلب كحولي - يحدث البيغ أيضاً وبخاصة عند الشرقيين الذين لا يستقلبونه بشكل تام .. وقد تنشط الأدوية أنظم بيتا هيدروكسيلاز ودي هيدروجيناز الكحولي . وهذا يزيد من البيغ الكحولي .. وتضم هذه الأدوية كل من : دي سولفيرام ، كارباميد الكالسيوم ، فينتولامين ، غريزوفولفين ، مترونيدازول ، بيتالاكسام ، الصادات ، وكلوربروباميد . ويحتوي كل من الشيري والبيد على المستامين ، كما تحتوي الجلبة على التيرامين ، ويمكن لكليهما أن يحدثا البيغ .

ويعتبر بيغ الإياس Menopause العلامة النموذجية الوحيدة للإياس . فالتبدلات في جريان الدم ودرجة حرارة الجلد ،

بالإضافة إلى زيادة التعرق ومعدل سرعة القلب تلاحظ في بيغ الإياس . ولا يتغير مستوى الأستروجين والغونادوتروبين في الدم بشكل ثابت مع أعراض الإياس ، ولذلك كان من المتفق عليه أن الأستروجين يثبط هذه الأعراض ، كما يسبب الأستروجين زيادة الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي لتثبطه التيرازين هيدروكسيلاز .

ويفترض أن الانكيفالين (Enkephalin) يلعب دور الوسيط في وردية الوجه ، كما يحدث حقن الأندورفين (Endorphin) ويريداً البيغ أيضاً . وتضم متلازمة فرط الأندورفين البيغ في أعراضها .

الملاحظة : إن البيغ الناجم عن حمض النيكوتينيك والمرتبط بالبروستاغلاندين قد يثبطه الأندوميتاسين والساليسيلات . ويثبط الأتروبين البيغ بالغلوتاميت في متلازمة مطعم الصينيين . كما يثبط الأستروجين البيغ الإياعي والبيغ بالنالوكسون وبالكلوربروباميد أيضاً . ويظهر البيغ لدى الرجال المصابين بقصور خصوي والذي يمكن تعديله بمركبات السيروترون استيت ١٠٠ ملغ ثلاث مرات يومياً . ولقد نوقش علاج البيغ المستاميني في أمراض الخلية البدنية المجموعي في بحث الشري الصباغي .

احمرار الوجه Blushing :

المترادفات : الحمامى الحياتية (Erythema e Pudore) ، البيغ .

التعريف : تعزى ، وهي حمامى انفعالية ، بشكل أولي إلى التبيغ المنشط العابر لدى الشباب .

الإمراض : إن احمرار الوجه تعبير عن استجابة وعائية متبدلة يظهر في توسع شديد في الضفيرة الوعائية تحت البشرة ويعزى إلى التبيغ المنشط .

الجدول ١٤ - ١ : البيغ - أسبابه وآلياته

السبب	العامل	الوسيط
الانفعال	عصبي ، الجهاز العصبي المركزي	المادة P
فيزيائي	الحرارة	مختلط
كيميائي	إيتانول	أسميت ألدبيد
الأدوية	حمض النيكوتينيك	بروستاغلاندين
الطعام	غلوناميت	نط الأستيل كولين
الغدد الصم	الإياس	غونادوتروبين ؟
	متلازمة فرط الأندورفين	انكافالين

الأورام	أدواء الخلايا البدنية	هستامين ، براديكنين بروستاغلاندين ، سيروتونين عديدات الببتيد المعوية الفعالة في الأوعية
	السرطاوي (Carcinoid) المتكثرة	

الحدوث : يعتبر البيغ علامة نموذجية في متلازمة السرطاوي . ويمكن تمييز هذه المتلازمة بالأعراض المعوية (إسهال راجع مزمن ، فرط التمعج ، آلام بطنية ، علامات علوص (Ilues) أو انفصال) ، وبالأعراض القلبية الوعائية (قصور القلب الأيمن) ، وبالأعراض التنفسية (هجمات من ضيق النفس ، الحالات الربوية) .

الإمراض : هذه الأعراض التي يثيرها الورم ، يحددها السيروتونين (٥ - هيدروكسي تريامين) الذي تستقبله مونوامينو أكسيداز وألدريد أكسيداز إلى حمض ٥ - هيدروكسي اندول أستيتك ثم يطرح في البول ولهذا فإن تحديد وجود ٥ - هيدروكسي اندول أستيتك في البول هام في التشخيص إذا توقعنا هذا المرض . ويفترض مشاركة الكينينات الأخرى ، وعديدة البيثيدات المنشطة للأوعية والبروستاغلاندين والهستامين في هذه الإصابة .

الموجودات السريرية : تظهر أعراض هذا البيغ عادة بشكل مفاجيء على الوجه والعنق ، وقد تصيب القسم العلوي من الجذع ، فتحدث مناطق من الحمامي السطحية بأقطار مختلفة وألوان متباينة بين الوردى والأحمر إلى الأرجواني . وقد تظهر آفات شروية أحياناً . تلوم الهجمات عدة دقائق فقط وترتبط هجمات البيغ هذه بحجم الورم ومن ثم تصبح أكثر تواتراً . ومع مرور الوقت يحدث احمرار ثابت على الوجه وعلى العنق معا . وتتوسع الشعريات والوريدات في الجلد فتحدث زرقاً بقبعاً على الوجه . وبعد استئصال الورم تتراجع الأوعية المتوسعة . وقد يرافق الإصابة تسرع في القلب أيضاً ، أو آلام بطنية أو إسهال أو وذمة حول الحجاج ترتبط بالهجمات .

التشخيص : القصة المرضية هامة في وضع التشخيص ، وبخاصة في حدوث هجمات الحمامي الأرجوانية (البيغ السيروتونيني) والأعراض المعوية معاً .

المعالجة : استئصال الورم ، أو بتجربة مضادات السيروتونين (سيبروهيتادين) .

الحمامات الراحية والأنخسية

(Palmar and Plantar Erythemas) :

الحمامي الراحية والأنخسية الوراثية

(Erythema Palmar et Plantar Hereditarium)

المترادفات : الراحات الحمراء .

يورث هذا المرض بمورثة صبغية جسدية سائدة ويصيب الذكور بشكل رئيسي . ويتصف بحمامي دائمة ومتناظرة وخاصة على قاعدة الإبهام والخنصر . كما يبدو أقل وضوحاً في

الموجودات السريرية : يحدث احمرار الوجه عادة في الأشخاص النفسيين الإنباتيين (Psychovegetative) ، وغالباً ما يكونون عطويين (Labile) . أما العلامات الأخرى لخلل النظام المستقل مثل فرط التعرق أو زراق النهايات أو الوضع الكاذب بالتنشج الوعائي فتتواجد على ظهر اليدين . ويصيب هذا الاحمرار وبشكل حاد الوجه والعنق والقسم العلوي من الصدر إذ يظهر عليها حمامي بقعية محددة تماماً حمراء فاتحة اللون ، تنار بالتحريض النفسي أو بالخجل أو بحالات من التوتر ، وتختفي بسرعة عندما يزول الانفعال .

المعالجة : غير ضرورية عموماً ، ولكن يمكن استعمال الأدوية النفسية في بعض الحالات الخاصة .

الحمامي الوجهية الدائمة (Persistent Facial Erythema)

المترادفات : الحمامي الوجهية الدائمة (Erythema Faciale Persistens) ، قناع الوجه البنيوي (Typus Rusticanus Moncorps) .

الموجودات السريرية : يلاحظ في هذه الحمامي وجود احمرار وجهي دائم متناظر وبخاصة على منطقة الوجتين ومنطقة الأنف والذقن باستثناء منطقة ما حول الفم . ويترافق أحياناً بتوسع الشعريات . كما ترتفع حرارة الجلد في الحمامي بشكل يمكن تقديره .

يبدأ هذا المظهر الوجهي البنيوي في الطفولة وبشكل عائلي أحياناً . والنساء أكثر إصابة بهذه الحمامي غالباً ، ومعظمهن من النمط البدين والقصير (النمط ممتلئ الجسم) . وقد تحدث هذه العلامة أيضاً كعرض جزئي في الحمامي التندبية محجية المنشأ (Ulerythema Ophryogenes) .

البيغ في متلازمة السرطاوي Flushing in Carcinoid :

المترادفات : البيغ الحاد ، ظاهرة البيغ .

التعريف : ظهور حمامي مزرقة سطحية على الوجه والعنق بشكل انتبائي مفاجيء . وهذه الحمامي نموذجية في متلازمة السرطاوي .

لأخصيين . ويعتبر هذا المرض خلل تنسج ولادي في أوعية
حد ويترافق بزيادة ترويتها .

التشخيص التفريقي : يجب تمييزها عن الأشكال العرضية
حمامى الراحية والأخصية وعن الأشكال البسيطة من
انقران الراحى الأخصى ، ويوصى بفحص الأقرباء .

**الحمامى الراحية والأخصية العرضية (Symptomatic
Palmar and Plantar Erythema)**

مرادفات : الحمامى الراحية والأخصية العرضية (Erythema
Palmar et Plantare Symptomaticum) .

التعريف : وتحدث هذه الحمامى المكتسبة دون وجود قصة
عائلية مرافقة .

الحدوث : يشاهد هذا المرض غالباً على شكل حمامى راحية
كبديّة في أدواء الكبد المزمنة ، وتكون أطراف اليدين بيضاء أو
حليبية اللون على الأغلب . وهذه الحمامى شائعة في المصابين
بالتهاب المفاصل المزمن . كما تشاهد في أمراض مزمنة أخرى
كالسرطانة ، والذئب الحمامى المجموعي ، والداء السكري ،
وفرط الدرقية ، وخلل التوتر المستقل (أضرار النيكوتين) .
ويمكن للحمامى الراحية أن تشاهد في الحمل وبعد الولادة
أيضاً . أما المعرفة حول العوامل الإراضية أو ما يسمى
(الوسائط الفعالة في الأوعية) فقليلة ، ومن المحتمل أن يزداد
حجم الدم المحيطي أيضاً .

الموجودات السريرية : تحدث حمامى دائمة ساطعة على
الراحتين وتشتد على بوارز الضرة والرائفة وعلى وسائد الأصابع
(راجع الشكل ١٤ - ١) .

المعالجة : علاج الأمراض المرافقة ، ولكنها لا تستجيب لهذا
العلاج عادة .

**الزرققات المتناظرة على الأخصين Symmetric Lividities
of the Soles [Pernet 1925] :**

التعريف : وهي عبارة عن تلون الأخصين وأصابع القدمين
بلون أحمر مزرق لدى الأطفال ومن منشأ غير معروف .

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا الداء بلويحات وذمية
قليلاً ، واضحة الحدود على العقبين وفي مقدم القدم والناحية
الراحية للأبأخس . ويكون لونها بنفسجياً أحياناً ، وتترافق
بحس حرق وتعرق من حين لآخر ، وقد يكون الخف الكتم
وخاصة الخذاء ذو النعل المطاطي عاملاً مسبباً لهذا الداء .

التشخيص المرضي النسجي : غير نوعي .
المعالجة : ويكون بوضع بودرة تالك ، وتجنب الخف الكتم أو

نصف الكتم ، وتجربة محلول ٢٠٪ من كلور الألمنيوم .

الحمامى السمية في الوليد Erythema Toxicum Neonatorum
[Leiner 1912] :

المرادفات : الحمامى السمية في الولدان ، الحمامى الطفلية
الأرجية ، الشرى عند الوليد .

التعريف : هي تفاعل جلدي شائع نسبياً (٣٠٪ - ٥٠٪)
يتراجع عفوياً . وهو غير مؤذ ، وأسبابه غير معروفة ، ويصيب
الولدان خلال الأيام الأولى من حياتهم .

الحدوث : يندر أن يشاهده أطباء الجلد ، ولم تلاحظ له علاقة
بالعرق أو بالجنس .

الإمراض : مجهول . ويفترض أنه تفاعل بعد الوضع يصيب
الولدان . ومن الجدير ذكره كثرة شيوعه عند الطفل الثاني .
وقد يصيب الولدان ذوي التطور الجيد ، ولكنه يندر عند
الخدج ، وتشير كثرة الحمضات في الدم إلى الإراضية
الأرجية .

الموجودات السريرية : تظهر هذه الآفات الجلدية فجأة خلال
اليومين الأولين أو الثلاثة الأولى من الحياة ، وقد تستمر عدة
أيام . وتتصف بحمامى منتشرة على الجذع والأطراف . تبدأ
البقع حمراء صغيرة ، وغالباً ما يكون مركزها شروياً أو
حطاطياً حويصلياً أو بثرياً ، وتبدي اللطاخة المأخوذة من البثور
حمضات كثيرة .

الأعراض : لا توجد أعراض عامة أو إحساس بالمرض .
ويُكشف فرط الحمضات في الدم أحياناً .

التشريح المرضي النسجي : توجد الحمضات في الجلبيات
الجريية السطحية أو حول الجريب . ومن ناحية أخرى ، تبدي
الأدمة العليا رشاحة النهاية منتشرة أو حول الأوعية فيها كثير
من الحمضات . ويمكن للبشرة أن تبدي شواكاً متوسطاً أو فرط
تقرن . وتوجد أيضاً حويصلات أو بثور داخل البشرة أو تحت
القرنية .

المسار : يشفى هذا التفاعل عفوياً خلال ٢ - ٣ أيام ، ونادراً
ما يحتاج إلى أسبوع أو أسبوعين .

التشخيص التفريقي : ومن المهم تمييزها عن الدخنية البلورية أو
الحمراء التي تصيب الجذع والثنيات ، ويجب أن يؤخذ بالاعتبار
الأخماج بالعدوى أو (القوباء المعدية والتهاب الجريبات) .
وينصح بإجراء لطاخة من الحويصل للفحص الجرثومي ، حيث
تشاهد العدلات في اللطاخة المأخوذة من القوباء ، بينما تشاهد
الحمضات في الحمامى السمية في الوليد . ويجب أن يؤخذ بعين

الاعتبار أيضاً سلس الصباغ الذي يبدي حويصلات مفرطة الحمضات .

المعالجة : يكون العلاج الموضعي اللطيف ببودرة تالك أو محلول الزنك فقط .

الحمامى بحلل التلون الدائمة Erythema Dyschromicum Perstans [Ramirez 1957] :

المرادفات : الجلاد الرمادي Ashy Dermatosis .

التعريف : هي جلاد منتشر يتصف بتصبغ رمادي تالٍ لحالة النهائية بسيطة غالباً .

الحدوث : نادر نسبياً ومكتسب دائماً .

الإمراض : قد تنجم هذه الحمامى عن تصبغ ثانوي تالٍ لعدم تحمل دوائي ، أو لحزاز مسطح شفي عفوياً أو للحمامى الشكلانية الدائمة Persistent Figurate Erythema . ولقد نوقشت الديدانيات البيئية الأخرى ، حيث ظهرت هذه الحمامى لدى طفل بعد تماسه مع السماد (لعق ترات الأمونيوم) .

الموجودات السريرية : يتصف هذا الجلاد ببقع مصطبغة رمادية تصيب الجذع وتتوضع في خطوط مائلة تتوافق مع خطوط التوتر الجلدية أحياناً ، وقد تبدي هذه البقع حمامى خفيفة .

التشريح المرضي النسجي : ينشأ اللون الرمادي المتأصل من سلس الصباغ ، أي من ترسبات حبيبات الميلانين في الأدمة العليا داخل وخارج بلاعم الميلانين .

المسار : يستمر اللون الرمادي لمدة طويلة ويتراجع ببطء شديد أو لا يتراجع نهائياً .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن سلس الصباغ .

المعالجة : ستر آفات هذا الجلاد بالمواد التجميلية إذا تطلب ذلك .

الحمامات الشكلانية Figurate Erythemas :

تتميز هذه المجموعة من الجلادات الحمامية بحدوث حمامات شكلانية مع ميلها للامتداد النابذ . ويبدو أنها تنشأ من تفاعلات مفرطة الحساسية نحو الأبخاخ أو الأدوية أو الأورام الخبيثة . والتشخيص التفريقي لهذه الجلادات مهم لطبيب الجلدية .

الحمامى الحلقية النابذة Erythema Annulare Centrifugum [Darier 1916] :

التعريف : من المحتمل جداً أن تنجم هذه الحمامى عن تفاعل

أرجي متعدد الأسباب لمظهر سريري نموذجي ذي سير مزمن . الحدوث : تصيب الكهول متوسطي الأعمار بشكل رئيسي دون تفضيل للجنس .

الإمراض : في كثير من الحالات يبقى السبب مجهولاً . وتفترض الآليات النسجية الأرجية ، وفي هذا التفاعل الجلدي يجب أن يؤخذ بالاعتبار ما يلي .

الأورام الخبيثة : بعد استئصال الأورام الخبيثة (الثدي ، المعدة ، المي ، المثانة ، الرئة ... إلى آخره) تشفى الآفات الجلدية ، وترجع مع رجعة الأورام .

الأبخاخ : شوهدت هذه الحمامى في التهاب الدماغ ، وفي الأبخاخ البؤرية ، وفي التدرن والأبخاخ بالحمامات الراشحة أو بالعقديات . ويجب أن تؤخذ بالاعتبار الأبخاخ بالمبيضات البيض (أدواء المبيضات المعوية أو التناسلية) إضافة إلى السعفة القدمية .

الطفيليات : تجرى الاختبارات للتحري عن الصفر Ascarid والديدان الأخرى ، وقد يوجد اضطراب في الوظيفة المعوية أيضاً كما في الشرى المزمن .

أمراض المناعة الذاتية : .

– الأدوية : يشار الداء بالسالميسيلات ، وبالكلوروكين أو بالبنسلين (توجد قصة تناول أدوية) .

– الأطعمة : يعزى الأرج الغذائي إلى البروتينات الموجودة في (السمك ، والفواكه ، أو الخضروات ، وفي النباتات البقلية خاصة) .

الموجودات السريرية : تتظاهر بشكل حمامى شروية مرتفعة غير متناظرة ، تمتد بشكل نابذ بينما تتراجع الإصابة في مركزها تدريجياً وتصيب الجذع والأقسام الدانية من الأطراف والناحية الأليوية ، ولكنها أقل شيوعاً على الوجه . وقد تظهر ببقع حلقة أو قوسية الشكل ومتعددة الحلقات ، ثم تفقد مظهرها الشروي وتصبح وذمية خلال يوم من ظهورها . وتراجع هذه البقع خلال أيام أو أسابيع أو شهور ، بينما تظهر البقع الحديثة على جلد سليم أو جلد تعرض لهجمات سابقة . وتبديل الآفات بين الحمامى الحلقية والتورم الشروي . أما المنطقة الشافية فمن الممكن أن تتصبغ قليلاً . وقد تحدث أحياناً ببقع وسفية (طوقية) أو حويصلية . (راجع الشكل ١٤ - ٢) .

الأعراض : قد توجد هناك حكة ترافق الحمامى الشروية ، بينما ترتفع حرارة بعض المرضى مع ظهور آفات جديدة .

التشخيص التفريقي : يجب استبعاد الأشكال الحلقية من

تترافق هذه الحمى الحلقية بقصة عائلية غالباً . وهي تبدأ باكراً ، وقد تحدث بعد الولادة بفترة قصيرة أحياناً . ومن ناحية أخرى ، تتوافق الصورة السريرية لهذه الحمى إلى حد بعيد مع الحمى الحلقية النابذة ، والحدوث العائلي في هذه الإصابة يجدر ذكره . وعلى أية حال ، لم يذكر ترافق هذه الحمى مع الخباثات الحشوية .

الحمى الحلقية الرثوية *Erythema Annulare Rheumaticum* [Lehndorff and Leiner 1922] :

المترادفات : الحمى الهامشية الرثوية ، الحمى المتحلقة .

التعريف : هي حمى حلقية أو قوسية الشكل قليلاً وغوذجية تحدث بشكل هجمة بدئية سريعة وتراجع بسرعة أيضاً . وتتركز لدى الأطفال المصابين بالتهاب المفاصل (حمى رثوية حادة) .

الحدوث : تصيب هذه الحمى حوالي ٢٠٪ من مرضى الحمى الرثوية ، ويكثر حدوثها إذا رافقتها إصابة قلبية .

الإمراض : من المحتمل أن تنجم عن تفاعل مناعي لمستضدات من العقديات الحالة للدم بيتا زمرة (أ) .

الموجودات السريرية : تظهر الحمى الحلقية الرثوية مع بداية حدوث الحمى الرثوية الحادة وتميل للتوضع على الجذع وخاصة حول السرة ، وقد تشاهد في الثنيات المغنية أو الإبطية أو الوجه أو ظهر اليدين . وتتطور الطفوح الظاهرة المنعزلة من بقع حمراء وردية متعددة ، والتي تمتد سريعاً فتؤدي إلى أشكال حلقية . وإذا تورم هامشها فيمكن استعمال عبارة الحمى الهامشية الرثوية . وتميل هذه للاتصال ببعضها فتشكل الطفحيات المنفردة الواضحة وبخاصة بعد التعرض المفاجئ للبرد (أو بعد خلع ثياب النوم) ، تكون الحكمة غائبة في هذه الإصابة .

التشريح المرضي النسجي : يلاحظ توسع في الشعيرات في الطبقة الحليمية مصحوباً بتفاعل التهابي خلوي معتدل من اللمفاويات والناسجات حول الأوعية ولا يرافقه نخر فيبريني .

السير : السير في الآفات المنعزلة قصير (يدوم ساعات إلى عدة أيام) ، ويحدث التراجع العفوي للطفوح الحادة والناكسة خلال أسابيع وقد يمتد إلى شهور . وتعتبر هذه الطفوح علامة من علامات الحمى الرثوية الحادة ، وتشير إلى وجود التهاب شفاف رثوي . ويمكن لهذا الالتهاب أن يحدث دون إصابة مفصلية . وعندما تتلاشى الحمى الرثوية الحادة تختفي هذه الطفوح مع الحمى .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي الحمى الحطاطية [كوكاين ١٩١٢] التي تحدث أيضاً في سياق

نشرى أو الحمى عديدة الأشكال أو التهاب الجلد الحلي (تورينغ) أو الفقاعاني الفقاعي أو الصدف . ومن المهم ألا تغفل السعفة الجسدية . وبسبب الآفات الحلقية يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أيضاً الجبيوم الحلي والأشكال الحلقية للفرناوية Sarcoid .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد تحت البشرة الطبيعية رشاحة لمفاوية مع ناسجات وحمضات في الأدمة العليا والعميقة ، وقد يرافقها التهاب أوعية وتورم الخلايا البطانية ، وقد تلاحظ ترسبات شحمية أحياناً .

المعالجة : كما في الشرى المزمن ينصح بإجراء الاختبارات الأرجية ، وبالعلاج الأمراض المرافقة ، والعلاج العرضي بمضادات الهستامين ومضادات الالتهاب (حمض الصفصاف ، مضادات الملاريا ، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية) . أما العلاج الموضعي فتطبق فيه المستحضرات الستيروئيدية ، ولكن لا يلمس التحسن عادة حتى بالضاد الكيم .

الأشكال الخاصة

الحمى المتلفة الزاحفة *Erythema Gyrtum Repens* [Gammel 1952] :

التعريف : متلازمة مواكبة للتنشؤات .

الأسباب : هناك عادة دليل على وجود سرطانة حشوية مرافقة (سرطانة في الثدي أو سرطانة تناسلية أو موية أو رئوية أو مريئية أو معدية) . وتحدث لدى مرضى تتراوح أعمارهم بين ٤٠ - ٦٠ سنة .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٣) . تظهر هذه الحمى الشكلانية المعممة على شكل حمامات مرتشحة قليلاً أو شروية ، مرتفعة وهاجرة بسرعة ويتراوح عرضها بين ١ - ٢ سم ، وتبدو بأشكال حلقية أو بيضوية أو لولبية (جلد حمار الوحش Zebra Skin) . وإن وجود الوسوف الطوقية على حواف البقع صفة خاصة مميزة لها . كما تظهر حمى مسطحة ومفرطة التقرن جزئياً على الوجه والعنق واليدين والقدمين ، وقد تكون العقد اللمفية متضخمة ، وقد يرافقها فرط حمضات في الدم ، إلى جانب حكة واضحة أحياناً .

التشريح المرضي النسجي : توجد رشاحة لمفاوية حول الأوعية معتدلة وغير نوعية في الأدمة العليا .

الحمى المتلفة الدائمة *Erythema Gyrtum Perstans* [Colcott - Fox 1891] :

المترادفات : الحمى الحلقية العائلية [Beare 1966] .

الحمامى الرئوية الحادة ولكن بشكل نادر جداً . ومثل هذه الحالات تبدي حمامى مرتفعة على المرفقين والركبتين تشبه الحبيوم الحلقي ، أما الآفات المنعزلة فيها فقد يصل قطرها إلى ٣ - ٤ ملم ولكنها تتراجع في حوالي أسبوع واحد .

المعالجة : يكون علاج المرض المرافق بالنسولين ، وإلا يكون العلاج عرضياً .

الحمامى الهاجرة النخرية Necrolytic Migratory Erythema [Becker, Kahn and Rothman 1942] :

المرادفات : إنتان الجلد السطحي المتحلق بالعنقوديات ، الحمامى النخرية الهاجرة ، مواكب الورم الجلدي الإجباري الخامس .

التعريف : هو جلاد أساسي مواكب للأورام ، ويعد مؤشراً لوجود ورم مفرز للغلوكاكون في جزر المشكلة ، وعادة توجد السرطانة في خلايا جزر المشكلة أو في خلايا ذيلها .

الحدوث : هذا المرض نادر جداً ولكنه غطي ، ويصيب النساء غالباً بعد الإياس .

الإمراض : هناك دليل واضح على علاقة الغلوكاكون بهذه التبدلات الجلدية حيث تختفي الأعراض الجلدية بعد استئصال الورم .

الموجودات السريرية : تصاب الأطراف السفلية بهذا الجلاد ، ويتركز في الفخذين والمنطقة الأربية أو في أسفل البطن. وتبدي الإصابة الجلدية لويحات حمامية ذات أشكال غريبة وفي مركزها حويصل غيمي ، يصبح مسطحاً ورخوياً عندما تكبر اللويحة وتمتد باتجاه المحيط ، ثم تنحرف هذه الفقاعة أو تشكل تآكلاً سطحياً تغطيه جلبة ثم يتوسف أخيراً . ويسبب الامتداد المحيطي لهذه اللويحات وشفاء مركزها آفات حلقية أو متحلقة وآفات زاحفة هاجرة . وإن زيادة التجلب في ناحية حول الفم أو حدوث التهاب اللسان ليستا غير شائعتين .

الأعراض : تترافق هذه الحمامى بالداء السكري ، وقد ترتفع سرعة التثفل وبخاصة أثناء الهجمات ، كما يرتفع مستوى الغلوكاكون في البلازما بشكل ملحوظ يصل إلى (٠,١ - ٠,٣ pg/مل) وقد تصل القيم ما بين (٨٥٠ - ٣٠٠٠ pg/مل) . ويوجد لدى المريض عادة نقص في الوزن ، وفقر دم معند على العلاج ، كما قد يصاب بإسهال متقطع أيضاً مع نقص البوتاسمية ، وخشخشات ، واضطرابات عقلية . وهذه الأعراض تشير إلى متلازمة الغلوكاكون . ومن المهم البحث عن علاقة هذه الجلادات بالسرطانة المشكلة ، والتي قد توجد في خلايا ألفا أو في خلايا

الجزر أو في ذيل المشكلة . وفي بعض الحالات الخاصة تبين وجود سرطانة في القولون ، وفي حالات أخرى توافقت الإصابة بالتهاب مشكلة مزمن والتهاب كبد مزمن أيضاً ودون زيادة في مستوى الغلوكاكون (متلازمة ورم الغلوكاكون الكاذب) .

التشريح المرضي النسيجي : يُلاحظ وجود بثور تحت الطبقة المتقرنة تحوي عدلات ونخر وخلايا بشرية مختلة التقرن . وقد يشبه خلل التقرن هذا الخلايا المنحلة الأشواك في الفقاع الورقي ولكن الومضان المناعي في هذه الإصابة يكون سلبياً .

السير : مزمن ، ويتم الشفاء بعد استئصال الورم .

التشخيص : يوحى بالتشخيص وجود الحمامى البثرية المتحلقة وظهور الانتباز المحيطي فيها ، وتوضعها على المناطق النموذجية للإصابة ، وتراقبها بعلامات متلازمة ورم الغلوكاكون : الداء السكري ، وفقر الدم ، والتهاب اللسان ، ونقص الوزن ، وإن التبدلات الجلدية نموذجية جداً ، وتكشف فيها المكورات العنقودية غالباً ، كما تغزو المبيضات البيض هذه الآفات أحياناً .

التشخيص التفريقي : يؤخذ بالاعتبار أولاً الصدف البثري الشبيه بالحمامى الحلقية النابذة ، ثم الفقاع الورقي ، والبقار تحت الطبقة المتقرنة ، والصداف البثري المعمم ، بالإضافة إلى داء هيلي - هيلي إذا توضع الإصابة في الثنيات ، وأدواء المبيضات في الثنيات ، والتهاب جلد الأطراف المعوي المنشأ (Acrodermatitis Enteropathica) ، وعوز الزنك .

المعالجة : استئصال الورم .

جهازياً : يمكن تجربة الستيروئيدات .

موضعياً : الصادات المناسبة حسب اختبارات التحسس الجرثومي ، والعلاجات المقبضة .

الحمامى المرتفعة الدائمة Erythema Elevatum Diutinum [Hutchinson 1878, Crocker and] : [Williams 1894]

التعريف : مرض مزمن متناظر يتظاهر بمحطاطات التهابية ، وعقيدات ، ولويحات تصيب الأطراف خاصة ، ويعزى إلى التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض المستمر . ومن المحتمل أن يعزى إلى تفاعل أرجي تجاه الخمج .

الحدوث : نادر جداً ، وأكثر شيوعاً لدى الإناث .

الإمراض : غير معروف ، وغالباً ما يتلو خمجاً راجعاً . وتعتبر هذه الحمامى شكلاً أرجياً من التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض النخري الذي قد يعزى إلى المعقدات المناعية ، وتلاحظ

تبدلات الرئوية في المفاصل ، كما توجد أضداد للعقديات عنباً .

الموجودات السريرية : تعتبر السطوح الباسطة للأطراف وخاصة القدمين والركبتين والمرفقين وظهور اليدين الأماكن مفضلة لهذه الحمى ، وتظهر الإصابة بمحطات على شكل مجموعات أو تنتشر بشكل واسع ، أو تتظاهر بعقيدات أو بويجات مرتفعة ومرتفعة ذات سطح أملس ومركز منخفض غائباً . وتبدو الآفات الحديثة بلون أحمر ساطع ثم يصبح لونها أحمرًا مزرقًا أو بنيًا محمرًا ، أما شكلها فمدور إلى بيضوي ، وقد تأخذ أحياناً أشكالاً حلقة أو متعددة الحلقات أيضاً . ويندر حدوث قرحة نرفية فيها ، ويتم الشفاء غالباً بندبة ضمنية نية . (راجع الشكل ١٤ - ٤) .

الأعراض : قد ينتاب المصاب إحساسات بالحرق والتوتر ولا تلاحظ الأعراض المجموعية عادة ، ولكن قد ترافق بالأخماج بالعقديات وبالحساسية أيضاً ، وإن ترافقها مع النقرس والألم مفصلي (في حوالي ٤٠٪ من الحالات) ، وعدم التحمل لنوائي يعتبر أمراً هاماً . ولقد ذكر ترافقها مع فرط نظائر بروتينات الدم Paraproteinemia ، والنقيوم (الرحلان الكهربائي المناعي الدموي) وعوز مضاد الترومين الثالث أيضاً .

التشريح المرضي النسيجي : يلاحظ عادة التهاب وعائي شديد في اللويحات الباكورة . وتغزو العدلات والحمضات كل الأدمة وترافق بالتهاب أوعية كاسر للكريات البيض بشكل واضح . وبينما تبدي الآفات القديمة نسيجاً حبيبياً والتهاب أوعية ، وقد تتواجد بلورات الكولسترول في بعض الحالات في النسيج الضام (داء الكولسترول Cholesterolosis خارج الخلايا : أورباخ ورفاقه ١٩٣٢) .

السير : السير مزمّن لسنوات عديدة . ويمكن للأعراض أن تستمر وأن تختفي ، وقد تنكس ، وأحياناً تشفى الآفات عفواً .

التشخيص التفريقي : هذه المظاهر السريرية والنسجية شائعة الحدوث في حبيوم شارح - سترأوس Churg - Strauss وفي الحبيوم الحلقي ، وينظر حديثاً إلى داء الكولسترول خارج الخلايا على أنه شكل من الحمى المرتفعة الدائمة حيث يكشف فيها كميات وافرة من الشحميات والكولسترول . وكذلك فإن المظهر السريري لهذه الحمى قد يشبه مظهر الحبيوم الوجهي أحياناً .

المعالجة : يمكن تجربة الصادات والسلفوناميدات (سلفامتوكسي بيريدازين أو سلفايريدين) وأيضاً السلفون (الدابسون ٥٠ - ١٥٠ ملغ يومياً) مع مراقبة التأثيرات

الجانبية . وقد تكون الستيروئيدات والأدوية مضادات الالتهاب ضرورية أيضاً بالإضافة إلى حقن معلق من الستيروئيدات القشرية الممدد داخل الآفات ، وقد يفيد معالجة الأخماج بالعقديات بالبنسلين .

الحمى العقدية والحمى عديدة الأشكال : Multiform and Nodular Erythemas

الحمى عديدة الأشكال Erythema Multiforme :

المرادفات : الحمى النضجية عديدة الأشكال (هيرا ١٨٦٦) ، وهذه العبارة لها علاقة بنفس المرض وتعبيراته السريرية المختلفة ؛ المتلازمة الجلدية المخاطية العينية (فوخ ١٨٧٦) ؛ الأدم الظاهر التآكلي حول الفوهات ؛ متلازمة فيسنجر - رينلو (١٩١٧) ؛ متلازمة ستيفن - جونسون (١٩٢٢) ؛ والتهاب الجلد والقلم (بادر ١٩٢٥) .

التعريف : هو مرض حاد يحدث كتفاعل أرجي من طبيعة مميزة وأسبابه الممكنة متعددة . الشكل البسيط (الشكل الصغير) منه شائع نسبياً ، ويلاحظ في الربيع والخريف ، أما الشكل الشديد (الشكل الكبير) فنادر الحدوث ، ويتراقق بالأعراض المجموعية الشديدة ، ويصيب بشكل رئيسي الأشخاص في عمر ١٠ - ٣٠ سنة ، وخاصة الذكور .

الأسباب : غير معروفة غالباً .

الأخماج :

قد يحدث هذا المرض خلال سير الأخماج الجرثومية أو الأخرى - باخمات الراشحة .

أخماج بالخمات الراشحة : تحدث الحمى عديدة الأشكال غالباً في سير الإصابة بالحلا البسيط (الحمى عديدة الأشكال عقب الحلا) ، وغالباً توجد قصة سابقة لحلا بسيط على الشفتين أو أي مكان آخر في الأشكال المعادة في فصل الربيع والخريف ويظهر بعد أسبوع أو أسبوعين طفح الحمى عديدة الأشكال . كما لوحظ هذا المرض أيضاً تالياً لأخماج بالخمات الراشحة الأخرى كالحماق ، الحبيوم اللمفي الزهري الأربي ، التهاب الكبد ب ، الوقس ، النكاف ، كثرة الوحيدات ، التهاب سنجابية النخاع ، الحصبة ، النزلة الوافدة ، وبعد التقيح ضد الحماق .

الأخماج الجرثومية : توجد غالباً أخماج بالعقديات في السبيل التنفسي العلوي ، وإن التهاب اللوزات الحاد أو التهاب الأنف في الطرق الهوائية العليا (التهاب البلعوم أو التهاب القصبات) قد يحدث ألاماً رئوانية عابرة في العجز أو العضلات أو المفاصل ،

بالإضافة إلى وهن وحى متوسطة الشدة ، ثم تظهر الأعراض الجلدية بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع من حدوث الحنج . ويدعى هذا الشكل بالنمط الذبحي **Anginal Type** أو النمط الرثواني . وقد يرتفع عيار المستربتوليزين لدى المصاب . ولا يعاود النمط الذبحي عادة بعد العلاج المناسب . وتحدث الحمى عديدة الأشكال في سياق الحمى التيفية ، الحناق ، الإفرنجي ، اليرسينية أو التولارمية وداء المشعرات .

وقد وصفت ذات رئة غير نموذجية بدئية بالمفطورات (**Mycoplasmas**) كسبب للأشكال الشديدة من الحمى عديدة الأشكال (متلازمة ستيفن - جونسون) ، وترتفع عيارات **CBR** تجاه المتدثرات **Chlamydia** الحثرية لدى هؤلاء المرضى .

الأخماج الفطرية : إن أدواء الشعرويات العميقة ، والفطار الكرواني ، وداء النوسجات وغيرها من الآفات الفطرية قد تسبب الحمى عديدة الأشكال أيضاً .

الأدوية :

لوحظ أن الحمى عديدة الأشكال تثيرها الأدوية غالباً ، وخاصة السلفوناميدات ، الأدوية المثبطة للجراثيم لفرات طويلة ، الهيدانتوثين ، مشتقات البيرازولون ، الباربيتورات ، البنسلين ، الفينيل بوتازون ، الكاربامازيبين ، الفينوتيازينات ، الكينين ، الزرنيخ ، الهالوجينات والبلادونا .

الأورام الخبيثة :

الحبائث في الأعضاء الداخلية وخاصة للمفوم والسرطانات قد تحدث طفحاً تشبه حمى عديدة الأشكال ، وتظهر غالباً بعد المداواة بالتشعيع .

أمراض النسيج الضام :

وصف ترافق الحمى عديدة الأشكال مع الذأب الحمى ، أو التهاب الشرايين العقيدي ، أو الورام الحبيبي لفاغز .

الإمراض : إن الحمى عديدة الأشكال عبارة عن طفح سريري ونسجي نموذجي ينشأ عن حالة مفرطة الفاعلية في الجلد ، وتحدث في منطقة الموصل البشري الأدمي . وقد تحدث أيضاً طفحاً من النمط الذبحي وآلام رثوانية في سياق أخماج السبيل التنفسي العلوي بالعقديات . وقد نكتشف وجود الغلوبولين المناعي ومكونات المتممة حول الأوعية بالموضان المناعي المباشر . كما لوحظ زيادة حدوث **HLA DRw53** و **HLA - Aw33** لدى أشخاص العرق الأبيض المصابين بالحمى عديدة الأشكال .

الموجودات السريرية : تنصف الهجمة الأولية الحادة بآفات متناظرة ، وخاصة على ظهر اليدين والجوانب الباسطة للمساعدين وقد يصاب المرفقان والركبتان وظهر القدم وجانب الوجه والعنق ، كما يمكن أن تصاب الراحتان والأخصان . وقد تبدو آفات النهاية تآكلية على مخاطية الفم ، والناحية التناسلية والشرجية . (راجع الشكل ١٤ - ٥) .

الشكل الصغير (الشكل البسيط) : تظهر آفات حمامية ساطعة ، حدودها واضحة على ظهر اليدين ، وسرعان ما تكتسب هذه الآفات مظهراً شروياً ، ثم تكبر هذه اللويحات حتى يبلغ قطرها ١ سم أو أكثر خلال ٢ - ٣ أيام ، ويكون مركزها مسطحاً مزرقة ، وأحياناً نزفياً ، بينما تبقى حوافها حمراء براقية . وقد تظهر نفاطة في مركزها . وتبدو الآفات المهدفية أو الحدقية المميزة : مركزها نزفي ويترافق بتشكلات حويصلية صغيرة أو كبيرة يحيط بها منطقة مزرقة ، كما تحيط بمحودها الخارجية حمى ضيقة ، مرتفعة قليلاً حمراء براقية ، وهي الصورة النموذجية متعددة الأشكال .

وقد تنتشر اللويحات على أي سطح أو تحدث في مجموعات أو تلتحم مع بعضها عندما تبدي حوافاً متحلقة ، وقد تظهر أشكالاً حلقية يتراجع مركزها أكثر من المألوف ، وتحدث أحياناً تشكلات نفاطية تحت بشرية بشكل تآكلات على مخاطية الفم وخاصة الشفتين ، وتلاحظ هذه التآكلات بشكل خاص في الحمى عديدة الأشكال عقب المعالجة ، كما يكون الغشاء المخاطي سليماً في النمط الذبحي **Anginal Type** . (راجع الشكل ١٤ - ٦) .

الشكل الكبير (الشكل الشديد) : وصف هبرا **Hebra** هذا الشكل الشديد (١٨٦٦) وكابوزي (١٨٧٩) ، كما وصف في سياق مترادفات عديدة ، فعبارة متلازمة ستيفن جونسون استعملت في الأدب الإنكليزي والأمريكي . والصورة المميزة لهذا الشكل شديدة وحادة جداً ، يصاب بها كبار الأطفال والبالغين الصغار من الذكور عادة ، وتظهر هذه المتلازمة غالباً بعد خمج بالحلأ البسيط أو بعد تناول أحد الأدوية . تبدأ الإصابة مشابهة للشكل الصغير من الحمى عديدة الأشكال ، ولكن الآفات تتطور إلى حويصلات أو فقاعات . وتحدث هذه التبدلات في هجمات تدوم من ٢ - ٣ أسابيع ، وتصيب السطوح الانبساطية من الأطراف والمنطقة الأليوية أما إصابتها للجذع فأقل شيوعاً ، كما تصاب الشفتان غالباً . وقد توجد تبدلات شديدة على المخاطيات (جوف الفم ، السبيل التنفسي ، المخاطية التناسلية والشرجية) .

الأغشية المخاطية : تظهر تآكلات واسعة مترافقة بتشكلات

نفاطية تحت بشروية تغطيها بقايا حويصلية أو ترسبات ليفينية ، وتيدي الشفتين مظهراً مسوداً مدمى وتكون متشققة ومغطاة بجلب ويعد ذلك ذا أهمية تشخيصية . ويغدو فتح الفم وتناول الطعام مؤلماً جداً ومسبباً للزف ، وقد يحدث نقص وزن سريع ، وتظهر علامات التجفاف بسبب صعوبة تناول الطعام والسوائل . ويصاب الغشاء المخاطي للبلعوم والرغامى ، كما تحدث تأكلات وتقرحات على المخاطية التناسلية والشرجية ، وتترافق بجلطات فيبرينية بقعية .

إصابة العين : تشاهد هذه الإصابة في أكثر من ٩٠٪ من مرضى ، وتكون معظم الإصابات مثل التهاب الملتحمة النزلي أو لقيحي . وتتطور الإصابة بظهور سلاسل شديدة من حويصلات في الملتحمة ، وحدوث التصاق في الملتحمة ، و التهاب في القرنية والقزحية والعينية مع قرحات قرنية . ومع تكرار حدوث عتامات قرنية دائمة ، أو التصاق في القزحية ، ينكحها شديدة في نكسها . أما الحالات التي تترافق بإصابة فموية وعينية شديدة فتدعى متلازمة فوكس Fuchs Syndrome . (راجع الشكل ١٤ - ٧) .

موجودات العامة : المصاب عليل جداً ، ويعاني من ضعف ، وصداً وحى عالية ، وتعزى المضاعفات إلى التهاب القصبي لرتوي أو إلى الإصابة الكلوية التي تترافق ببيلة دموية ، أو إلى تسخر الأنبوبي في القصور الكلوي ، وإضافة إلى ذلك قد يظهر قصور دوري سمي في الأشكال الشديدة . وقد تستمر هذه حالة الشديدة حوالي ٦ أسابيع . والمعودة شائعة تماماً . وخاصة بعد ٩ - ١٢ يوماً من الإصابة بالحلا البسيط المعاد على الشفتين .

الأعراض : لا تحدث الآفات الجلدية في البداية أية آلام شخصية ، وقد تترافق بحكة بسيطة . وعندما تظهر النفاطات والحسجات يحدث الألم وتشفى الآفات الجلدية دون نوبات ، ولكنها ترك فرط تصبغ بسيط ودائم أحياناً .

التشريح المرضي النسيجي : تبدو التبدلات الأولية على شكل توسعات وعائية تترافق برشاحة حول الأوعية تسودها لمفاويات في الأدمة العلوية ، وتميل للتسرب الخلوي . وقد تلاحظ كريات حمراء أيضاً ، وعدلات أحياناً ، أما الحمضات فغائبة . وفي مركز الآفات ، يحدث تنكس زجاجي وفجوي في لبشرة السفلية والغشاء القاعدي . وتوجد معقدات خلوية بشروية نخرية أيضاً كما في متلازمة لايل . وفي الحالات الشديدة ، يمكن للبشرة كلها أن تصبح نخرية . ويشاهد انفصال تحت بشروي في الموصل البشروي الأدمي ، ويعزى

للالتهاب تحت البشروي ، وتظهر أيضاً خيطان فيبرينية في الفقاعة .

المسار : يختلف المسار من مريض إلى آخر .

في الحالات البسيطة ، قد تحدث الآفات المميزة فقط على ظهر اليدين أو الراحتين ويشفى المرض قريباً . وفي الحالات الأخرى ، تظهر الآفات الأكثر شدة وتترافق بتبدلات بسيطة على الشفتين أو على مخاطية الفم .

تتصف الأشكال الشديدة بآفات جلدية واسعة الانتشار تميل نحو تبدلات فقاعية أو نزفية . وقد توجد تبدلات شديدة على مخاطية الفم (١٠٠٪ من الحالات) ، والعينين (٩١٪) ، والمخاطية التناسلية (٥٠٪ - ٦٠٪) بالإضافة إلى التهاب القصبات (٦٪) ، وذات الرئة (حوالي ٢٠٪) ، والحمى المرتفعة .

الإنذار : الإنذار في الحمامي عديدة الأشكال جيد عادة . ويبلغ معدل الوفيات في الأشكال الشديدة غير المعالجة حوالي ٥٪ . ويجب أن يوضع هؤلاء المرضى في المشفى سريعاً ما أمكن .

التشخيص التفريقي : إن الأشكال الفقاعية والتي تتظاهر آفاتاً على اليدين وفي الفم ، غالباً ما يعتقد أنها داء الفم والقدم ، وقد توجد صعوبات في تفريقها عن الفقاع الشائع إذا كانت الإصابة الحادة تقتصر على المخاطيات . ويمكن للفقاعاني الفقاعي أن يعطي صورة مشابهة للحمامي عديدة الأشكال بسبب الصفة متعددة الأشكال لطفحه الحاد . وعلى أية حال ، فالفقاعاني الفقاعي يصيب الكهول وسيره مزمن ، كما يترافق بأعراض مجموعة فعلية . ويؤخذ بالاعتبار تعدد الأشكال في التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض ، أو التهاب الجلد الحلثي الشكل (دورينغ) . أما داء الفم واليد والقدم الذي تحدثه الحمات كوكساي A₁₆ أو A₃ أو A₁₀ فيتظاهر بالتهاب فم مؤلم دون إصابة الشفة ، ويترافق بحويصلات مسطحة على اليدين والقدمين تحدث خلال أسبوع إلى أسبوعين من بدء الإصابة ، ولكنه لا يتظاهر بآفات عديدة الأشكال على الأطراف .

المعالجة : تتناسب المعالجة وشدة المرض .

المعالجة الجهازية : ينصح في الأشكال المعادة الخفيفة من الحمامي عديدة الأشكال عقب علاجها ، بإعطاء النيكوتيناميد (١٠٠ - ٢٠٠ ملغ ٣ مرات/يومياً) ومشاركته بمحضر الفوليك (٥ - ١٠ ملغ ٣ مرات/يومياً) . ولا توجد نتائج موثوقة بإعطاء اللقاحات تجريبياً (لقاح الحمامي) . أما الأدوية

الحدوث : عُرف هذا المرض منذ بضعة سنوات في اليابان (أكثر من ٣٠,٠٠٠ تقرير) وقد لوحظ منذ وقت قريب في الولايات المتحدة ، وجمهورية ألمانيا الفيدرالية . يصيب الأطفال في أعمار ١ - ١٠ سنوات ، ويفترض فيه مسؤولية الحماة الراشحة والجراثيم (الجراثيم البريوية) ، ومع ذلك قد ينجم أيضاً عن تفاعل نوعي لأذيات مختلفة ، كما يوجد فيه تفضيل بسيط لإصابة الذكور .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض بحمى معتدلة على الصادات تدوم أسبوعاً إلى أسبوعين ، ويظهر الالتهاب (الاحمرار) في المستحمة ، وفي مخاطية الفم على شكل جفاف الشفتين واحمرارهما ، والتهاب في الفم والبلعوم .

الجلد : يبدى الجلد طفحاً عديد الأشكال يشبه الحمى القرمزية أو الحمى عديدة الأشكال ، وتشاهد حمى متناظرة في الراحتين والأخصصين ، تتوذم ثم تجف بعد ٢ - ٣ أسابيع ، كما تتضخم العقد اللمفية الرقبية الأمامية بشكل حاد ، ويظهر طفح نموذجي حول الشرج .

الأعراض الأخرى : ترتبط هذه الأعراض بشكل مهم بالتبدلات المجموعية مثل التهاب العضلة القلبية ، التهاب الشرايين الإكليلية ، الإسهال ، الألم المفصلي أو التهاب المفصل ، وقد يشير تيسر العنق أحياناً إلى التهاب الدماغ العقيم .

الموجودات المخبرية : الموجودات المخبرية النموذجية : بيعة بروتينية ، بيعة كريات بيضاء ، وكثرة الكريات البيض مع زيجان لليسار ، وزيادة واضحة في سرعة التثفل ، وارتفاع الغلوبولين ألفا ٢ وأحياناً ترتفع ناقلات الأمين في المصل والبلرويين ، وقد تشاهد كثرة الصفيحات منذ الأسبوع الثاني للمرض .

الدلائل التي تؤدي إلى التشخيص : توجد على الأقل خمسة أعراض أساسية مدرجة في الأسفل (وضعها كيمورا ورفاقه ١٩٨٨) مقنعة في وضع تشخيص داء كاوازاكي . وعلى أية حال ، يكتفى بأربعة أعراض أساسية لإثبات الإصابة بهذا المرض عندما يثبت وجود أم دم إكليلية بواسطة تخطيط صدى القلب ثنائي البعد ، أو تصوير الأوعية الإكليلية .

الأعراض الأساسية :

- حمى مستمرة مدة ٥ أيام أو أكثر .
- تبدلات القسم المحيطي من الأطراف .
- المرحلة البدئية : احمرار الراحتين والأخصصين ، وذمة جاسئة .
- مرحلة النقاهة : توسف غشائي في نهايات الأصابع .
- طفح عديد الأشكال (موجود في ٩٠٪ من المرضى) .

المضادة للالتهاب مثل أوكسي فين بوتازون ، الاندوميتاسين ، ديكلوفيناك ، أو يبروكسيكام فيجب استعمالها فقط مع المراقبة الدقيقة بسبب تأثيراتها الخمسة أيضاً . وتعتبر الستيروئيدات القشرية علاجاً انتقائياً في الشكل الشديد ، وتعطى في البداية بجرعات يومية عالية (٦٠ - ٨٠ - ١٢٠ ملغ بردينزولون أو جرعات معادلة) ، ثم تخفض الجرعة خلال ٢ - ٣ أسابيع . ويعتقد بعض المؤلفين أن الستيروئيدات غير فعالة . وقد تعطى الصادات واسعة الطيف للوقاية من الأحماج الجرثومية الثانوية ، ولا يعطى البنسلين أو الأميسلين بسبب خطورة التفاعل الأرجي . وينصح بالأسيكلوفير الفموي أو الوريدي إذا وجدت إصابة بالخلأ البسيط . وينصح أيضاً بالراحة في السرير في كل الحالات الشديدة ، بينما يتطلب التجفاف والقصور الدوراني علاجاً طبياً عاماً ومناسباً . ويجب الانتباه إلى تناول المريض للطعام والسوائل (طعام سائل) المناسبة ، وقد تدعو الحاجة إلى تغذية غير فموية لفترة قصيرة عن طريق الوريد وذلك في الحالات الشديدة .

الموضعية : يمكن أن تعالج الطفوح الحمامية والنفاطية بالبودرة أو دهون الزنك أو دهونات من الستيروئيدات . وتعالج السطوح المتآكلة بالصادات (مرهم ، كدات رطبة زيتية) لتجنب الأحماج الثانوية ، وقد يفيد استعمال أسيكلوفير موضعياً أو مرهم أيودوكسيريدين يومياً في الآفات الحثلية . وينصح أحياناً بصيغة مطهرة للتجفيف . وإذا وجدت أعراض في مخاطية الفم ، فينصح بالمسح المتكرر بالمطهرات الخفيفة ، وقبل الطعام يمسح الفم بمحلول مخدر (سائل أو هلام من الكسيلوكاين) فقد يفيد ذلك في السيطرة على الألم . أما الجلب المؤلمة على الشفتين فيمكن علاجها بالمرلقات . ويستشار طبيب العينية على الفور إذا أبدت العينان أعراضاً ، ومن الضروري في كل الحالات الشديدة أن يشارك فيها اختصاصي بالطلب الباطني .

الوقاية : يجرى السيكلوفير الفموي للوقاية من حدوث الحمى عديدة الأشكال المرافقة للخلأ ، وفي بعض الحالات تتكثل التجربة بالنجاح .

داء كاوازاكي Kawasaki's Disease] Kawasaki et al, [1974 :

المترادفات : متلازمة اعتلال العقد اللمفية الجلدية المخاطية الحمى الحاد ، متلازمة العقد اللمفية الجلدية المخاطية .

التعريف : مرض حاد يتظاهر في الطفولة المبكرة بطفح ظاهر وطفح باطن وتظاهرات داخلية وتبدلات في العقد اللمفية ، ولم يثبت سبب له ، ويفترض أنه مرض خمجي حاد .

الحمامى عديدة الأشكال (EM) ، انحلال البشرة النخري الانسمامي (TEN) ، داء وحيدات النوى الجمعي ، داء البروسيلات ، داء الرئيميات ، الأخماج بالمفطورات Mycoplasmas ، التيفوس ، الحمى الرئوية الحادة ، داء الفم واليد والقدم ، داء ويسلر Wissler أو داء ستيل .

المعالجة : عرضية ، تعطى الساليسيلات غالباً (٣٠ - ١٠٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً ، مدة شهرين على الأقل بعد تراجع الحمى) ، وإن إعطاء غاماغلوبولين وريدياً بالإضافة للساليسيلات قد يقي من إصابة الشريان الإكليلي . ويجب أن يوضع تحذير من المعالجة بالستيروئيدات لأنها تزيد من حدوث الصمات ، وبدلاً عنه ينصح بإعطاء الأدوية مضادات التهاب غير الستيروئيدية وخاصة الساليسيلات .

الحمامى العقدة [Erythema Nodosum] William 1866, Hebra 1789 :

المرادفات : الحمامى رضية الشكل ، التهاب الجلد رضي الشكل .

الحدوث : شائع كثيراً ، وبشكل رئيسي في الإناث (٦ : ١) وخاصة في البالغين وصغار الكهول ، يحدث المرض بشكل رئيسي في الشهور الست الأولى من السنة .

الإمراض : الحمامى العقدة عبارة عن تفاعل أرجي عديد الأسباب وذات سير إمراضي متماثل ، ولم يثبت بعد إذا كانت الحمامى العقدة مرضاً مناعياً حصراً ، ترسب فيه المعقدات المناعية في الأوعية الدموية وفي الطبقة العميقة من الأدمة والنسيج الشحمي ، فتحدث استجابة التهابية في النسيج ، أو أنها تفاعل أرجي من النمط المتأخر (نمط كومبس - جل ، التفاعل الرابع) .

السيببات : تنجم الحمامى العقدة عن عوامل سببية مختلفة ومتعددة :

التدرن : يجب أن ينظر إلى الحمامى عديدة الأشكال كتعبير عن إصابة درنية في الأطفال والبالغين حتى سن الثلاثين ، وتظهر هذه الإصابة خلال سير الخمج البدئي ، ويصبح تفاعل السلين داخل الجلد إيجابياً خلال سير المرض ، وقد أصبح هذا الشكل نادراً .

الأخماج بالعقديات : قد تكون الحمامى العقدة تفاعلاً جليدياً في السلسلة التالية من الأحداث : أخماج السبيل التنفسي العلوي بالعقديات - آلام رثوانية - حمامى عقدة . تعتبر الحمامى

- حثان متحممة ثنائي الجانب .
 - تشدلات في الشفتين والحفرة الفموية : احمرار الشفتين ، لسان انتوقي .
 - حثان منتشر في مخاطية الفم والبلعوم .
 - عتلال العقد اللمفية الرئوية الحاد اللا قيحي .
- دُعرض أو انوجودات المميزة الأخرى :**

- قلبية الوعائية : الإصغاء (نفخة قلبية ، نظم غلوب ، أصوات القلب البعيدة) . تبدلات مخطط القلب الكهربائي (مسافة PR - QT متطاولة ، موجة Q شاذة ، انخفاض انغولتاج ، تبدلات ST - T ، اضطراب في النظم) ، موجودات صورة الصدر الشعاعية (ضخامة في ثقب) ، موجودات الإيكو ٢ - د (انصباب تأمور ، أم دم إكليلية) ، أم دم في الشرايين المحيطية غير الإكليلية (الإبطية ، وغيرها) ، ذبحة صدرية ، أو احتشاء عضلة قلبية .

- تسبيل المعدي المعوي : إسهال ، إقياء ، آلام بطنية ، استسقاء مرارة ، علوص Ilaus شللي ، يرقان خفيف ، زيادة بسيطة في ناقلات الأمين المصلية .
- الدموية : كثرة البيض مع زيجمان لليسار ، كثرة الصفائح ، زيادة سرعة التثفل ، إيجابية CRP ، نقص بروتينات الدم ، زيادة ألفا غلوبولين ، نقص بسيط في الكريات الحمر ومستويات الخضاب .
- البولية : بيلة بروتينية ، زيادة الكريات البيض في ثقالة البول .
- الجلدية : احمرار وجلبات في مكان حقن ب . ث . ج ، بشور صغيرة ، أتلان مستعرضة في أطراف الأصابع .
- التنفسية : سعال ، ثر أنفي ، ظلال شاذة في صورة الصدر الشعاعية .
- المفصالية : ألم ، تورم .
- العصبية : داء الخلايا وحيدات النوى الوافر في السائل النخاعي ، اختلاج ، فقد الوعي ، شلل وجهي ، شلل الأطراف .

الإنذار : حسن في الإصابة الحادة المألوفة ، وعملياً يعتمد الإنذار على التظاهرات المجموعية للأعضاء ، وخاصة القلب . وتبلغ نسبة الوفيات ١٪ - ٢٪ ، وتعزى إلى أم دم في الشريان الإكليلي .

التشخيص التفريقي : الاحتمالات عديدة ، ويجب أن يعطى اهتمام خاص للحمى القرمزية السمية ، متلازمة الجلد السمطي باعتقوديات (SSSS) ، متلازمة الصدمة السمية (Tss) ،

العقدة حالياً الشكل الأكثر شيوعاً في الأطفال والشباب كتفاعل أرجي يثار بالعقديات ، ويظهر بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع من الخمج ، وقد يترافق بحمى رئوية .

الغرناوية : إذا أصابت الحمامى عديدة الأشكال صغار البالغين ، والبالغين الكبار ، فيجب أن تفكر بالغرناوية . وفي إسكندنافية ، تعتبر الغرناوية السبب الرئيسي للحمامى العقدية . انظر أيضاً متلازمة لوفجرين .

الخمج باليرسينية : لوحظ حديثاً زيادة في ظهور الحمامى العقدية في أبحاث اليرسينية في الدول الإسكندنافية ، فرنسا ، إنكلترا ، وألمانيا الفيدرالية . وتوجد لدى المصاب قصة إسهال سابقة ، ويمكن لاختبارات الجلد الإيجابية وتفاعل التراص أن تثبت التشخيص المشكوك به بسبب التفاعل الأرجي لليرسينية المعوية القولونية .

داء المقوسات *Toxoplasmosis* : مرض نادر ؛ ولكنه ممكن إذا ترافق بحمى وتفاعل في العقد اللمفية .

الأخماج الأخرى : قد تشاهد الحمامى العقدية خلال سير الحبيوم اللمفي الأربي ، أو حمى خمسة القطعة ، أو الطيرية *Ornithosis* .

داء كراون : من المتوقع ترافق هذا الداء مع الحمامى العقدية في ١٪ - ٢٪ من المرضى ، وقد تكون المظهر الأولي لهذا الداء .

الأسباب الأخرى : قد تحدث آفات جلدية من نمط الحمامى العقدية خلال سير الفطارات العميقة ، الاعتلالات المعوية ، والخبثات بالإضافة إلى الأدوية . وقد لا تبدي هذه الآفات الصورة المدرسية للمرض ، ولهذا من الأفضل أن يرمز إليها بالحمامى العقدية .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٨) . قد تكون بؤاد الحمامى العقدية الناجمة عن العقديات خفيفة أو غائبة ، وتظهر الأعراض الجلدية بعد ٢ - ٣ أسابيع من خمج السبيل التنفسي العلوي ومن حدوث آلام رئوانية ، وفي الحمامى العقدية التي ترافق التدرن ، يمكن كشف المعقد الأولي الدرني في الأطفال وصغار البالغين المصابين بهذه الحمامى .

ييدي المصاب بالحمامى العقدية ضعفاً ودعناً وترفعاً حرورياً (بين ٣٨° و ٣٩°) ، بالإضافة إلى عقيدات ممضة ، صلبة ، يتراوح حجمها بين حبة البازلاء والجوزة ، حمراء اللون ، ومتناظرة ، حدودها غير واضحة ، وتحدث بشكل حاد ،

وتصيب الساقين وحول مفصل الركبة والكاحل . وقد تكون هذه العقيدات جلدية أو تحت جلدية ، مجسوسة ومرتفعة قليلاً فوق سطح الجلد ، ومؤلمة جداً إذا ضغطت بالأصبع ، وحارة أيضاً . وقد تحدث عقيدات جديدة خلال الأيام القليلة التالية ، بينما تصبح الآفات الأولية أكبر حجماً . وتحدث خلال سير المرض تبدلات لونية نموذجية ، ففي البداية يكون لون الآفات أحمرًا مزرقًا ساطعاً ، ثم يصبح مصفرًا أو مخضرًا بسبب تحطم الميوجلوبين وشبهاً بما يحدث في ارتشاف الأورام الدموية (الحمامى رضية الشكل) .

وأخيراً قد تظهر عقيدات بنية أو زرقاء داكنة على الساعدين والناحية الأليوية (وأعظمها خلال المرحلة الأخيرة) . والنقطة الهامة هي عدم تقرح هذه العقيدات ، كما يكون التراجع سريع الحدوث . ويمكن تمييز الآفات القديمة بفرط التصبغ عقب الالتهاب أو بالتوسع البسيط لبعض الوقت ، ويتراوح سير الإصابة عادة بين ٣ - ٦ أسابيع ، والنكس فيها نادر . ويتراق حدوث الحمامى العقدية مع الحمامى عديدة الأشكال بنسبة ١٠٪ كما في الحالات التي تنجم عن داء النوسجات .

في الحمامى العقدية الهاجرة (Bäfverstedt ١٩٥٤) ، (المرادفات : التهاب السبلة الشحمية الهاجرة ، ١٩٦٠ Vilanova) ، تحدث الآفات وحيدة الجانب ، وتميل للهجرة بطيئاً على الناحية الوحشية والأمامية للساق ، وتصاب النساء عادة (في كثير من الحالات خلال الحمل) ، وقد يرافقها حساسية للعقديات .

تعنبر متلازمة لوفجرين *Löfgren's Syndrome* (١٩٤٦) ظاهرة للغرناوية ، وهي أكثر حدوثاً في النساء ، وتبدي ترافق أعراض الحمامى العقدية مع عقد لمفية متضخمة نظيرية ثنائية الجانب . ويكون تفاعل السلين سلبياً في هؤلاء المرضى غالباً . وتكون التبدلات النسيجية نموذجية للغرناوية في خزعة الجلد أو الكبد أو العقد اللمفية .

الأعراض : تتوافق أعراض الحمامى العقدية مع أسبابها ، فالبؤاد قد تكون بسيطة أو غائبة ، وقد يشكو المريض من ضعف ، أو دعث ، أو صداع ، أو حمى خفيفة في بداية الهجمة الحادة لهذا المرض . وقد يصبح كل من الصداع والآلام المفصلية شديداً ، ويعتبر ارتفاع سرعة التثفل علامة تشخيصية مميزة ، وإن تجاوزها ١٠٠ ملم/ساعة ليس بغير شائع . ويرتفع عيار السرتبوليزين في الأخماج بالعقديات وقد تبقى طبيعية في أحوال أخرى ، أما كثرة العدلات فكثير الحدوث .

الداعمة المطاطية ، وقد يعطى البردنيزولون في الحالات الشديدة .

المعالجة الموضعية : قد يستعمل رهم ستيرويدي مع ضماد بلاستيكي ، كما تفيد الضمادات الرطبة أيضاً .

الحمامات العقيدية Nodular Erythemas :

يقصد بعبارة الحمامى العقيدية التفاعلات الجلدية من نمط الحمامى العقدة المتناظرة والحادة والشبيهة بآلية التفاعل الأرجي مفرط الفاعلية (تفاعل الطفحة Id reaction) . وتتميز عن الحمامى العقدة بغياب المظهر الرضي ، وعدم تفضيلها لإصابة الساقين ، وبميلها الكبير للانتشار على الأطراف العلوية والسفلية ، ويطلق بعضهم عليها تسمية التهاب الأوعية العقيدية .

الحمامى العقيدية كفاعل طفحي :

تشاهد هذه الحمامى في الفطور العميقة (الشعروية العميقة ، داء النوسجات ، الفطار الكرواني) ، وفي الآفات المعدية المعوية كالتهاب القولون القرصي ، وفي داء كرون بنسبة ١٪ - ٢٪ ، وفي الحبائث (الحبيسوم اللمفي الحبيث ، ابيضاضات الدم) .

الحمامى العقيدية الدوائية :

في هذه الحالة ، يوجد فيها اختلاف شكلي واضح عن عقيدات الحمامى العقدة النموذجية ، فعدد العقيدات قليل ، وقد تصاب بالنخر ، ويغيب المظهر الرضي فيها إضافة إلى البوادر الأخرى من حمى وضعف وكثرة البيض . تراجع الإصابات سريعاً عندما يسحب الدواء ، وتحدث هذه الحمامى العقيدية خصوصاً بمناعات الحمل ، اليود ، البروم ، الساليسيلات ، خافضات الحرارة ، الفيناستين ، والسلفوناميدات .

الحمامى العقيدية في الأمراض الحمجية :

هذا الشكل من الحمامى العقيدية شائع الحدوث خلال سير الحمى القرمزية ، والحصبية ، والتزلة الوافدة ، والحمى التيفية ، والإفرنجي الثانوي ، والجذام ، وداء رايتز أو السيلان البني .

الحمامى العقيدية في الأمراض الإنتانية :

وهي نادرة جداً .

المعالجة : يكون العلاج حسب المرض المرافق للإصابة أو بسحب الدواء ، وفي حالات أخرى يتم العلاج فيها كما في علاج الحمامى العقدة .

التشريح المرضي النسيجي : تلاحظ رشاحة النهائية لمفاوية حرة - لأوعية ونزف في الأدمة السفلى وفي حجب النسيج لشحمي تحت الجلد ، وتترافق بتفاعل حبيبي ثانوي والتهاب وريدي . ونادراً ما يشاهد التهاب السبلة بالعدلات و - خمضات أيضاً ، وأخيراً تسود الناسجات في الرشاحة . وتعتبر عقيدات ميسنر الشعاعية والتي تتألف من بالعات حول لأوعية الصغيرة ، نموذجية ولكنها نادرة ، ولهذا فهي علامة لا يمكن الاعتماد عليها . وتشاهد أيضاً حبيبومات غرناوية في مرضى الغرناوية أو داء كرون .

السر : يحدث الشفاء العفوي عموماً خلال ٣ - ٦ أسابيع ، ورجعة الداء ممكنة ، وحدوث التفرح نادر جداً ، والإنذار حسن .

التشخيص التفريقي : من الضروري معرفة القصة المرضية بالتفصيل ، فالشكل الناجم عن العقديات أسهل تشخيصاً لوجود الذباح في الخلق ، والتهاب الخلق ، والآلام المفصليّة ، والطفح الجلدي . ومن الضروري أيضاً استبعاد المعقد البدئي الدرني لدى المرضى حتى بلوغهم سن الثلاثين من عمرهم .

وفي البالغين ، يجب أن ينظر إلى الغرناوية بعين الاعتبار ، وحديثاً أصبحت اليرسينية أكثر شيوعاً ، ويعتبر الإسهال لمدة ثلاثة أسابيع قبل بداية المرض مؤشراً لهذا التشخيص .

وما عدا ذلك ، من الضروري تمييز الجلادات العقيدية التي تصيب الساقين . فالحمامى الحاسئة تتصف بإزمانها ، وبغياب الألم فيها ، وتصيب هذه العقيدات الوجه الخلفي للساقين ، وهي بطيئة التطور في النساء الشابات ، وتميل هذه العقيدات للتقرح . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الأشكال الأخرى من التهاب السبلة الشحمية ، والتهاب الأوعية العقيدية ، والتهاب محيط الشريان المعقد الجلدي . وجميع هذه الأعراض مزمنة على أية حال . أما الصموغ الإفرنجية فغير متناظرة ومصطبغة وتميل للتقرح .

المعالجة : ينصح بالراحة في الفراش في كل الحالات .

المعالجة الجهازية : ينصح بإعطاء الساليسيلات ، ولكن مضادات الالتهاب الأخرى مثل الأوكسي فين بوتازون ، الإندوميتاسين ، أو الإيكوفيناك غير مفيدة ، يضاف إلى ذلك خطورة التفاعل الأرجي الإضافي . هذا ويجب أن لا ننسى أن الحمامى العقدة قد يترافق حدوثها مع الحمامى عديدة الأشكال . وينصح بإعطاء يوديد البوتاسيوم ٦٠٠ - ٣٠٠ ملغ يومياً ولمدة عدة أيام وحتى ثمانية أسابيع . وفي المرضى الخارجيين ، من الضروري استعمال العصائب

الجلاد العادل الحمي الحاد Acute Febrile Neutrophilic Dermatitis [Sweet 1964] :

المرادفات : متلازمة سويت .

التعريف : مرض حاد عديد الشكلياتية ، والأمراض فيه أرجي خمجي .

الحدوث : هذا المرض نادر ، ونسبة المرضى من الإناث عادة (١ : ٥) وفوق سن الثلاثين .

الإمراض : من المحتمل حدوثه بآلية أرجية خمجية ، ويؤدي بعض الشبه بالتهاب الأوعية الأرجي ، كما يكشف المعقد المناعي في البثور بطريقة الومضان المناعي . ومن المحتمل أنه مرض بالمعقدات المناعية ومثاله تفاعل كومبس وجل من النمط الثالث .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٩) . إن المظاهر الجلدية لهذه الإصابة تتلو الأخماج التنفسية عادة . وفي بعض الحالات كشفت اليرسينية ، وبعد فترة غير عرضية تراوح بين ١ - ٣ أسابيع من ظهور الخمج ، يصبح المريض عليلاً ، محموماً ، وتترافق بكثرة العدلات في الدم وبطفح متعدد الأشكال . ويظهر لدى المريض آفات حمامية حمراء اللون داكنة ومؤلمة ، تكبر تدريجياً وتصيب الوجه والأطراف خاصة مع ميلها لإصابة السطوح الانبساطية والأمامية ، بالإضافة لإصابة أعلى الجذع والعنق . وأحياناً تظهر لدى المريض حطاطات ولويحات مرتشحة وذمية وتترافق بسطوح التهابية حمراء غير مستوية (تشبه الحويصلات) . وقد تتطور إلى بثور . وهذا يعطي الإصابة مظهراً متعدد الأشكال ، ولكن لا تشاهد فيه أبداً الآفات القرحة النموذجية في الحمامي عديدة الأشكال ، وقد تلاحظ أحياناً آفات عدية الشكل على العنق وحمامي عقيدية على الساقين ، ويحدث التراجع في مركز الآفات ، وتوسف طوقي الشكل أحياناً .

الأعراض : تتألف الأعراض الشخصية من ألم بالضغط ، وتوتر في اللويحات الودمية والمرتشحة بشدة ، وقد تستمر الحمى أسبوعاً إلى أسبوعين دون علاج ، وتكون سرعة التثفل عالية جداً ، وتكثر البيض وتصل نسبة العدلات بين ٧٠٪ إلى ٩٠٪ ، وأحياناً تترافق بإصابة مفصليّة أو كلوية .

التشريح المرضي النسيجي : يؤدي خطل تفرن بؤري وبثور داخل البشرة وتحت بشرة مع رشاحة شديدة بالعدلات حول الأوعية والغدد ، وتترافق أحياناً بتكسر وافر في الكريات البيض في الأدمة العليا والمتوسطة . وأخيراً يحدث ارتشاح تغلب فيه اللمفاويات والناسجات . ولا تترافق الإصابة بالتهاب أوعية

نمذجي كاسر للكريات البيض وفيريني ، وقد تظهر ترسبات C₃ في جدر الأوعية بطريقة الومضان المناعي .

المسار : قد تستمر اللويحات عدة أسابيع ، وحتى شهرين أحياناً إذا لم تعالج هذه الآفات . وقد يكون هناك ميلاً لعودة الإصابة بعد تراجعها ، وتشفى الآفات الجلدية دون أثر .

الدلائل التي تقود إلى التشخيص : حدوث خمج في السبيل التنفسي العلوي والسبيل المعدي المعوي (مثل اليرسينية) يتبعها فترة لا عرضية من ١ - ٣ أسابيع . ثم يبدأ المرض بهجمة حادة تترافق بحمى وكثرة العدلات في الدم مع ارتفاع في سرعة التثفل .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن الحمامي عديدة الأشكال ، والحمامي المرتفعة الدائمة ، وأيضاً الإنتانية (إثنان الدم) ، والذئب الحمامي المجموعي ، والحمامي العقيدية . ولوحظت آفات من هذا النمط في ايضاض الدم ذو الخلايا المشعرة أو في الطور قبل الايضااضي أو الايضااضي من الايضااض النقياني الحاد ، وقد يلتبس مع تقيح الجلد المواتي الفقاعي .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : الستيروئيدات (بردينزولون ، الجرعة الأولى ٦٠ - ٨٠ ملغ/يومياً ، ثم تخفض الجرعة أخيراً) لمدة ٢ - ٣ أسابيع ، أما الصادات فغير مؤثرة . يمكن تجربة الكولشيسين (١,٥ ملغ يومياً) أو يوديد البوتاسيوم (٦٠٠ - ٨٠٠ ملغ يومياً) . ويجب تطبيق العلاج الكيماوي ضد الايضااض المرافق عند الضرورة .

المعالجة الموضعية : رهيات من الستيروئيدات و/أو دهون الزنك .

النخالية الوردية Pityriasis Rosea [Gibert 1860] :

التعريف : هي جلاد التهابي حاد تتظاهر بآفات حمامية وسفية نموذجية ومنتشرة بشكل متناظر ، وخاصة على الجذع . سيرها محدود ، وتحدث لدى الشباب ، ومن المحتمل أن تكون ذات منشأ خمجي .

الحدوث : النخالية الوردية جلاد شائع في كل أرجاء العالم ، ويوضع تشخيصها في حوالي ١٪ - ٢٪ من مرضى العيادات الجلدية . وهي شائعة في أشهر الخريف والشتاء ، ولقد لوحظت حوادث متعددة وخاصة في الذين يعيشون قرب بعضهم (العائلات ، المدراس ، العمل) .

الأسباب والأمراض : الأسباب غير معروفة ، ويشتهر بالمنشأ

خمجى ولكن الدليل النوعي على ذلك غير متوفر . وإمراضياً
يُحتمل أنه تفاعل من النمط المتأخر (تفاعل كومبس وجل ، النمط
لربيع) ، ويبدو أن العوامل الوراثية غير سائدة . ومن المحتمل
شيوع الإصابة في التأتبيين ، ويقترح أيضاً أن عوامل الشدة
و حمل قد يسرع من حدوث هذه الإصابة .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض بلا أعراض بلويحة بدئية
تمثلية (الميدالية الكبيرة) أو بقعة الطليعة على الجذع وعادة
على القسم العلوي منه ، وتكون البقعة البدئية أكبر من الآفات
نصفية المتأخرة ، وهي بيضوية الشكل وقطرها ٢ - ٧ سم ،
ولونها أحمر ساطع ثم يصبح وردياً شاحباً ، ومركزها منخفض
قليلاً تستره وسوف نخالية الشكل ، بينما تبدي حوافها حلقة
وسفية ذات وسوف منفصلة عنها وباتجاه المركز . وهذه البقع
حدودها واضحة وقد تكون مرتفعة الحواف . (راجع الشكل
١٤ - ١٠) .

لا يلاحظ المرضى مرحلة اللويحة البدئية، ولكنهم يلاحظونها
بعد أيام أو أسابيع ، عندما يظهر الطفح النموذجي ، ويظهر هذا
الطفح في هجمات خلال أسبوع إلى أسبوعين ، على شكل
آفات منعزلة ولويحات متناظرة تصيب الجذع وأسفل العنق
والثلث العلوي من الساعدين ، والفخذين ، ولا تصاب
الأقسام القاصية من الأطراف وكذلك لا يصاب أعلى العنق
والوجه .

والآفات عبارة عن لويحات النهائية حمراء ساطعة ذات
حواف واضحة ، مختلفة الأقطار وذات شكل بيضوي .
تتصف بتوافق محورها الطويل مع خطوط الجلد ، وبسوف
طوقية نموذجية مع مظاهر نخالية الشكل في مركزها . وتكون
الآفات المنعزلة من الطفح أصغر من اللويحة الأولية ، وقد يبدي
مركز اللويحة مظهراً من الضمور الكاذب يشبه ورق لفافة
التبغ .

الأعراض : تظهر اللويحة الأولية عادة بلا أعراض ، ولا يحدث
الطفح الذي يعقبها اضطراباً حسيماً . على أية حال ، يتذمر بعض
المرضى من حكة صريحة وخاصة بالعلاجات غير المناسبة .
ونادراً ما ترتفع درجة الحرارة قليلاً أو ترافق بضعف أو
بضخامة خفيفة في العقد اللمفية وخاصة الرقبية . لا تصاب
مخاطية الفم ولا تحدث أعراض مجموعة أو مظاهر مرضية في
الفحوص المخبرية .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد تسفنج لمفاوي غير نوعي
والتهاب ما حول الأوعية مع وذمة في الخلايا ، إضافة إلى
تفاعل لمفاوي خفيف أو رئيسي حول الأوعية ، مع ميل
للتسرب الخلوي . وقد تكون البشرة متسمكة قليلاً ومتسفنجة

وفها تشكلات حويصلية نادرة تحوي على كريات حمراء ، كما
تبدي الطبقة المتقرنة حطط تقرن بؤري .

السير : تختفي الآفات عفوياً خلال ٣ - ٤ أسابيع ، وأحياناً
تستمر لمدة شهرين أو أكثر ، والنكس نادر جداً .

الدلائل التي تقود إلى التشخيص : اللويحة الأولية ، طمح على
الجذع بشكل بقع حمامية وسفية تتوضع على طول خطوط
الجلد ، ولكنها لا ترافق بأعراض في مخاطية الفم أو بأعراض
عامة ملحوظة .

التشخيص التفريقي : يلتبس مع أدواء الشعرويات السطحية
(السعف الجسدية) التي يمكن استبعادها بوجود البقع المتعددة
المتناظرة وسلبية اختبارات تحري الفطور . وعلى أية حال ،
يمكن بصعوبة تفريق النخالية الوردية عن الأشكال المثية النخالية
الشكل Pityriasiform Seborrheid التي يكون تطورها
بطيئاً ، ولا تبدي آفات الوسوف الطوقية ، وتكون اللويحة
الأولية غائبة ، كما لا تراجع آفات عفوياً . ويجب إجراء
الاختبارات المصلية للإفرنجي . تحدث التبدلات في المخاطيات
والعقد اللمفية في الإفرنجي . ويجب أن تؤخذ التفاعلات
الدوائية بالاعتبار ، فقد تحدث الميومات آفات تشبه النخالية ،
وكذلك يدخل في التشخيص التفريقي كل من طفحية
الصداف الشائع الطفحي والآفات المرتفعة الكبيرة في الحزاز
المسطح . وعلى أية حال ، يعتبر المرض الأخير من الآفات
المخاطية الشكل .

المعالجة : يعطى العلاج العرضي فقط بسبب ميل الإصابة
للتراجع العفوي خلال ٢ - ٨ أسابيع . ويمكن لبعض
المعالجات أن تكون محرشة لهذا المرض ، وينطبق هذا بشكل
خاص على استعمال المراهم الدهنية ، أما الاستجابة
للسيترويدات فمحددة . وقد استعمل بعضهم جرعات
منخفضة من الأشعة فوق البنفسجية ، كما وجدت فائدة قيمة
في علاج البقع الجلدية بطبقة رقيقة من كريمات ستيررويدية
بتراكيز منخفضة ودهون الزنك الجاف ، ويؤدي الاستحمام أو
الدوش بالصابون إلى التخريش الثانوي والتأكزم . ووجدت
فائدة قيمة بإضافة الزيوت إلى ماء الحمام أو في التدویش . أما
العلاج الجهازى فغير ضروري ، أو قد تستعمل مضادات
المستامين في كبت الحكة غالباً .

الأشكال الخاصة : يبدي كثير من المرضى تبدلات جلدية غير
نموذجية ، وإن الأشكال غير النموذجية من الطفح تضم توزعاً
جريبياً في إحداها ، وتشكلاً حويصلياً في أخرى ، وقد يتحدد
هذا التوزع في الثنيات ، أو يكون منتشر أكثر من المألوف ، أو
ينحصر في بقعة الطليعة ، وقد يحدث خبر في الآفات أيضاً .

وليست الأشكال الخطاطية أو الشروية للنخالية الوردية نادرة في الأطفال . وفي هذه الحالات يلاحظ وجود حطاطات بنية أو وردية قائمة اللون ، قطرها ١ - ٢ ملم ويبدو أنها تتبع خطوط الجلد . ويندر أن يتوسف كامل سطح الجلد ويحدث ذلك بالمعالجات المخرشة عادة .

الصداف الشائع Psoriasis Vulgaris :

الصداف (الكلمة اليونانية Psora تعني الحكمة) مرض معروف تماماً ، ولقد وصفه Robert Willan بشكل دقيق وللمرة الأولى في إنكلترا في أوائل القرن التاسع عشر ، وميز له شكلين منفصلين ، بينما كان الرأي في فيينا أنه مرض واحد .

التعريف : الصدف بشكل رئيسي مرض جلدي التهابي موروث ، سيره حاد أو مزمن ، ومظاهره الجلدية عبارة عن لويحات التهابية بأشكال مختلفة ، حمراء اللون ، حدودها واضحة تماماً ، وذات وسوف فضية لماعة مميزة . وقد تبقى التبدلات الحمامية الوصفية مقتصرة على عدة بقع ، أو تتصل مع بعضها على نطاق واسع أو تتعمم أحياناً . وإن إصابة الأظافر في الصدف شائعة ، وقد يكون للصدف علاقة باعتلال المفاصل ، وسيره يختلف من حالة إلى أخرى ، أما الأشكال اللاغوجية فشائعة الحدوث نسبياً .

الحدوث : تبلغ نسبة حدوث الصدف بين ١٪ - ٢٪ من السكان في الجمهورية الألمانية الفيدرالية ، وإنكلترا والولايات المتحدة ، ويعتبر الصدف أحد أكثر الجلادات شيوعاً وأهمية ، وشيوعه كشيوع الداء السكري . وتبلغ نسبة المصدوفين ٦٪ - ٨٪ من المرضى المعالدين للعيادات الجلدية .

تلعب العوامل الجغرافية والعرقية دوراً مهماً في حدوث الصدف ، وهذا المرض أقل شيوعاً في المناخ المداري والإستوائي بالمقارنة مع شيوعه في المناطق المعتدلة . وإصابته للرق الأبيض أكثر شيوعاً ، أما الشرقيون فأقل إصابة ، بينما تندر إصابة العرق الأسود . والصدف غير متواجد عملياً في الشعوب ذات الجلد الأحمر (الأسكيموس والهنود الأمريكيان) ، ومن المحتمل أن الاختلاف في الحدوث يتبع العامل الإرثي .

يمكن لهذا الداء أن يبدأ في أي عمر ، ومن ناحية أخرى فالتظاهرة السريرية الأولى نادرة في الطفولة الباكرة ، وتحدث الهجمة الأولى في عمر متقدم . ويبدأ الصدف عادة في سن يتراوح بين ١٠ - ٣٠ سنة ، وأحياناً تكون بدايته أبكر في الإناث ، وتندر مشاهدته قبل البلوغ نسبياً .

التأهب والوراثة : للصدف عامل عائلي ، إذ يوجد توافق بين

التوائم وحيدة الزيجوت في هذا المرض في ٩٠٪ من الحالات ، والذي يعتبر مؤشراً على تداخل العوامل الوراثية . وتوافقاً مع دراسات Lomholt في جذر فيرو ، فإن احتمال إصابة طفل بالصدف تبلغ حوالي ٢٥٪ إذا كان أحد أبويه مصاباً به ، بينما تبلغ حوالي ٦٠٪ - ٧٠٪ إذا كان الأبوان مصدوفين .

ولدى دراسة الحدوث حسب الأعمار ، تبدي الهجمة الأولى في المرضى المرض توزعاً مثنوياً Bimodal ، وتبدأ بشكل أعظمي في عمر بين ٢٢ سنة و ٥٧ سنة في الرجال ، وفي عمر بين ١٦ سنة و ٦٠ سنة في النساء . وتبين أن المستضد HLA - Cw₆ - أكثر شيوعاً في المرضى الذين يصابون بالصدف قبل سن الأربعين من المرضى الذين يتأخر لديهم ظهور الهجمة الأولى تماماً ، كما في المستضد HLA - B₁₃ و HLA - Bw₃₇ (نمط فرعي من HLA - B₁₇) . كما يكثر حدوث HLA - Cw₂ و HLA - B₂₇ في المرضى الذين يتأخر لديهم ظهور المرض . وبسبب الارتباط الوثيق بين التظاهرات الباكرة للصدف و HLA - Cw₆ ، يمكن تحديد نمطين من الصدف غير البثري :

- ١ - النمط I من الصدف مع حدوث باكر (> ٤٠ سنة) ، يترافق مع مستضد HLA - Cw₆ .
- ٢ - النمط II من الصدف مع حدوث متأخر (< ٤٠ سنة) ولا يترافق مع HLA - Cw₆ .

ولقد لوحظ في النمط I من الصدف زيادة في الحدوث العائلي بلغت نسبة ١٠٪ من المرضى الأشقاء ، وأصيب ١٥٪ من أطفالهم . وبشكل مغاير ، ففي النمط II من الصدف ، بلغت نسبة عدد الحالات العائلية من هذا النمط حوالي ١,٥٪ - ٢,٧٪ فقط ، وفي النمط I تزداد مخاطر حدوث الصدف في الأطفال إلى أكثر من ٢٠٪ في المرضى الذين لديهم مستضدات HLA - Cw₆ و HLA - A₂ و HLA - B₁₃ و Bw₂₇ . وعلى الرغم من أن كلا النمطين من الصدف متشابهان تماماً سريرياً ، فإن التفريق بينهما على أسس وراثية كبير الأهمية . ولا يحدث HLA - B₂₇ في أنماط مختلفة من التهاب المفاصل ، والتهاب المفصل العجزي الحرقفي وداء رايتز فحسب ، ولكنه يحدث أيضاً في مرضي اعتلال المفاصل الصدافي . أما التأهب للصدف الشائع أو ما يدعى بالأهبة الصدفية أو الصدف الكامن فله أسس وراثية .

لا يوجد حالياً رؤية متفق عليها حول الطراز الوراثي للصدف ، كما لا يوجد فيه ارتباط بالجنس . وقد كان في السابق ينظر إلى انتقاله بطراز وراثي جسيمي سائد ومختلف النفودية (حوالي ٦٠٪) ، أو بطراز وراثة صاغرة ، أو بأشكال

وراثية أخرى أكثر تعقيداً ، ولكن الدراسات الحديثة تشير إلى وجود علاقة بين التأهب للصداف والأنظمة الوراثية الواسمة مثل HLA وزمر لويس Lewis الدموية . وقد يكون لصداف مرضاً عديد المورثات ، أي أن المرض يشترط فيه فعل عدة مورثات مختلفة ، كل منها يحمل العامل الشخصي لإمراضي إلى تحوم العوامل البيئية التي يمكنها أن تحدث انتظارات الجلدية .

وتشير المعرفة بمرض الصدف إلى أن مدى ضغط الطفح الداخلي المنشأ **Endogenous Eruption Pressure** قد يتبدل مع الزمن . ويمكن تمييز ثلاثة مراحل تطورية للصداف الشائع :

نصاف الكامن أو الصدف من النمط الوراثي Genotypic : في هذا الشكل ، يحمل الشخص الأبهة الصدفية أو الميل للإصابة ، ومن المحتمل علاقته بمورثات متعددة ، ودون أعراض سريرية ، وحالياً ، لا توجد طريقة لوضع التشخيص في هذا الشكل .

نصاف تحت السريري أو الصدف من النمط الظاهري الوراثي Genophenotypic : في هذه الحالة ، توجد طرق كيميائية حيوية نستطيع فيها كشف المرض تحت السريري في الجلد الطبيعي ، ومثاله زيادة تركيب الدنا DNA البشري ، فرط التجدد البشري بعد الجروح ، زيادة تحلل السكر في البشرة ، التبدلات في التعرق أو في ترسبات الشحوم على سطح الجلد ، أو زيادة عدد الخلايا البدنية أو البالعات في الأدمة . يتطلب كثير من هذه الموجودات إثباتاً أو دعماً ، وحيث لا توجد تظاهرات سريرية للصداف .

الصداف السريري أو من النمط الظاهري Phenotypic : في هذه الحالات ، توجد تظاهرات سريرية للصداف ، والطرق الحديثة تمكننا من كشف الاختلافات بين الجلد الطبيعي والجلد الذي يبدو طبيعياً من الناحية السريرية .

ويمكننا بمعالجة الصدف ، نقل هذا المرض فقط من مرحلة النمط الظاهري إلى مرحلة النمط الوراثي من الصدف الكامن ، ولكن الشفاء النهائي غير ممكن . ويمكن أن تحدث دائماً هجمات صدفية جديدة بعد شفاء الآفات الجلدية ، ويعتمد مكان وزمان حدوث الصدف على ضغط الطفح الداخلي المنشأ وعلى العوامل المحرشة (المثيرة) .

المحرشات Provocation : إذا افترض أحدنا أن الصدف الشائع مرض عديد المورثات ويشار بالعوامل البيئية ، فإنه يستطيع تمييز كثير من العوامل الداخلية أو الخارجية التي تثير الأنماط المختلفة وتسرع من انتقال الصدف من النمط الوراثي الكامن سريرياً إلى النمط الظاهري سريرياً .

إحداث الصدف تجريبياً بتأثير متماثل الشكل **Isomorphous** (ظاهرة كوبز) : يمكن إحداث الآفات الصدفية بتخريش الجلد تجريبياً كنزاع الطبقة المتقرنة بشرط لاصق أو بجرح الجلد . ومع ذلك فالرضوح الخارجية غير النوعية (سحجة أو لقاح) قد تحدث هذا التأثير . وتبدأ ظاهرة كوبز عادة بعد ١٠ - ١٤ يوماً ، ومن الضروري إحداث تجدد البشرة لإثارة ظاهرة كوبز ، وإن تخريب عناصر الأدمة فقط غير كاف لتخريض هذه الظاهرة . وبالإضافة إلى ذلك ، يجب على المريض أن يراقب ضغط الطفح الداخلي العالي والمناسب لحدوث تفاعل الجلد الصدافي . (راجع الشكل ١٤ - ١١) .

المحرشات الخارجية للتظاهرات السريرية : كشفت الملاحظات السريرية كثيراً من المحرشات الخارجية في حدوث الصدف الشائع :

العوامل الفيزيائية : احتكاك ، أذيات ، لقاح ، مكان الحقن ، ندبات جراحية ، لدغ حشرات ، مناطق الضغط على الأوردة الدوالي ، التسميط ، الحرق ، والتشعيع (ضوء الأشعة فوق البنفسجية ، الأشعة السينية) .

العوامل الكيميائية : الكي ، تخرب الجلد التنكسي المزمن (نقص الزهم ، القلويات) ، العوامل المضادة للصداف ، العوامل السامة .

الجلادات : الحلاأ النطاقي ، خلل التعرق ، الدخنة الحمراء ، التهاب الجلد الزئبقي ، القوباء المعدية ، تقيح الجلد المواتي ، عد الزيوت ، الفطارات ، أدواء التي تصيب البشرة : المبيضات في الثنيات ، تفاعل الطفحة . الاختبارات الرقمية أو بالوخز أو بالتخريش : الأرجيات بالتماس (مثال تربنتين ، فورمالين ، الكروم ، نيومايسين ، المواد التجميلية) .

في المرضى المصدوفين يُحدث العديد من المثيرات المختلفة تفاعلاً صدفياً . ويحدد ضغط الطفح الداخلي ما إذا كان الصدف سيظهر في المناطق المحرشة . ويكون الضغط عالياً في مرض الصدف الطفحي ، بينما يكون بسيطاً أو غائباً في مرض الصدف المزمن ، وغالباً ما يشير الصدف الشائع على الراحتين والساعدين والوجه إلى الفعل المحرش المتماثل الشكل تجاه أرج التماس . ويمكن لصداف الثنيات (وترات الأصابع ، المغبن ، الإبط ، السرة) أن يظهر ليس فقط في فرط التعرق ، والبدانة ، والسكري ، ولكن أيضاً في الأنحاج الفطرية التي تصيب الثنيات كالمبيضات البيض .

وفي جميع هذه الحالات ، يبدأ التجدد البشري بالتخريش الخارجي .

المحرضات الداخلية المنشأ للتظاهرات الصدفية السريرية :
تستطيع العوامل الداخلية المنشأ أن تخرض على بداية الصدف أو تفاقمه :

- الأمراض الخمجية .
- الأدوية .
- الحمل أو الولادة .
- الحمية .
- الكرب .
- نقص الكالسيوم .

يلاحظ المظهر الأولي للصدف غالباً عقب خمج حاد ، وبشكل خاص يمكن أن يحدث الصدف الطفحي الحاد بعد خمج السبيل التنفسي العلوي بالعقديات (التهاب لوزات حاد أو التهاب قصبات) ، ويلاحظ هذا في الأطفال وصغار الكهول . ويمكن لمرض الإيدز الخمجي بالحمة HIV أن يشير حدوث الصدف . وقد تثار بداية الصدف أيضاً باللقاح أو باختبارات الجلد الإيجابية داخل الأدمة ، وعلاوة على ذلك ، يمكن للأدوية (كمضادات الملاريا ، حاصرات بيتا أو الليثيوم) أو التفاعلات الدوائية الأرجية أن تخرض على حدوث الصدف ، ويشار كذلك في الشدائد والعوامل الانفعالية الأخرى .

نزوع ضغط الطفح الداخلي المنشأ لإحداث تفاعل الجلد الصدافي : المرضى المصدفون بشكل صريح لديهم نزوع ملحوظ أحياناً لظهور آفات صدفية جديدة ، بينما في أحوال أخرى ، هناك ميل محدود لتراجع الإصابة . ومن الممكن في نسبة من المرضى فقط أن تشير العوامل الداخلية أو الخارجية حدوث الآليات الأرجية وغير الأرجية ، والتي تشير إلى أن الاستعداد الداخلي لتفاعل الجلد الصدافي يمكن أن يظهر بشكل مختلف . وقد أطلق Keining على هذا الاستعداد اسم « ضغط الطفح الداخلي المنشأ » . وإذا كان هذا الضغط عالياً ، كالأنحاج بالعقديات مثل التهاب اللوزات ، يمكن أن تسبب صدفاً طفحياً نقطياً حاداً ، بينما لا يحدث ذلك في ضغط العوامل الداخلية المنخفض .

ولا توجد ، حتى الآن ، طرق جيدة لقياس هذا الضغط بشكل موضوعي . غير أنه يستطيع أحدنا إحداث ظاهرة كوبرنجر تجريبياً . وعلى أية حال ، فالعوامل المحرشة للصدف غير معروفة غالباً .

المسببات : حالياً ، لا يوجد دليل على سبب واحد للصدف ، ولقد نوقشت الأنحاج بالحماض الراضحة بشكل مفصل .

الإمراض : إذا كان ثمة انتقال من الصدف الكامن (النمط الوراثي) إلى الصدف السريري (النمط الظاهري) بسبب المحرضات الداخلية أو الخارجية ، فقد تكون هناك اضطرابات جوهريّة في منطقة الجلد المصاب ، إلا أنه لا توجد تبدلات نوعية في استقلاب البروتين والسكريات والشحوم ، أو علامات سريرية تدل على الاضطرابات الغذائية أو الذاتية ، كما لم تكشف بعد أي دلالات مناعية نوعية في الصدف .

ولهذه الأسباب ، فهناك اهتمام شديد في التشرح المرضي النسجي للآفات الصدفية نفسها ، وإن أية آفة خارج مناطق الثنيات وغير معالجة تبدي احمراراً التهابياً ووسفياً . وعلى كلر لم يثبت بعد ، ما إذا كان الصدف آفة بدئية بشرية أو بدئية آدمية (راجع الشكلين ١٤ - ١٢ و ١٤ - ١٣) .

الجدول ١٤ - ٢ : البشرة في الصدف

الصدف	الطبيعي
الانقسام	حوالي ٠,٤ ٪
تركيب الدنا DNA	حوالي ٣ ٪ - ٥ ٪
دورة الخلية	حوالي ٤٥٧ س
زمن عبور الخلية القاعدية	حوالي ٢٨ يوماً
استقلاب الخلية	طبيعي
غليكوجين	زيادة كبيرة
البروتينات البنيوية	طبيعية
	ناقص

وتشير كثرة الوسوف في الآفات الصدفية إلى أنها ناجمة عن اضطرابات في تكاثر الخلايا البشرية وفي تفرنها .

ويلغ حجم البشرة في الآفة الصدفية أكبر ٤ - ٦ مرات من حجم البشرة الطبيعية ، إضافة إلى أن الخلايا البشرية عند المصاب أكبر فعلياً من الخلايا الطبيعية وخاصة في الطبقة الشائكة ، كما أن استقلالها أكثر فعالية . ويزيد العامل الثامن من الفاعلية الانقسامية وتركيب الدنا في الخلايا القاعدية . وكذلك يقلل طول زمن دورة الخلية (الزمن بين الانقسامات الخلوية) من معدل ٤٥٧ س إلى ٣٧,٥ س ، وإن معدل التوالد الخلوي في الصدف يعادل غالباً ذلك المعدل في جذور الأشعار أو في مخاطية الأمعاء . ويترافق زيادة التوالد الخلوي البشري باضطرابات في التمايز . وقد أظهرت الدراسات الإمراضية النسجية أن اضطرابات التفرن في الصدف لا تتظاهر فقط بزيادة توالد الخلايا المقرنة (فرط تفرن) ولكنها تترافق أيضاً بتبدلات نوعية (حطال التفرن Parakeratosis) .

وإن ثبتت أسباب هذه الاضطرابات في تكاثر خلايا البشرة وتمايزها ، وقد افترض بعضهم وجود اضطرابات في توازن نسج البشري الفيزيولوجي ، يعني الانتظام المتوازن في تكاثر خلايا وتمايزها ، والتي قد يكون لها علاقة باضطرابات البروتينات في الماء والمثبط للانقسام والذي يتشكل في النسج (Chalones) أو في نظام cAMP/cGMP . وينقص تركيز cAMP في الآفة ، وكشفت فاعلية الأدينيل سيكلاز المنحطم . وإن نقص تركيز cAMP داخل الخلية في البشرة انصدوفة قد يكون مسؤولاً عن زيادة فاعلية الانقسام الخلوي . ومن ناحية أخرى ، يجب أن نتذكر أن التبدلات البشورية في التكاثر الخلوي وتمايزه تكون نموذجية ولكنها ليست نوعية للصداف .

تتطاول الشعيرات في الخلايا الأدمية ويزداد عرضها في المناطق المؤوفة ، كما تزداد النفوذية الشعرية ، وتستخدم الخلايا الالتهابية ، وخاصة العدلات ، العروات الشعرية قرب البشرة في هجرتها إلى البشرة (التسرب الخلوي بالانجذاب الكيميائي) .

تلاحظ التبدلات الالتهابية في الآفات ، بينما تبدو التبدلات البشورية الأكثر وضوحاً في مركز الآفات الصدفية . ويضم التفاعل الالتهابي البلاعم واللمفيات والعدلات والخلايا البدينة ، تهجر العدلات بشكل خاص عبر البشرة إلى الطبقة المتقرنة فتشكل تجمعاً خلوياً (خراجات مونرو Munro's Abscesses) . ويكون حجم الآفة البدية كراس الدبوس وتبدى تفاعلاً التهابياً ملحوظاً ويرافقه هجرة الخلايا إلى البشرة ومعظمها من اللمفيات ، كما تبدي وذمة بين خلايا البشرة (تسفنج) ، فتشبه التهاب الجلد التماسي الأرجي . ولا تشاهد مصورات وحمضات في الرشاحة الخلوية الالتهابية في الصدف .

جرت دراسة واسعة على الظاهرة المناعية في الصدف ، ولوحظ تأخر الحساسية بالتماس في الاختبارات الرقعية في المرضى المصدوفين . وتواجدت بعض اللمفاويات T في الدم المحيط وفي الآفات أيضاً ، ولم يثبت وجود تبدلات أكثر نوعية في الاستجابة المناعية الخلوية . وفي المناعة الخلطية يرتفع الغلوبولين A . وهذا غير نوعي للصداف . ولوحظ ارتفاع الغلوبولين G أيضاً ، وكذلك ارتفاع في الأضداد المضادة للنوى (ANA) وغالباً في الصدف الأكثر نضجاً ، والصداف المفصلي ، والصداف البشري أيضاً . استخدمت الطرق المناعية الإبراهيمية في كشف الغلوبولينات المناعية (الأضداد ضد الطبقة المتقرنة) في الطبقة المتقرنة من الآفات الصدفية ،

بالإضافة إلى عوامل المناعة والعامل الرثواني . وإنه من الممكن ترسب المعقد المناعي في الطبقة المتقرنة في المنطقة المؤوفة ، وهو مسؤول عن تفعيل جملة المناعة ، وعن الجذب الكيميائي للعدلات لاحقاً (خراجات مونرو) .

يشمل الأمراض ليس إصابة البشرة فقط وإنما يشمل أيضاً عناصر الجلد الأخرى ، والتبدلات المناعية وهي مهمة أيضاً . وإن الأهمية الوراثية قد تعبر بذاتها عن ميل البشرة إلى فرط التجدد البشري والتبدلات القرنية والشذوذات المناعية ، ويقيم المريض في طور الصدف الكامن حتى يؤدي العامل المحرض الداخلي أو الخارجي إلى إحداث التظاهرات السريرية . ولم يثبت كيفية بدء آليات فرط التجدد الأمراض في البشرة . وتؤدي هذه التبدلات إلى زيادة التكاثر البشري وإلى اضطرابات في التمايز ، أي : شواك وفرط التقرن وخطل التقرن . وإن منشأ هذه التبدلات الالتهابية غير معروف أيضاً ، ويقترح البعض وجود تفاعلات مناعية ذاتية . ويمكن للتفاعلات من غمط أرتوس أن تؤدي إلى ترسب معقدات مناعية في الطبقة المتقرنة وتفعيل المناعة اللاحق ، يتبعها جذب البيض وحدوث خراجات مونرو .

الموجودات السريرية : تكون الصورة السريرية للآفة المنفردة رتيبة . وعلى أية حال ، توجد صعوبات تشخيصية من مريض إلى آخر بسبب الاختلافات الكبيرة في حجم الآفات وشكلها وتوضعها . وإن الآفات الأولية في الصدف الشائع هي آفات حمامية وسفية ، وتظهر أولاً على شكل بقع حمراء صغيرة متقطعة الخواف ، وسريعاً ما تغطيها وسوف فضية . ويمكن للآفات واللويحات من هذا النمط أن تحدث في أي مكان . وفي المناطق المزرقرة تأخذ الآفات لوناً أكثر احمراراً وازرقاقاً ويحيط بها هالة قمرية . وكل آفة منفردة تُقر تشخيص الصدف بسبب ثلاثة ظواهر :

١ - ظاهرة الشمع *Candle Phenomenon* : إذا كشطت الوسوف البيضاء الفضية ، فإنها تنفصل عن الآفة بشكل قشارات صغيرة ، شبيهة بقشارات الشمع المكشوفة من الشمعة .

٢ - ظاهرة الجلدية الأخيرة *Last Cuticle Phenomenon* : (الوريقة المقتلعة) إذا استمر كشط الآفة بعد إزالة الوسوف ، أصبح من الممكن إزالة الصفيحة الرطبة الملتصقة بالآفة . وهذه الطبقة السفلية من البشرة فوق الخلايا الأدمية ، هي ظاهرة نموذجية جداً للصداف .

٣ - ظاهرة النزف البشري *Focal Bleeding Phenomenon* : (ظاهرة أوسبتر) . بعد إزالة طبقة الجلد

الأخيرة ، تتآكل الأوعية في الحلقات الأدمية ، ثم يحدث النزف البقي (راجع الشكل ١٤ - ١٤) .

إن ظاهرة الجلدية الأخيرة لها القيمة العظمى كعلامة في الصدف ، لأن النزف النقطة بعد الكشط يحدث في جلادات أخرى كما في الإكزيمة أو الإفرنجي صدف الشكل . وهذه النقطة التالية مهمة : إذا كشطت الوسوف البعيدة عن طبقة الجلد الأخيرة ، تبقى الوسوف جافة ، فإذا أصبح سطح الجلد رطباً ، فهذا ليس بصدف ، وينطبق نفس الشيء إذا كانت طبقة الجلد الأخيرة غائبة رغم النزف البقي . وإن كشف هذه المظاهر الخاصة للصدف هي القاعدة في التشخيص ، حيث يمكن أن يتشابه الصدف مع عديد من الجلادات الأخرى . (راجع الشكل ١٤ - ١٥) .

الشكليات السريرية للطفوح الصدفية : يمكن للصورة السريرية للصدف أن تتبدل إلى حد بعيد من مريض إلى آخر ، وحسب سير الإصابة التي قد تكون حادة أحياناً أو تحت حادة أحياناً أخرى . ولكن الآفات البدئية قد تكون مزمنة أو حتى راكدة تماماً . وإن تراجع الآفات وأطوار الطفح قد تحدث الواحدة تلو الأخرى ، ولذا يختلف امتداد الآفات وأشكالها إلى حد كبير . وبالرغم من ذلك ، فالميزات السريرية الأساسية للصدف تبقى نفسها ، وتصف الشكليات السريرية بالعوامل التالية :

قد آفات الصدف : تبدأ الآفات في الصدف على شكل حطاطات حمامية وسفية صغيرة جداً ، وتبدى تطوراً نابذاً . وتكون الآفات مدورة بشكل أساسي ، ويمكن تمييز الطفحية في الصدف الشائع على أساس معدل قطر الآفات المنعزلة ، بالإضافة إلى التسميات التقليدية المعتادة .

الصدف النقطة : ويحدث فيه طفح من آفات بقع النقاط أو على شكل بقع منتشرة ، ويشاهد هذا الشكل من الصدف عموماً في الأخماج بالعقديات التي تصيب السيل التنفسي العلوي والتي تعقب النزلة الوافدة أو الحصبة وخاصة في الأطفال وصغار الكهول . (راجع الشكل ١٤ - ١٦) .

الصدف الجريبي : يمكن لآفات الجلد البدئية في الصدف الطفحي أن يكون لها صلة بالجربيات الشعرية ، وتبدو على شكل آفات حمامية وسفية صغيرة جداً ، تصيب الجذع غالباً . وتبدو أحياناً بشكل حطاطي يشبه الحزاز المسطح المؤنف (صدف حزازي) بسبب لمعتها الحزازية . على أية حال ، إذا كشطت الآفة ، تفصل الوسوف الفضية اللامعة التي تبدي أن الآفة هي آفة حمامية وسفية . هذا النمط النادر من الصدف يصيب الأطفال وبعد الأخماج بالعقديات .

الصدف الثمي : إذا كثرت الآفات في الصدف النقطة ، يمكن أن تظهر البقع الحلقية ذات القدر المخروطي ، وخاصة على الجذع والمنطقة الأليوية والورك والركبتين والمرفقين . (راجع الشكل ١٤ - ١٧) .

الصدف الجفافي : يمكن للبقع الصدفية التمية أن تنمو بشكل بطيء وتصبح كبيرة كراحة اليد أو أكبر ، وهذه البقع الكبيرة تشبه الخرائط الجعونة ، ويمكن تقييم نسبة الجلد المصاب في هذه الحالات بصيغ إيفان Evan ، والتي تستخدم في تقييم الجلد المحروق (راجع الشكل ١٤ - ١٨) .

الأحمرية الصدفية : إن تطور الصدف الشائع وتعممه قد يصيب كامل الجلد . (راجع الشكل ١٤ - ١٩) .

شكل الآفات في الصدف : يتظاهر الصدف النقطة في أطوار تدوم أسابيعاً أو شهوراً عديدة ، يتبعها تراجع واضح ، وأحياناً شفاء تام . وقد يحدث التراجع في الصدف الشائع أو الجفافي أيضاً . وإن الشفاء المركزي والامتداد المحيطي يسببان آفات حلقية وأحياناً نماذجاً أكثر تعقيداً (مثلاً : الصدف الزاحف أو الملثف) .

التوضعات الخاصة : يختلف الطراز في الصدف الشائع حسب التوضع .

صدف الفروة : من الشائع جداً أن يصيب الصدف الفروة ، ويبدو عادة بشكل بقع حمامية وعليها وسوف شديدة ، وحدودها واضحة . وفي حالات المثل الشديد ، يصعب تمييز الصدف عن التهاب الجلد المني الشديد ، الذي يمكن أن يتطور بواسطة ظاهرة كوبنز إلى الصدف (الصدف المني) .

تحدث التبدلات الصدفية غالباً على خط الأشعار الأمامي وجانبي الرأس ، وتمتد من ١ - ٢ سم على الجلد الأجرد ، ويصعب تفريقها عن الإكزيمة المثية نسيجياً . (خراجات مونرو نموذجية للصدف) .

ولا يحدث ضياع الأشعار في الصدف الشائع على الفروة عادة . وقد يكون فقد الأشعار المنتشر من منشأ سمي ، أو ينجم عن الوسوف الشديدة والمستمرة في الصدف البثري من نمط زومبوش Zumbusch وفي الأحمرية الصدفية .

مناطق الثنيات : تحدث الحرارة واضطراب التعرق تأثيراً تحريشياً متائلاً ، وخاصة في مناطق الثنيات كالإبط وتحت الثدي والسرّة والمغين وحول الشرج وبين الأصابع ، وقد تؤدي الأخماج بالمبيضات البيض إلى الصدف المذحي أيضاً .

وفي الصدف المقلوب Psoriasis Inversa : تصاب الثنيات فقط ، ويقدر نسبة حدوث هذا التوضع الوحيد حوالي ٥ ٪ ،

وتعصب الثنيات في حوالي ٣٠٪ من مرضى الصدف الشائع .

تسبب الحرارة والرطوبة في الثنيات غياب الوسوف لفضية ، لذا تبدو البقع الصدفية بشكل لويحات حمامية مرتشحة قليلاً وواضحة الحدود . أما الحكة فيها فليست بندرة (راجع الأشكال ١٤ - ٢٠ ، ١٤ - ٢١ ، ١٤ - ٢٢) .

وغالباً ما يلتبس صدف الثنيات (صدف المناطق المذحية) المذحية في منطقة الشرج مع إكزيمة الشرج ، ولكن الحدود الواضحة للويحات المتشققة في الثنية الأليوية تكون نموذجية لصدف . ويجب تفريق صدف الثنيات الإبطية والمغبنية وتحت الثدي عن الإكزيمة وأدواء المبيضات والسعفة القديمة الشعطة التي تصيب وتراوات الأبخس (الصدف الأبيض) .

صدف خلف الصيوان : قد تترافق الحكة هذه الإصابة ، ولكن الحدود الواضحة للإصابة ، ووجود الحكة فيها غالباً ، واللويحات الحمراء الملتبسة لهذه الآفات يجب تفريقها عن تلك الأعراض في الإكزيمة المثية والمذح الجرثومي .

القضب : الصدف على القضيب شائع الحدوث ، ويبدو مظهراً خاصاً للصدف الشائع ، فالآفة المرتشحة قليلاً ، والحمراء ، والملتبسة ذات الحدود الواضحة للصدف على الحشفة يجب تفريقها عن داء بوفن ، والحطاط البوفاني البدئي ، والتسج الأحمر erythroplasia (كيرات Queyrat) ، والتهاب الحشفة المزمن ذو الخلايا المصورة المحدد (Zoon) ، والتهاب الحشفة بالمبيضات . (راجع الشكل ١٤ - ٢٣) .

المنطقة العجزية : في الصدف المستقر والمزمن ، نجد أن المنطقة العجزية هي مكان لتوضع لويحات الصدف المزمن غالباً ، ويمكن أن تستمر عقوداً ، وقد يصعب تفريقها عن الحزاز المسطح المزمن ، وتصبح الآفات متمسكة إذا كان هناك توضعات كتلية من المادة المتقرنة : الصدف المعند المتأصل Psoriasis Inveterata أو الصدف الثؤلولي . وتشاهد مثل هذه التبدلات أحياناً على الأطراف السفلية أيضاً . (راجع الشكل ١٤ - ٢٤) .

الراحتان والأخصان : يصيب الصدف الشائع الراحتين والأخصين بشكل بقع محمرة قليلاً ، حدودها واضحة ووسوفها صفراء ملتصقة بشدة ، أو بشكل شثني لا تزول وسوفه بالكشط بسهولة . بينما تظهر تشققات مؤلمة على ثنيات الأصابع وخطوط الراحتين . وقد توجد صعوبات تشخيصية كبيرة في تفريق الصدف الراحي الأخصي عن الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن وعن الشكل المفرط التقرن من السعفة اليدوية أو القدمية ، ويجب أن نعتبر في التشخيص التفريقي أيضاً الطفحة الإفريقية الراحية الأخصية صدفية الشكل (الإفريقي

الثانوي) . والحزاز المسطح مفرط التقرن ، وداء رايتز . (راجع الشكل ١٤ - ٢٥) .

التبدلات في الأظفار : تحدث عيوب الأظفار بنسبة ٣٠ - ٥٠٪ من جميع المرضى المصدوفين ، ويشيع حدوثها في الصدف المفصلي (ترتفع حتى ٧٠٪) . ويوجد اهتمام في تشخيص وحدوث شكلين من الإصابة : صدف رحم الظفر ، وصدف سرير الظفر .

صدف رحم الظفر : (راجع الشكل ١٤ - ٢٦) تصيب التبدلات الصدفية رحم الظفر ، وتبدو بشكل صدف داحسي غالباً ، والأكثر شيوعاً هو ظهور تنقرات وانخفاضات ظفرية قد تصل إلى حجم رأس الدبوس في الصفيحة الظفرية ، وتشاهد التنقرات المنعزلة في أي شخص إضافة إلى مرضى الجلادات ، وخاصة في الشكل الصغير من الحاصة البقعية عند الأطفال أو في الإكزيمة المزمنة . كما تشاهد التنقرات بأعداد كبيرة في أظفار عديدة في مرض الصدف الشائع . (راجع الشكل ١٤ - ٢٧) . وتعزى إلى إصابة مناطق صغيرة من رحم الظفر بالصدف . وعندما ينمو الظفر ، تنفصل هذه المناطق من خطل التقرن عن المادة الظفرية لأن قرنيها النهائي أكثر طراوة مما يؤدي إلى هذا التبدل النموذجي . وإذا أبدى رحم الظفر تبدلات صدفية أكثر وضوحاً ، فقد توجد تبدلات بنيوية غير منتظمة في سطح الظفر وانخفاضات خطية وقوسية أو تموج غير منتظم (الضمور الظفري الصدف) .

صدف سرير الظفر : يصاب سرير الظفر في الصدف غالباً ، حيث توجد بقع صدفية تحت الظفر بقدر عدة ميليمترات ، وتبدو من خلاله بشكل بقع الزيت في الظفر بسبب لونها الأصفر : بقع الزيت الصدفية . (راجع الشكل ١٤ - ٢٨) . وتتقدم التبدلات مع نمو الظفر وتصل أخيراً إلى الحافة الحرة . وعندما ترتفع صفيحة الظفر عن سريرها بالوسوف خطلة التقرن عادة ، تتحرر كتل متقرنة سهلة التفتت ويزيلها المريض بأداة منظفة ، وأما الفراغ الناجم عن ذلك والذي يحتوي على الهواء فيترك القسم المرتفع من الظفر بلون أبيض . محدثاً صورة انحلال الظفر البعيد . (راجع الشكل ١٤ - ٢٩) .

وتستعمل عبارة انحلال الظفر الصدفية أيضاً . وقد يصبح هذا الانحلال كاملاً ، ويكون مداه أكثر وضوحاً ، وبالتالي يكون ارتباط الظفر بسريره ضعيفاً وغير ثابت .

وقد يترافق حدوث صدف رحم الظفر وصدف سريرها سوية ، وفي هذه الحالة ، قد يزول الظفر . وبدلاً عنه ، فإن سرير الظفر ورحمه يمثلها فقط مادة من خطل التقرن سهلة

التفتت (الأظافر الخشبية الصدفية) . وفي التشخيص التفريقي ، فإنه من المهم أن نلاحظ أن صدف الأظافر يصيب عادة أظافر عديدة في الجانبين ، بينما تكون الإصابة الظفرية في فطار الأظافر منعزلة وغير متناظرة وتبدأ التبدلات من الحافة الحرة غالباً . وتظهر التبدلات الظفرية في الإكزيمة وبشكل رئيسي بشكل حثل ظفري تشبه لوح الغسيل أو بشكل تفران قاس تحت الأظفار ، ولكن قد يرافقها تنقرات معزولة ، وقد يحدث غزو فطري كمظهر ثانوي في الصدف الظفري .

صدف طيات الأظافر والصدف الداحسي : هذه الإصابة شائعة الحدوث في الصدف المفصلي غالباً . وتتواجد حول الظفر آفات حمامية وسفية حدودها واضحة وتترافق بغياب الجلدية . ويمكن لهذه التبدلات أن تؤدي إلى حثل ظفري ثانوي يتظاهر بشكل حروف طولانية وعرضية وألوان أخرى وعدم انتظام فيزيائي على سطح الظفر .

التبدلات في مخاطية الفم :

يمكن للصدف الشائع أن يصيب الشفتين أيضاً ، ولكنه لا يصيب مخاطية الفم واللسان ، ولكنها تصاب فقط في الصدف البثري المعمم على شكل بقع محددة بيضاء أو رمادية وعلى شكل لويحات قوسية الشكل تبدي تبقراً أيضاً أحياناً .

التوضعات المفضلة : توجد التوضعات المفضلة للصدف الشائع على السطوح الانبساطية للأطراف وخاصة المرفقين والركبتين بالإضافة للفروة والمنطقة القطنية . وعلى أية حال ، يمكن للصدف الشائع أن يصيب أي منطقة من الجسم ، ولكن بعض المناطق من الجلد أكثر تعرضاً للمحرضات الخارجية ، وبالتالي فالصدف قد يتوضع فيها (راجع الشكل ١٤ - ٣٠) .

تحدث الاستجابة الخاصة آلياً في المناطق المعرضة للضغط ، والتي تبدي معدلات عالية نسبياً من التجدد البشري كالركبة والمرفق ، بالإضافة للفروة حيث يكون التمشيط مخرضاً . وتخرش المنطقة بين الأليتين والعجز آلياً أيضاً ، ولذا فهي مكان شائع لتوضع التبدلات الصدفية المزمنة أيضاً . وعلى أية حال ، إذا كان ضغط العوامل الداخلية الطفحي عالياً ، كما في الصدف النقطي الطفحي عقب الأنحاج بالعقديات ، فلا توجد فيه توضعات مفضلة ويكون الطفح الصدف الظاهر منتظراً عادة .

إذا توقعنا الإصابة بالصدف ، فيجب أن تفحص المناطق التالية : الفروة ، الأذنان ، المرفقان ، الركبتان ، العجز ، الشية الأليوية ، المنطقة حول الشرج ، القضيب والأظافر .

علامات الشفاء : يشفى الصدف الشائع بالعلاج أو عفواً دون أن يترك أثراً ، والبقع الشافية قد تصطبغ بشكل عابر ، ويشيع حدوث الوضح Leukoderma الصدف ، ويعزى هذا الوضح إلى الشبب السابق لإنتاج الملانين في الخلايا الملانية في اللويحة الصدفية .

ويكون وضع الجلد الكاذب في الصدف صناعياً ، ويعزى هذا إلى علاج الصدف بالانترالين (ديتراول) . ويصْبَغُ الانترالين المؤكسد الجلد المحيط بالآفة بلون بنفسجي متدرج ، بينما لا تتلون البقع الصدفية بسبب توسفها المستمر ، ولهذا تُلَوَّنُ الآفات الصدفية المعالجة بهالة بنفسجية ، وعندما يستمر العلاج ، فإن الانترالين يؤدي إلى تصبغ وضع الجلد الكاذب في الصدف ، ولذا يمكن تمييز الشفاء النهائي للبقع الصدفية باستعمال الانترالين .

الصدف والأمراض الباطنة المرافقة : ثمة مناقشات واسعة حول شيوع حدوث الصدف بالتوافق مع أمراض أخرى ، وينطبق هذا على الأمراض الاستقلابية خاصة ، وليس ثمة دليل على وجود علاقة محددة بين الصدف والنقرس . وإن ارتفاع حمض البول في الصدف المنتشر له علاقة مباشرة بمدى الإصابة الجلدية . وأيضاً يبدو أنه من غير المحتمل وجود علاقة للصدف بالداء السكري ، ويعتقد البعض أن الصدف والداء السكري كليهما مرض شائع ، ولذا فإن حدوثهما معاً ليس يحدث غير شائع . ويقال إن حدوث الصدف ومتلازمات سوء الامتصاص معاً كثير الشيوع ، ومع ذلك لا يوجد دليل على ذلك . كما يعتقد بوجود علاقة بين الصدف وفرط البروتينات الشحمية في الدم ، وهذا الاعتقاد أدى بالباحثان Grütz و Bürger إلى اقتراح الحمية الخالية من الشحوم في الصدف . وعلى أية حال ، كشفت الاختبارات الدقيقة لمستويات البروتينات الشحمية لدى المرضى المصدوفين عن غياب الشذوذات الثابتة . ومن المعروف أيضاً أن الصدف يعاود في المرضى البدينين والمصابين بفرط البروتينات الشحمية ، ولقد كان الصدف أقل شيوعاً إبان الحربين العالميتين ، حيث نقص تناول الحريرات لدى معظم الناس ونقص وزنهم فعلياً .

الأعراض : غالباً ما يكون المرضى المصدوفين (وخاصة الشباب) عرضة للكروب العقلية الشديدة نتيجة للإصابة ، والناس يقابلون الآفات الجلدية بنفورهم منها لأنها غير جميلة أو يعتقدون بعدوى هذا المرض . وأحياناً يرفض مثل هؤلاء المرضى دخول الملاعب الرياضية أو حمامات السباحة أو البنايع الحارة .

لا توجد حكمة في الصدف الشائع عادة ، ولكن قد تكون

وضحة أثناء أطوار الطفح والعلاج بالانترالين والمنتجات
انقراضية أو بالعلاج الضوئي الكيميائي . وفي إصابة الفروة
وانتبت يشيع التخريش فيها بسبب الصدف .

ولا تحدث الأعراض العامة في الصدف الشائع ، وتكون
جميع الموجودات المخبرية طبيعية عدا مستويات حمض البول التي
ترتفع في الآفات الصدفية المنتشرة .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد التبدلات النموذجية في
البشرة والطبقة الحليمية وأعلى الأدمة ، وتتمسك الطبقة
الشائكة بشكل منتظم أكثر من ٤ - ٥ مرات منها في البشرة
الطبيعية ، وتترافق بتطاول الخلايا الأدمية البشورية ، كما تضيق
وتتورم نهايتها السفلية . وتتألف البشرة فوق ذروة هذه الخلايا
من بضع طبقات خلوية فقط وتشاهد وذمة بين خلاياها
أحياناً . كما توجد اندخالات مصلية في الطبقة المتقرنة المتسمكة
بالإضافة إلى أعشاش من العدلات داخل طبقات خطل التقرن
(خراجات مونرو) وعلى حدود الطبقة الشائكة .

تبدي الخلايا الأدمية تطولاً وتوذماً ورشاحة التهابية مزمنة
حول الأوعية تتألف من ناسجات ولمفاويات وعدلات كثيرة
النوى منعزلة . وتدخل مثل هذه الخلايا البشرة عبر ذرى
الخلايا (تسرب خلوي exocytosis) كما وتحتوي الخلايا
على شعيرات عريضة جداً ومتوسعة (كرات القطن) .

وفي الأدمة ، توجد رشاحة بقعية شديدة حول الأوعية ،
تتألف من ناسجات ولمفاويات وخلايا بدنية ، وخاصة حول
منشأ الشعيرات في الضفيرة الوعائية العلوية ، ولا تشاهد
الحمضات والمصوريات عموماً .

السير : يبدى الصدف الشائع تغيرات كبيرة في سيره من
مريض إلى آخر ، وقد تكون الآفات ثابتة ومزمنة لعدة
سنوات ، وتحدث فيها هدآت عابرة يرافقها تفاقم أو عدمه ،
وتراجع ثابت أو عابر فقط في جميع التبدلات .

الجدول ١٤ - ٣ : تصنيف الصدف الشائع حسب دينمية
الطفح الصدائي

الناحية التشخيصية	الصدف الشائع الاندفاعي الطفحي	الصدف الشائع المزمن والثابت
القصة المرضية	غالباً بعد التهاب اللوزات أو أخماج حاددة (مثال : الزلة الوافدة)	غالباً مستمر لفترة طويلة
ضغط الطفح	عالي	منخفض

الشكليات	طفحية ذات آفات صدافية عديدة (الصدف النقطي) : ارتشاح بسيط في الآفات	لويحات قليلة وكبيرة : ارتشاح واضح في الآفات
المناطق المؤهبة للإصابة	لا يوجد	المرفقان ، الركبتان ، المنطقة العجزية القطنية ، الفروة
ظاهرة كوبز الاستجابة للمحرضات	كثيرة الحدوث عالية	نادرة معتدلة
الحكة السير	كثيرة الحدوث تحت حاد ، وأخيراً مزمن	نادرة مزمن
الميل للتراجع العفوي	موجود ، ويؤخذ بالاعتبار أحياناً	بسيط أو غائب

وبشكل أساسي ، توجد ثلاثة نماذج شائعة للصدف تبعاً
لسيره ، ويميزها ضغوط طفح العوامل الداخلية المختلفة ودورها
في ظهور الأعراض الجلدية الصدفية .

الصدف الشائع الاندفاعي الطفحي : تبدأ الأعراض السريرية
غالباً عقب التهاب في اللوزات أو أخماج حادة (مثال الزلة
الوافدة ، الحصبة) وفي عمر بين ١٠ - ٣٠ سنة . ويظهر
خلال عدة أسابيع ، طفح تحت الحاد ويتألف من آفات صغيرة
من الصدف النقطي تصيب الجذع والأطراف دون تفضيلها
للتوضع النموذجية ودون ارتشاح ملحوظ . ويكون التفاعل
المتأثر الشكل Isomorphous Reaction (ظاهرة كوبز)
إيجابياً في أغلب الحالات ، وتترافقه حكة غالباً . وتميل اندفاعات
الصدف الشائع الطفحي للتراجع عفوياً ، غير أنها يمكن أن
تتطور إلى الصدف الشائع المزمن بسبب الضغط العالي لطفح
العوامل الداخلية والحكة في الآفات ، ويجب أن يستعمل
العلاج الموضعي البسيط .

الصدف الشائع المستقر المزمن : يتميز ببعض اللويحات ذات
الوسوف الفضية والارتشاح الشديد وتتوضع على المناطق
المفضلة التالية : الفروة ، الأذنين ، المرفقين ، الركبتين ،
الشرح ، والعجز . وهذه اللويحات مقاومة للمحرضات ، ولذا
تكون الاستجابة المتأثرة الشكل (ظاهرة كوبز) سلبية عادة .
الحكة نادرة ، والسير مزمن . ولا تميل هذه اللويحات للتراجع
عفوياً ، ولكنها لا تميل لأن تكبر عفوياً أيضاً ، ويجب أن يعطى
في هذا الشكل من الصدف علاجاً موضعياً شديداً . وفي

البروتين بسبب التوسع المعمم المستمر ، وفقد الحرارة بسبب الجلد الملتهب . لذا يحتاج هؤلاء المرضى إلى كميات مناسبة من السوائل والبروتينات ، وإلى الدفء ، كما يجب علاجهم في المستشفى ، وقد توجد خلايا سيزاري في دم المرضى بشكل عابر .

الصداف البثري Pustular Psoriasis :

يمكن للصداف الشائع أن يصبح بثرياً إذا ازدادت التبدلات الالتهابية ، وأيضاً إذا ترافق باستعداد ملحوظ للنضج والالتحام في خراجات مونرو الخفية سريراً التي تتطور إلى بثور مرئية سريراً . وتكون البثور فيه عقيمة ويجب تمييزها عن البثور في الأخماج بالعدوى الثانوية والمبيضات البيض ، وتحدث هذه البثور تحت الضماد الكتم البلاستيكي أيضاً .

ويمكن تمييز عدة أشكال للصداف البثري .

الصداف البثري المعمم (غط فون زوموش) : يمكن أن ينظر إليه على أنه شكل التهاوي نضحي أعظمي من الصدف الشائع يرافقه ضغط عالٍ للطفح الداخلي ، ولما يلتبس بالصداف الشائع باعتباره شكلياً سريراً له ، وتنتشر الحمى الالتهابية المنتشرة الحادة أو تحت الحادة والتي يرافقها بثور عديدة على كامل الجلد . (راجع الشكلين ١٤ - ٣١ ، ١٤ - ٣٢) .

وغالباً ما يصيب الراتحين والأخصيين ، وكذلك تصاب الأغشية المخاطية الفموية والسبيل التنفسي العلوي والغشاء المخاطي التناسلي ، وترافقه موجودات مجموعة من الحمى والضعف والدعث . وفي البداية تكون البثور متلاقية وممتلئة بقيح أصفر على قاعدة حمائية ، غير أن آفات الصدف النموذجية التي لا ترافقها البثور تظهر وتتطور بعد الانخفاض التدريجي في ضغط الطفح . ويجب أن ينظر دائماً إلى احتمال تحريضه بالأخماج ، أو بالتوازن الهرموني (الحمل ، مانعات الحمل) ، أو بالأدوية (مضادات الملاريا ، الأدوية التي تحوي الزرنيخ ، إيقاف الستيرويدات القشرية) ، و يترافق غالباً باختلاطات مجموعة (ذات رئة ، اضطرابات في استقلاب الكبد ، عوز الحديد) . أما الإنذار فمحتفظ به ، كما تنكس الإصابة أيضاً .

الصداف الشائع مع اندفاعات بثرية : ويحدث لدى المرضى المصدوفين لسنوات عديدة . بعد التعرض للمحرضات مثل إيقاف الستيرويدات الجهازية ، أو الخمج الحاد أو الأرج الدوائي أو الحمل أو العلاج الشديد بالانترالين أحياناً ، تبدي الآفات الصدفية زيادة في الاحمرار الالتهابي وبثوراً وجلبات . ولا يترافق بأعراض عامة .

الصداف البثري الراجحي الأخصي : (الصدف البثري الراجحي

الصداف المستقر المزمن ، يمكن للهجمات الصدفية أن تنشأ تالية للمحرضات الداخلية والخارجية إذا كان ضغط طفح العوامل الداخلية مناسباً .

الصداف النضحي Exudative Psoriasis : ويفسر هذا الشكل من الصدف على أنه شكل من الصدف الشائع الالتهابي النضحي والأكثر شدة ووضوحاً .

يبدأ عادة كالصداف الاندفاعي الطفحي . وتكون لويحاته حمراء قليلاً ، ومحاطة بهالات حمامية عريضة قليلاً ، ولا يغطي سطحها الوسوف الفضية ولكن تغطيه قشور صفراء . وبالتخريش الإضافي للعلاج الموضعي الشديد قد تظهر الأحمرة الصدفية أو الصدف البثري المعمم .

التشخيص التفريقي : تشخيص الصدف سهل في الحالات النموذجية ، وخاصة بمراقبة ظاهرة الصدف . وقد يصعب تشخيص الصدف في الثنيات . وإذا أصيب الجذع بشكل رئيسي ، يؤخذ بالاعتبار كل من الإكزيمة الصدفية الشكل ، والإكزيمة المشانية الصدفية الشكل ، والإكزيمة التمية ، وأحياناً النخالية الحزازانية المزمنة (نظير الصدف النقطي) في التشخيص التفريقي . ويجب أن نفرقه عن النخالية الوردية والطفحة الإفرنجية الصدفية الشكل في الإفرنجي الثانوي (الآفات الحطاطية الوسقية) أيضاً .

الأشكال الخاصة :

الأحمرة (احمرار الجلد) الصدفية (احمرار الجلد) Psoriatic Erythroderma :

الأحمرة الصدفية شكل شديد خاص من الصدف ، وتحدث كأحمرة ثانوية في ١٪ - ٢٪ من المرضى ، وتعرف بأنها صدف يصيب كامل الجلد ، وقد يحدث عفوياً نتيجة كبر الآفات في الصدف الاندفاعي الطفحي ، أو الصدف المستقر المزمن ، أو بعد العلاج الشديد بأملاح الذهب ، أو كاستجابة متائلة الشكل ، أو بعد التعرض المفرط للأشعة فوق البنفسجية الصناعية أو الطبيعية ، أو نتيجة تفاعل دوائي . يبدي كامل الجلد احمراراً التهابياً شديداً ذا وسوف صدفية أو نخالية الشكل ، وترافقه عادة تبدلات شديدة في الأظفار . وقد تتضخم العقد اللمفية قليلاً وتعزى إلى اعتلال العقد اللمفية الجلدية . أما الحكمة فقد تكون شديدة .

يسهل التشخيص بالقصة المرضية والتبدلات الظفرية المواكبة والشائعة وبالموجودات المرضية النسجية ، ونادراً ما تميل الأحمرة الصدفية للتراجع العفوي ، أما التأثيرات العامة فهي كالتالي : فقد الماء بسبب التعرق الزائد غير المحسوس ، فقد

لأنهم من غط باربر - كونيغ - Barber - Konigsbeck) هذا الجلاد شائع ، يظهر لدى مصاب آفات صدفية الشكل حمامية وسفية واضحة الحدود على الراحتين و/أو الأخصمين ترافقها بثور عقيمة مسطحة ، وفي كل يوم تتشكل بثور جديدة ، بينما تجف بثور أخرى وتراجع . وأحياناً ، تظهر هذه البثور في مناطق من الجلد السليم ضهرياً : على الراحتين والأخصمين أو على قاعدة من خلل تعرق بسيط (صدف بثري يخلل التعرق) في المرضى ذوي الأهبة تشبّية المرافقة .

ويصعب سريراً تفريقه عن الطفحة الجرثومية البثرية (ضفحة أندروز) . وقد يساعدها الفحص النسيجي في الحالات غير المؤكدة ، كما في الصدف البثري الموضع أو المعم حيث توجد بثور كو كوج (Kogoj) الإسفنجية الشكل أحادية المسكن النموذجية . وتبقى جدر الخلايا القرنية منحلة النوى وذات البلى الفيزيولوجي في منطقة الطبقة تحت القرنية سليمة وهذا يؤدي إلى مظهر التسفنج الذي تغزوه العدلات ككثيرات نحوى . وتظهر بثرة بشروية منعزلة في مركز كل آفة ، وتكون تبدلات الجلد مزعجة بسبب التشققات المؤلمة وتشكل القيح ، بينما تغيب الأعراض المجموعية ، ويتصف المرض بسير مزمن أيضاً . (راجع الشكل ١٤ - ٣٣) .

التهاب جلد النهايات المستمر القيحي لهالوبو : يعتبر هذا المرض عموماً كصدف بثري يصيب الأصابع والأبأخس ويترافق بإصابة ظفرية واضحة . وقد تلاحظ فيه أعراض مجموعية ، ويعتبر التهاب الجلد الساعي شكلاً موضعياً من هذه الإصابة .

القوباء الحثية الشكل [Impetigo Herpetiformis] Hebra 1872 : وهو مرض بثري معمم ، وينظر إليه كجلاد من الجلادات الحثية ، وتلاحظ علاقته بقصور الدرقية وانخفاض كالسيوم الدم . ومن المحتمل أن هذه القوباء ليست إلى شكلاً خاصاً من الصدف البثري المعم من غط فون زومبوش ، ويكون كالسيوم المصل طبيعياً في هؤلاء المرضى . وقد يمثل الحمل وفرط الكلسمية محرشات شديدة ، ولكن انخفاض تركيز كالسيوم المصل له علاقة بمستوى الألبومين المنخفض .

الصدف من غط الحمامي الحلقية النابذة : هذا الشكل من الصدف ليس له ارتباط وثيق بالصدف الشائع من الناحية السريرية الشكلية . وعلى وجه التقريب ، فهذا النمط من الإصابة يشبه الصدف البثري المعم من غط فون زومبوش ولكن سيره سليم عموماً . يبدي الجلد ، وخاصة على الأطراف ، لويحات النهاية حمراء ساطعة متحلقة أو ملتفة ،

واضحة الحدود وذات شفاء مركزي ، وتمتد محيطياً فتحدث وسوفاً طوقية . وغالباً ما تكشف المعاينة الدقيقة بثوراً صغيرة على حواف الإصابة ، ولهذا السبب يتم التفريق بين الأشكال البثرية واللابثرية . وتظهر هذه الأعراض ثم تختفي سنوات ، وقد تبدي الإصابة ترقياً واضحاً خلال فترة أسبوع أو أسبوعين مع ميل للتراجع في مركزها . وأخيراً يمكن للمرض أن يتطور باتجاه الصدف الشائع النموذجي ، ويثبت التشخيص نسيجياً في الأشكال المشكوك بها .

صدف اعتلال المفاصل Psoriasis Arthropathica :

المرادفات : التهاب المفاصل الصدافي ، اعتلال المفاصل الصدفية .

التعريف : وهو حدوث متزامن بين الصدف الشائع والتبدلات المفصالية في التهاب المفاصل تصيب المفاصل القاصية (الأصابع والأبأخس) خاصة .

الحدوث : تشاهد التبدلات المفصالية في حوالي ٥٪ - ٧٪ من مرضى الصدف الشائع . وإنه ما زال غير محدد ما إذا كان هذا التزامن عرضياً في إصابة الجلد والتبدلات المفصالية . ولقد أثبت سلبية التفاعلات المفصالية الرثوانية في أكثر من ٨٠٪ من مرضى الصدف باعتلال المفاصل . كما يوجد لدى المرضى استعداد وراثي أيضاً ، لأن إيجابية HLA B₂₇ هي أكثر من الطبيعي في مرضى الصدف الشائع أو داء رايت أو التهاب المفاصل العجزي الحرقفي .

والصدف باعتلال المفاصل نادر جداً في الأطفال ، أما البالغين فأكثر إصابة . وفي حوالي ٦٠٪ من المرضى ، تسبق الأعراض الجلدية التبدلات المفصالية ، وغالباً ما تعند كثيراً على العلاج ، وتطور إلى أحمرية صدفية .

الموجودات السريرية : بد رايت Wright [١٩٥٩] ، تميزت ثلاثة مجموعات من مرضى الصدف والتهاب المفاصل المزمن سلب التفاعلات المفصالية .

التهاب المفاصل الصدافي القاصي : توجد هذه الصورة السريرية في حوالي ٣٠٪ من المرضى ، وهي أكثر شيوعاً في الذكور . يبدأ المرض على الأبأخس غالباً ، ويصيب عدة مفاصل غير متناظرة ، وتتوضع الإصابة في المفاصل البعيدة بين سلاميات الأصابع والأبأخس . تؤدي التبدلات الالتهابية في النسيج حول المفصل إلى تورم في الأصابع والأبأخس في ذات المنطقة وتترافق بالألم أثناء الحركة وفي الضغط أحياناً والتبدلات الظفرية الصدفية شائعة جداً في هذا الشكل من الصدف (حوالي ٨٠٪ من الحالات) .

الإبقاء وعلاج الصدف Prophylaxis and Treatment of Psoriasis

الإبقاء :

لم تعرف بعد آليات وقائية لتجنب ظهور الطفوح الصدفية ، والنقطة الهامة تكمن في أن مرضى الصدف الشائع يجب أن لا ينجبوا أطفالاً من والدين يعانيان من تظاهرات الصدف أو هما عضوان في عائلات مصابة بالصدف . ويبلغ احتمال ظهور الصدف في الأطفال حوالي ٣٠٪ إذا كان أحد الوالدين مصدوفاً ، بينما تبلغ حوالي ٦٠٪ إذا كان كل من الأبوين مصدوفاً . ومن الأهمية تجنب العوامل المحرشة وخاصة الأحماج الحادة بالعقديات التي تصيب السبيل التنفسي العلوي ، بالإضافة إلى المحرشات الأخرى كزيادة واضحة في الوزن ، والشدائد ، والتغيرات الشديدة في الحمية . وإن تجنب البرد ، والطقس الرطب والكروب ذات تأثير مرغوب ، لذلك ينصح بها من الناحية الوقائية . كما تحدث الإقامة في المناطق الجبلية أو الشواطئ تأثيرات مفيدة أحياناً .

المعالجة : إن علاج الصدف ليس بسيطاً . لذا يجب على الطبيب أن يأخذ عوامل عديدة بعين الاعتبار مثل : عمر المريض ، وضغط طفح المثيرات الداخلية ، ومدى الإصابة ، وتوضعها ، وميل الآفات الصدفية للنضج . وهذه العوامل تؤثر على القرار فيما إذا كان علاج المريض سيتم داخل المشفى أو خارجها .

ومع ذلك يمكن التخلص من الآفات الصدفية ، ولو أن ذلك غير ممكن بوجود الاستعداد الوراثي للتفاعل الصدف . ويمكن للصدف من النمط الظاهري أن ينشأ من صدف شاف ظاهرياً في أي وقت من الأوقات . ولذا فإن النكس شائع . وبما أنه لا يوجد سبب نوعي معروف للصدف فليس ثمة مجال للتغير في ضغط طفح العوامل الداخلية في المصدوفين ، ويبقى العلاج في الصدف غير نوعي . هذا وإن العلاجات الموضعية والجهازية متوفرة .

المعالجة الموضعية : إن العلاجات الموضعية تفوق الإجراءات العلاجية الجهازية لسلامتها وللاستجابة التامة لها ، ومن المهم هنا أن تذكر دينمية الصدف . ويتطلب الشكل الطفحي علاجاً بسيطاً بالمقارنة مع الشكل المستقر المزمن ، وإضافة إلى ذلك يعتمد نمط العلاج عملياً على توضع الإصابة أيضاً . وينبغي ، قبل البدء بأي علاج ، معرفة العوامل المحرشة الداخلية والخارجية وإقصائها ما أمكن .

حالات القرنين : Keratolysis (Descaling) يقلل تراكم

التهاب المفاصل الصدف الجادع : هذا شكل شديد من التهاب المفاصل المشوه ، ويصاب به الذكور والإناث ، ويصيب مفاصلاً صغيرة وعديدة في الأصابع واليدين وفي الأباخس والقدمين ، إضافة إلى المفصل الحرقفي الأليوي والمفاصل الشوكية . تحدث تبدلات محيطية مخربة في المفصل وتترافق بانحلال وتآكلات عظمية ، وهذه التبدلات قد تشابه تبدلات داء رايتز . وفي المراحل الأخيرة من الإصابة يُلاحظ تشوهات عظمية ومفصلية شديدة يرافقها تحدد الحركة . ومن الشائع أن يصاب هؤلاء المرضى بالصدف الشائع المنتشر والمقاوم على العلاج ، ويصابون أحياناً بالأحمرية الصدفية أو بالصدف البشري . ولا تبدي الاختبارات المصلية علامات رثوية عادة . (راجع الشكل ١٤ - ٣٤) .

التهاب المفاصل الصدف : هذه الإصابة المفصلية تشابه التهاب المفاصل المزمن البدئي ، يبدأ هذا المرض غالباً بشكل غير متناظر ويؤدي إلى تخريب المفصل المنعزل ، ولا يكون الانحراف الزندي للأصابع واضحاً كما في التهاب المفاصل المزمن الغامض . وغالباً ما تصاب فيه المفاصل الحرقفية الأليوية ، ويرافقه فقر الدم ، وارتفاع سرعة التثفل ، كما تغيب العقيدات الرثوية ، ولا يكشف العامل الرثواني في هذه الإصابة .

ومن المعروف أن الصدف الشائع يترافق حدوثه بالتهاب المفاصل الرثواني أيضاً . ومن المشكوك به ما إذا كانت هذه الأعراض التي تترافق مع سلبية اختبار والر - روز Waaler - Rose أو اللاتكس كافية لتشخيص هذه الحالات كما في الصدف باعتلال المفاصل .

ومن الشائع حدوث التهاب الفقار القسطي في مرض الصدف الشائع والصدف باعتلال المفاصل .

الإنذار : يجب أن يوضع الإنذار بحرص وعناية ، فالأعراض المفصلية لا تبدي سوى ميلاً بسيطاً فقط للتراجع .

الموجودات الشعاعية : وبالاتماد على نمط المرض ، فإن المسافات المفصلية تضيق في نهايات الأصابع ، وقد يكون لها علاقة بالتآكل المحيطي للمفصل وتخلخل العظم حول المفصل . كما تترافق باعتلال المفاصل بين السلاميات البعيدة وتخربها مع قسط وانحلال عظمي .

السير : تتورم الأقسام الرخوة حول المفصل : وقد يحدث انحلال عظمي بؤري . وفي الأشكال الجادعة ، تسد الفراغات المفصلية وتصاب بالقسط ، كما يلاحظ انحلال عظمي شديد في هذه الحالات .

١ - الانترالين **Anthralin** : (راجع الشكل ١٤ - ٣٥) . (ويسمى أيضاً : ديترانول ، الاسم الكيميائي ١ ، ٨ ، ثاني هيدروكسي انثرون) . وقد قدمه ليكون علاجاً للصداف العالمان **Unna** و **Galewsky** في عام ١٩١٦ ، وللأنترالين تأثير مثبط للخلايا بسبب ارتباطه مع الحموض النووية ، وتثبيطه تركيب الدنا **DNA** ، وارتباطه بالأوريدين **Uridine** في الرنا **RNA** النووي ، بينما يخفض من تنفس الجلد في الزجاج أيضاً . ويسبب الأنترالين استجابة النهائية في الجلد تعتمد على الجرعة ، وإن إحداثه لاحمرار الجلد البسيط فقط وليس التهاب فيه هو أمر مرغوب في العلاج بالديترانول . ولسوء الحظ ، فإن المركبات المؤكسدة من الأنترالين تصبغ الجلد والثياب ، ولذا يستطب هذا العلاج غالباً في المشافي فقط . وبما أن حمض الصفصاف يقي الأنترالين من التأكسد السريع ، وخاصة في المعاجين ، وهو في نفس الوقت حال جيد للقرنين ، لذا كان من المرغوب به إضافة حمض الصفصاف إلى الأنترالين . وإذا أحدث العلاج بالأنترالين حمى واضحة ، وجب إيقافه لمدة يوم إلى يومين ، وتدهن المناطق المخرشة من الجلد بمستحضر مرطب (دهون الزنك) (راجع الشكل ١٤ - ٣٥) .

الأنترالين - حمض الصفصاف في الودلين :

بعد حل الوسوف البدئي في كل الآفات ، يطبق مركب الأنترالين - حمض الصفصاف في الودلين مرتين أو ثلاث مرات يومياً بتركيز متزايدة ببطء ، ونبدأ بالتركيز ٠.٠٥٪ ثم نزيد التركيز تدريجياً حتى ٠.١٪ ، ٠.٢٥٪ ، ٠.٥٪ ، ١٪ ، ٢٪ ، حتى نصل أخيراً للتركيز الأعظمي للأنترالين ٤٪ . ويستعمل الودلين الأصفر أساساً ، ويضاف إليه ١٪ - ٣٪ من حمض الصفصاف . ومن المهم حدوث احمرار بسيط فقط حول الآفات الصدفية ، وليس التهاب جلد تحريشي ، لأن الأخير يشير حدوث الصدف بالاستجابة المتأثلة الشكل أو استجابة كوبر . وقبل زيادة تركيز الأنترالين الذي يطبق مرتين أسبوعياً عادة ، يجب أن يأخذ المريض حماماً بإضافة المطهرات ، أو الزيت ، أو القطران .

معجونة الزنك مع الأنترالين وحمض الصفصاف :

نصح انغرام **Ingram** (١٩٥٣) بوضع الأنترالين في معجونة من الزنك وإضافة ٣٪ من حمض الصفصاف إليها ، وكانت النتائج أفضل نتيجة التصاق المعجونة بالآفة ونقص ميل الإصابة للامتداد باتجاه الجلد الطبيعي المحيطي . ولقد نصح **Faber** وصحبه بشكل أساسي بهذه المعجونة الصلبة قليلاً :

٠.١ - ٤

الأنترالين

٠.٥

حمض الصفصاف

انوسوف على الآفات من نفوذية الأدوية المضادة للصداف ، ويتطلب ذلك تطبيق حالات القرنين المناسبة في البداية وخلال العلاج أيضاً .

حمض الصفصاف **Salicylic acid** : يبقى حمض الصفصاف العامل الحال للقرنين الأبسط والأفضل ، ويتم اختيار أساس المرهم بالاعتماد على مكان الإصابة .

الجذع والأطراف : حمض الصفصاف في الودلين :

حمض الصفصاف ٣ (٥ -)
الودلين حتى ١٠٠

الفروة : حمض الصفصاف في أساس قابل لغسله بالماء :

حمض الصفصاف ٥ (١٠ -)
زيت الزيتون حتى ١٠٠

الراحتين والأخصصين : ويتطلب تركيزات عالية من حمض الصفصاف لحل القرنين فيها :

حمض الصفصاف ١٠ - ٢٠
مرهم دياكيلون (**Diachylon**) حتى ١٠٠

(وإن مشاركتها مع أقسام متساوية من مرهم ستيرويدي مفلور ، يكون لها تأثير مفضل بشكل خاص) .

وتنشأ التأثيرات السمية من امتصاص حمض الصفصاف من سطح المنطقة التي دهنت بالمراهم الحاوية على هذا الحمض ، وخاصة عند الأطفال .

الاستحمام **Bathing** :

قد يساعد الاستحمام على إزالة الوسوف أيضاً ، ويعتبر الاستحمام بالماء والصابون مع ذلك اللطيف مفيد قبل استعمال الدواء . ولحمامات البخار تأثير مفضل وحال للقرنين أيضاً (العلاج البحري **Thalassotherapy**) ، كما توجد فائدة قيمة لحمامات أضيف إليها الزيت و/أو القطران (انظر الفصل ٦٧) .

العلاج بمضادات الصدف : إن العلاج بمضادات الصدف يلون الجلد والثياب غالباً ، أو يحدث رائحة غير مستحبة ، وينحصر استعمال مثل هذا المستحضر في المشفى غالباً . وفي السنوات الأخيرة ، ظهرت رغبات كثيرة جداً لتوفير إجراءات علاجية موضعية آمنة ونظيفة . ثم أصبح العلاج الضوئي والضوئي الكيميائي بشكل خاص علاجاً مقبولاً وناجحاً . وعادة ، يتم العلاج بمضادات الصدف موضعياً بثلاثة أنماط من المواد (الأنترالين ، القطران ، الستيروئيدات) أو بالأشعة فوق البنفسجية .

البارافين الصلب معجونة الزنك

٥
حتى ١٠٠

ويتطلب العلاج هذه المعاجين التي يدخل في تركيبها الانترالين بتركيز متزايدة . ويمكن الاعتماد على هذا النوع من المعاجين المتوفرة تجارياً في علاج مريض خارجي مصاب بأفات معدودة . كما يتطلب العلاج بالانترالين خارج المشفى مريضاً متعاوناً كي تجنب التأثيرات الجانبية والمخرشة غير المرغوبة .

مرهم درو *Dreuw* : هذا المرهم الذي قدمه درو يمثل العلاج المركب العلاجي التالي :

١٠ حمض الصفصاف

١٠ زيت الخروع *Castor oil*

يضاف لحل

زيت قطران البتولا

٢ - ٥ - ١٠ انترالين

صابون البوتاسيوم

١٠٠ (*à to*) لانولين لا مائي

100

يتصف مرهم درو برائحة قوية وصباغ شديد ، ولهذا يمكن أن يستعمل في المشافي فقط وفي علاج الآفات الصدفية الدائمة والمنعزلة .

الانترالين مع حمامات قطرانية والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية : وهذه هي طريقة انغرام *Ingram* . إن علاج الصدف الحذر بالانترالين (انترالين - حمض الصفصاف في الودلين أو معجونة الزنك) في بعض الحالات يمكن أن يشارك بفوائد الحمامات القطرانية والأشعة فوق البنفسجية الصناعية . وتكون خطة المعالجة كالتالي :

- في الصباح ، حمام زيت - قطراني .
- بعد الحمام مباشرة ، يشعع كافة الجسم بالأشعة فوق البنفسجية ب أو آ + ب .
- بعد التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية مباشرة ، يطبق الانترالين بتركيز متزايدة ببطء .
- وفي المساء ، يكرر تطبيق الانترالين إذا كان ضرورياً .

الاستطبابات : في الصدف النقطي الطفحي ، يوجد تأثير مرغوب به من جراء مشاركة التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية مع الانترالين - حمض الصفصاف في الودلين بتركيز متزايدة ببطء . وفي الصدف المستمر المزمن ، يفضل العلاج الأكثر شدة بالانترالين كما في معجونة الزنك مع الانترالين وحمض الصفصاف ، أو الانترالين - حمض الصفصاف في الودلين .

وإن القليل من تخريش الجلد أمر مرغوب ، ولذا يؤدي العلاج الخفيف جداً إلى المقاومة . وإذا كان التخريش شديداً بالمواد الخارجية التي تحتوي على الانترالين توقف لمدة يوم أو يومين ، وبدلاً عنها يدهن الجسم بمرهم مَطْرُ ، أو بالودلين الأصفر أو بحمض الصفصاف في الودلين (٣٪) وتدهن الأقسام المخرشة بدهون الزنك .

مشاركة الانترالين بالستيرويدات : ذكر هذا الشكل من العلاج لفائدته القيمة ، وخاصة في علاج الراحتين والأخمصين ، ويستعمل العلاج بالانترالين لمدة نصف يوم ، بينما تطبق الستيرويدات المفلورة وتحت ضماد كيم بلاستيكي في النصف الثاني من اليوم نفسه ، ويجب أن يوقف العلاج بالستيرويدات بعد تراجع الآفات بشكل مناسب ، ويمكن لهذا الشكل من العلاج أن يشارك بحمامات زيت - قطرانية يومياً مع التشعيع بالأشعة البنفسجية ب .

العلاج بالتماس القصير بالانترالين *Kunze و Runne* [١٩٨٢] : لقد نصح بالعلاج بالتماس القصير بالانترالين . تلك الآفات الصدفية بشكل أساسي بالانترالين - حمض الصفصاف في الودلين ، وبسبب النفوذ السريعة لهذا العلاج في الآفات ، نحصل على التأثير المرغوب بتطبيقه مدة ١٠ - ٣٠ دقيقة على الجلد المصاب فقط . وبعد ذلك يأخذ المريض حماماً بالمنظفات والزيت . لذا يمكن إعطاء هذا العلاج للمرضى خارج المشفى .

خطة العلاج : انترالين - حمض الصفصاف في الودلين بتركيز ٠,٥٪ ، ١٪ ، ٢٪ ، والتركيز الأعظمي ٤٪ ، بينما تكون تراكيز حمض الصفصاف ١٪ - ٣٪ في الكهول و ٠,٥٪ في الأطفال .

طريقة الاستعمال : يطبق هذا العلاج مرة أو مرتين يومياً على الآفات الصدفية حصراً ، وتغسل بعد ١٠ - ٣٠ دقيقة بالصابون أو بالمنظفات . ويمكن تطبيقه لفترات أطول ٦٠ دقيقة مثلاً ، وأخيراً ، يدهن الجلد بمرهم أو رهمات مزلفة .

يمكن لهذا الشكل من العلاج أن يشارك بالتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية .

٢ - القطران : عرف القطران منذ فترة طويلة بتأثيره المضاد للصداف . وإن قطران الفحم الحجري الحام (*Pix Lithanthracis*) فعال ولكن استعماله غير مستحب ورائحته كريهة . ولهذا السبب تعالج الآفات الصدفية المعزولة فقط بهذا النوع من القطران ، ويوصف للمرضى داخل المشفى عادة . المراهم التي تحوي قطران : العلاج الذي لا يمكن تطبيقه في

ونسبة متساوية

(10 á) ١٠

حتى ١٠٠

اكتامول

إيتانول ٩٦٪

٣ - الستيرويدات المفلورة : تحدث هذه الستيرويدات تحسناً مدهشاً في معدل تراجع التبدلات الصدفية ، وخاصة عندما تطبق تحت ضئاد بلاستيكي كيمي . ومن ناحية أخرى ، توجد بعض العوامل المحددة في استعمال الستيرويدات المفلورة ، حيث ينكس الصدف عادة سريعاً عندما يوقف العلاج بالستيروئيد الموضعي . ويكون فترة الهدآت التي تحدثها الستيروئيدات أقصر فعلياً من تلك التي يحدثها الأنتراين أو القطران . كما يصعب علاج الصدف بالطرق الأخرى غالباً بعد العلاج بالستيروئيد الموضعي . وأخيراً ، تحدث التأثيرات الجانبية للعلاج الطويل الأمد بالستيروئيد الموضعي (ضمور الجلد ، الفرورية ، فرط الأشعار ، توسع الشعيرات ، الخطوط (الفرر) المتباعدة) . وقد يحدث تأثير ارتدادي بزيادة النضج (الطفوح البثرية) .

وينصح باستعمال الستيروئيدات كالآتي :

الفروة : يطبق محلول ستيروئيدي مفلور على المناطق المصابة من الجلد في المساء ، ثم يدلك رهم من الستيروئيد المفلور ، ويغطي الرأس بغطاء مبلل بنوب Disposable . وفي صباح اليوم التالي ، تغسل الفروة بالمنظفات أو بشامبو طبي . أما في ساعات النهار ، فتدهن الفروة مرتين يومياً بصبغة من الستيروئيدات أو بمستحضر مركب يحتوي على القطران . وعندما تتحسن التبدلات الجلدية ، يمكن إطالة الوقت بين التطبيقات المتتالية ، ويمكن استعمال رهميات أو زيوت قطرانية أزيل لونها ، أو مركبات الأنتراين الخاصة في المساء .

الوجه والأذنين : إذا وجدت بقع مبعثرة على الوجه ، يمكن علاجها بلاصق شفاف يحتوي على الستيروئيد المفلور . ويكفي هنا استعمال الستيروئيدات بتركيز منخفضة عادة . ويؤخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية للستيروئيدات بشكل خاص ، والطفوح العدية ، والتهاب الجلد حول الفم الشبيه بوردية الوجه .

الثنيات : يجب استعمال الستيروئيدات ذات القدرة العالية بحذر كبير ما أمكن كالمعاجين مثلاً . ويبدو أن الهيدروكورتيزون اسيونيت Hydrocortisone Aceponate ذو فائدة قيمة . وكذلك فإن القطران بتركيز معتدل ١٪ في معجونة الزنك أو معجونة لاسار محتلم عادة ، ويمكن إضافة علاج مركب من صبغة كاستيلاني أيضاً .

الصداف على الجسم : في علاج المرضى خارج المشفى ، ينصح

مرضى حرج المشفى لرائحته غير المستحبة وتلوئته هو العلاج قصرون الفحم الحجري الخام (٢٪ ، ٥٪ ، و ١٠٪) في لوتين الأصفر أو بالمنظفات الكربونية السائلة (٥٪ ، ١٠٪ ، ٢٠٪) في الودلين الأصفر ، أو في الزيت أو في الدهون .

العلاج بالقطران والتشميع بالأشعة فوق البنفسجية - جيوكرمان Goekerman : وهذا العلاج يشارك فيه علاج بالقطران ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجية الصناعية (وب) . ويعالج المريض مرتين يومياً بالقطران (وودلين) نظفات الكربونية السائلة أو وودلين قطران الفحم الحجري (خم) ، ثم يزال بمحام زيتي ، ومن ثم يطبق التشميع على كامل جسم ثانية حتى عتبة الحمامي . ولقد تبين أن هذه الطريقة ذات قيمة خاصة في الصدف الشائع الاندفاعي الطفحي ، وتحدث به هدآت في كل أشكال الصدف .

حمامات القطرانية : تحدث التأثيرات الخفيفة المضادة لصداف بالحمامات القطرانية ، وينصح بهذه الحمامات بشكل خاص في الصدف الشائع الاندفاعي الطفحي ، ويمكن مشاركتها بتشميع كامل الجسم بالأشعة فوق البنفسجية كما في علاج جيوكرمان وبالحمامات الشمسية المراقبة بدقة أيضاً .

منحضرات القطرانية الأخرى : يمكن استعمال منحضرات القطرانية التي أزيل لونها ورائحتها جزئياً في علاج البقع الأقل ارتشاحاً في الصدف الشائع الاندفاعي الطفحي ، إضافة إلى علاج صيانة للأشكال الأخرى من الصدف لتجنب رجعتها . وينصح بالمستحضر المركبة من القطران والستيروئيدات في علاج الفروة .

مرهم قطراني في صدف الفروة :

٣	منظفات كربونية سائلة
حتى ١٠٠	زيت في أساس مائي
٣	كبريت
٣	حمض الصفصاف
٣	قطران الفحم الحجري الخام
حتى ١٠٠	مرهم محب للماء

(Hydrophilic USP)

في علاج البقع الصدفية على خط الأشعار ، يمكن استعمال صبغة إيكوف Eichhoff .

حمض الصفصاف

بنسبة متساوية ٥

نافتول

(5 á)

زيت قطران البنولا

صابون

بتناوب العلاج المدرسي (الكلاسيكي) المضاد للصداف بآن واحد في الآفات الصدفية المعزلة . فالمرضى يعالج آفاته بالاستيروئيدات تحت ضهاد كقيم في المساء ، بينما يدهنها بمستحضرات قطرانية أو بالأنترالين أثناء النهار ، ومن الممكن مشاركتها بالأشعة فوق البنفسجية ب يومياً .

وأخيراً ، يمكن استعمال معلق من التريامسينولون في علاج البقع المعزلة التي لا تكون كبيرة جداً (تمديد بالمصل الفيزيولوجي بنسبة ١ : ٤ وحتى ١ : ٥) ، والذي يحقن داخل الآفات . ومن المهم أن تؤكد هنا على الحقن داخل الأدمة لتجنب ضمور الجلد .

صداف الأظافر : للستيروئيد المفلور تأثير مفيد في صدف سرير الظفر وطيأت الظفر ، ويجب تطبيق محلول تريامسينولون مع حمض الصفصاف لعدة أسابيع تحت الظفر وفي سريره ، ومن الضروري أحياناً أن يشارك بالعلاج الكيم (ققازات بلاستيكية) . وإن حقن الستيروئيدات في رحم الظفر وسريه مؤلم جداً ، كما في الحقن بالحقن النفاث . ويجفف الاستعمال المديد لمحاليل التريامسينولون الكحولي من الجلد المحيط ، لذا ينصح بالمرزقات في نهايات الأصابع . ويجب مراقبة الخمج الفطري والجراثيمي الثانوي ، ويمكن أن يستعمل العلاج المشترك بالصبغة المضادة للفطور ، وقد يكون مناسباً تجربة مرهم ٥ فلورويوراسيل ١٪ في طيات الظفر .

تريتينون Tretinoin : لتطبيق التريتينون (حمض فيتامين آ ، حمض الريتينويك) خارجياً تأثير خفيف مضاد للصداف ، وطيف هذا العلاج ضيق على أية حال ، لا يمكن تجنب التخريش فيه دائماً ، ويستعمل التريتينون في معالجة الصدف على الوجه بتركيز منخفضة بالنسبة لتركيزه في علاج العد .

٥ - العلاج الضوئي : لاحظ كثير من المصدوفين أن جلدهم يتحسن فعلياً أو أن حالتهم تراجع كلياً بالتعرض لأشعة الشمس خلال إجازاتهم ، ويفسر هذا التأثير بشكل أولي بتثبيط زيادة تركيب « الدنا » في البشرة الصدفية المتكاثرة بالتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية .

٦ - المداواة بالمناخ Climatotherapy : وهو تشارك بين حمامات البحر (العلاج البحري لإزالة الوسوف) والتعرض لأشعة الشمس (معالجة بالشمس Heliotherapy) . وهذا العلاج ممكن على الشواطئ حيث تكون أشعة الشمس شديدة نسبياً . وفي جمهورية ألمانيا الفيدرالية تقوم هذه العلاجات على الشواطئ الشالية خلال أشهر الصيف ، والمداواة بالمناخ واعدة بشكل أكثر في البحر الميت ، ويبدو أن محتواه العالي من الملح

(حوالي ٢٨٪) ذو تأثير مفضل ليس في إزالة الوسوف فقط بل في إبراز دور التشعيع الشمسي بسبب ترسب البلورات على الجلد . ويعتقد بأهمية التوضع الجغرافي بشكل خاص (حوالي ٣٩٠ م تحت مستوى البحر وقرب الصحراء) ، ويتراوح الوقت المطلوب لهذا العلاج بين ٤ - ٦ أسابيع ، والنتائج فيه جيدة ، ولهذا العلاج تأثير موقف للمراضة إلى حد كبير .

٧ - التشعيع بأشعة فوق البنفسجية الصناعية : حديثاً ، توفرت الأجهزة التي تنتج الأشعة فوق البنفسجية آ بشكل رئيسي وبعض الأمواج الطويلة من الأشعة فوق البنفسجية ب . وهذا أحدث علاج انتقائي بالأشعة فوق البنفسجية ممكن للمصدوفين ، والتأثيرات لهذا العلاج على المدى البعيد غير معروفة وتكمن فوائد هذا العلاج في أن المريض يمكنه الإبقاء على هدأة المرض بالعلاج الداعم .

العلاج الضوئي الكيميائي : ويعتمد مبدأ هذا العلاج على دمج تأثير الأمواج الطويلة للأشعة فوق البنفسجية (الأشعة فوق البنفسجية أ) والمادة المحسنة (٨) ، ميتوكسي بسورالين ، 8 MOP -) . يحدث هذا العلاج تفاعلاً جلدياً سميماً ضوئياً يتراوح مداه بين احمرار الجلد البسيط إلى تفاعل يشبه حرق الشمس وذلك حسب شدة التشعيع .

العلاج الضوئي الكيميائي الموضعي : يطبق محلول ٨ ميتوكسي بسورالين (٠,١٥٪) على البقع الصدفية ، ويجرى التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية آ بعد ساعة واحدة . فوائد هذا العلاج هي : عدم تشعيع الجلد السليم ، زمن التشعيع قصير ، غياب التأثيرات الجانبية والمجموعية للدواء . أما مساوئ هذا العلاج فهي : صعوبة مراقبة شدة التفاعلات ، وزمن الاستغراق قبل المباشرة بالتشعيع ، وفرط التصبغ البقعي وحدوث النفاطات .

العلاج الضوئي الكيميائي الجهازى (بوبا PUVa) : يتميز البوبا (بسورالين + الأشعة فوق البنفسجية آ) عن العلاج الموضعي في أن المريض يتناول المحسن الضوئي من مادة ٨ ميتوكسي بسورالين (MOP - 8) عن طريق الفم (٠,٦ - ٠,٨ ملغ/كغ من الوزن) .

وزن الجسم (كغ)	الجرعة (ملغ)
٥٠ >	٢٠
٦٥ - ٥٠	٣٠
٨٠ - ٦٥	٤٠
٩٠ - ٨٠	٥٠
٩٠ <	٦٠

بعد ساعتين ، يجرى التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية آ (UVA) تكامل الجسم من مصدر عالي الشدة ، فوائد هذه الطريقة هي : نظافتها ، سرعة تطبيقها ، التحكم فيها جيد ، تتجه جيدة في كل أشكال الصدف . ويعتبر الإستمرار تأثيراً تعميقاً مرغوباً في المرضى المعالجين بالتشعيع لكامل الجسم . ومن ناحية أخرى ، يتطلب هذا الشكل من العلاج زمن تشعيع ضخم ويتوافق أحياناً بإبقاء وإحساسات بالحكة . وعموماً ، يجرى علاج الأولي ثلاث إلى أربع مرات أسبوعياً (الأحد ، الاثنين ، الأربعاء ، الخميس) وحتى يتم الشفاء السريري الآفات . ثم تبدأ المعالجة الداعمة ، وهذه تمنع رجعة المرض ، وتحمي على فترات طويلة ثابتة (تشعيع واحد كل ١ - ٣ أسابيع) . ومن الضروري حماية العين بشكل جدي (نظارات الواقية) خلال العلاج ولمدة ٢٤ ساعة التالية لعلاج منع حدوث الساد والتبدلات العينية الأخرى ، كما ويجب حماية الصفن أيضاً .

١٠ الاستطبابات العلاجية بالبوفا تتوافق بشكل أساسي مع العلاجات الموقفة للخلايا وهي : الصدف الشائع المعتدل على علاج منذ فترة تؤخذ بالاعتبار ، الأحمرة الصدفية ، الصدف البشري الرحي والأخصي ، الصدف البشري المعمم ، الصدف خلال تناول الستيروئيدات الجهازية ، والعواقب الاجتماعية خطيرة التي تعزى للصدف .

١١ مضادات الاستطباب فهي : الصدف المحدود ، الاستجابة جيدة للعلاج التقليدي ، أمراض الكبد أو الكلية أو الأمراض همة لأخرى . تناول الأدوية الخمسة لنضياء في آن واحد (سيميت ، فينيتازين ، ...) . تناول الزرنيخ في قصة مرض . حمى .

١٢ تحت تأثير هذه المعالجة : إن التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية تفعل ٨ ميتوكسي بسورالين في الجلد الذي يرتبط مع « الدنا » ، وهذا بدوره يثبط تركيب الدنا في لبشرة وأيضاً في الخلايا المتحسسة في الأدمة ، وهذا العلاج موقوف للمرضة Morbidity ، وبالتالي فالعلاج لفترات أطول قد يصبح ضرورياً . وعلى المدى البعيد ، من الممكن أن تضم التأثيرات الجانبية كل من المران السفعي بشكل خاص ، وحدث التبدلات السرطانية أو السابقة للسرطان الجلدي . وعلى هذا الأساس ، فإن علاج الصدف بالمعالجة الضوئية الكيميائية يتطلب استطبابات مناسبة .

١٣ - التشعيع بالأشعة السينية : يناسب العلاج بالأشعة السينية الطرية علاج الآفات الصدفية المعزولة (١ - ١,٥ Gy ، ٣ مرات على فترات بين ٨ - ١٠ أيام) ، وصداف الأطراف

(نفس الجرعة) ، والأحمرة الصدفية (تشعيع كامل الجسم بالمعالجة الشعاعية ، ٠,٣ - ٠,٥ Gy يومياً ، ونصف القيمة على عمق ٢ ملم ، الجرعة الكلية ٣ Gy) . ونادراً ما تستعمل الأشعة السينية اللينة في علاج الآفات الصدفية في الوقت الحاضر .

المعالجة الجهازية : ينظر إلى الدواء على أنه فعال في معالجة الصدف الشائع فقط إذا حدث تحسن واضح في الآفات الجلدية في أكثر من ٢٥٪ من الحالات غير الانتقائية من الصدف الشائع والتي لم تلق أي علاج موضعي آخر ، لأن معدل التراجع العفوي في الصدف الشائع يبلغ حوالي ٢٠٪ - ٢٥٪ .

الستيروئيدات القشرية : غالباً ما تكون الستيروئيدات فعالة جداً ، ولكنها موقفة للمرضة فقط . وفي حوالي ٨٠٪ من المرضى ، تحدث رجعة سريعة نسبياً عندما توقف الستيروئيدات ، وقد تحدث هجمات شديدة بشكل صدف بئري معمم ، أو عودة الآفات الجلدية المقاومة أكثر على العلاج الموضعي عقب إيقاف الستيروئيدات . وأخيراً ، ولمنع ظهور الآفات الصدفية يتطلب جرعات من الصيانة لفترات طويلة وتقع فوق حدود كوشينغ . ولهذا الأسباب تستطب الستيروئيدات فقط في الصدف البشري المعمم ، والأحمرة الصدفية والصدف المفصلي بالإضافة إلى حالات الصدف التي تميل للمعمم إذا فشلت المعالجة الضوئية الكيميائية أو المعالجة المنشطة للخلايا .

وتعتبر الستيروئيدات المفلورة أكثر فاعلية من الستيروئيدات غير المفلورة ، ويفضل إعطاء التريامسينولون والبيتاميتازون . ويتبدى العلاج بجرعات متوسطة (٤٠ - ٨٠ ملغ تريامسينولون يومياً) وتحويل إلى جرعة الصيانة حالما تتحسن الآفات بشكل واضح .

وإن العلاج بجرعات منخفضة من التريامسينولون (٤ - ٦ ملغ يومياً ، وغالباً كل يومين فقط) لفترات قصيرة قد يبرر في بداية هجمات الصدف الطفحي ، وفي صدف الراحين والأخصيين ، بينما تعطى الجرعات العالية (٢٠ - ٤٠ ملغ يومياً) في الطور البدئي من المعالجة الضوئية الكيميائية في علاج الصدف البشري المعمم ، وخاصة إذا كان للريتينويد العطري مضاد استطباب .

الأدوية المنشطة للخلايا : يعتبر تشكل البشرة السريع من الموجودات الكبيرة في الجلد المصدوف ، وهذا استطباب للأدوية الموقفة لتكاثر الخلايا في الصدف . ويمكن لهذه الأدوية أن تثبط الآفات الصدفية ، ويحدث التكرس في ٨٠٪ - ٩٠٪

- قرحة المعدة أو الاثني عشرية .
- الحالة الصحية العامة السيئة .
- الأبحاث المزمعة .
- الكحوليين (الكحولية) .

الجرعة : وبسبب التأثيرات الجانبية الشائعة نسبياً ، يوقف العلاج الفموي المستمر بالميتوتركسات وبجرعاته المنخفضة ، ويستعمل الدواء بشكل متقطع .

العلاج بجرعة وحيدة : في البالغين ، يعطى ١٥ - ٢٥ ملغ من الميتوتركسات فمواً أو ٢٥ - ٥٠ ملغ وريدياً مرة واحدة أسبوعياً ، ويمكن إطالة الفترة بين الجرعات إلى ١٠ - ١٤ يوماً إذا نجح العلاج .

العلاج تبعاً للدورة الخلوية : يعطى الميتوتركسات فمواً كل أسبوع ، ثلاث جرعات بين ٢,٥ - ٥ ملغ (أو الحد الأعظمي ٧,٥ ملغ) كل ١٢ ساعة ، أو بأربع جرعات بين ٢,٥ - ٥ ملغ كل ٨ ساعات . وتتأثر بهذا العلاج معظم الخلايا البشرية في طور تركيب الدنا ، ويكون تحمل العلاج أفضل عادة ، وعموماً فإن جرعة الصيانة الدنيا والممكنة تتراوح عادة بين ١٢,٥ - ٢٥ ملغ أسبوعياً ، ويتحقق هذا بإطالة الفترة بين الجرعات إلى أسبوعين . ومن الأهمية بمكان نحسن حالة الصدف فعلياً أكثر من شفاء جميع الآفات كلياً .

وإذا حدثت تأثيرات جانبية حادة ، وجب توفير الشكل الفعال فيزيولوجياً من حمض الفوليك (لوكوفورين Leucovorin) كدرياق . فإذا حدث قلة ملحوظة في الكريات البيض ، أعطي عضلياً أو وريدياً بجرعة ٦ - ١٢ ملغ أربع مرات يومياً كل ٦ ساعات .

الفحوص الدورية : وخلال العلاج ، يجب أن يُجرى تعداد الكريات البيض والحمز والصفائح كل ١٤ يوماً في البداية ، وكل ٤ أسابيع في المرحلة الأخيرة ، ويجب أن تفحص الوظيفة الكلوية (تحليل البول ، الكرياتينين ، وتصفية الكرياتينين) ، وكذلك الوظيفة الكبدية (زمن البروترومبين ، الفوسفاتاز القلوية ، والخمائر الكبدية SGPT ، و SGOT) كل ٤ أسابيع ، ويجب أن تجرى الخزعات الكبدية وتصوير الرئتين الشعاعي قبل بداية العلاج وعلى فترات تتراوح بين ١٨ - ٢٤ شهراً خلال العلاج ، ومن المهم أن لا يتناول المريض الذي يتلقى العلاج مشروبات كحولية بشكل خاص ، فذلك يزيد بشكل واضح خطورة حدوث التشمع الكبدي .

هيدروكسي يوريا Hydroxyurea : هذا الدواء يُدر استعماله حالياً ، فتشيط تركيب الدنا (حصر تركيب التيميدين) هو

من المرضى بعد إيقاف العلاج ، كما تكون خطورة العلاج عالية . ولذا يستطب العلاج بالأدوية المثبطة للخلايا فقط إذا لم يتمكن من استعمال البدائل وخاصة العلاج الضوئي الكيميائي أو إذا تطلبت شدة المرض ذلك ، ويستطب العلاج بالأدوية المثبطة للخلايا في الحالات التالية : الصدف الشائع المعمم ، الصدف البكري المعمم ، الصدف باعتلال المفاصل ، الصدف المعند على العلاج والاستطببات الاجتماعية . وبهنا المراقبة الدقيقة للتأثيرات الجانبية لهذه الأدوية بشكل خاص .

الميتوتركسات Methotrexate : الميتوتركسات مضاد لحمض الفوليك ويرتبط بجرعة حمض الفوليك لتشابه بنيته الكيميائية مع البنية الكيميائية لحمض الفوليك ، وبذلك يوقف تركيب حمض رباعي هيدروفوليك ومشتقاته ، وبالتالي يبطئ تركيب النويدات البيورينية . وإن تثبط « الدنا » والانقسام الخلوي وجذب البيض مسؤولة عن التأثيرات الواضحة للانقسام البشري والتهاب الخلوي ، وبالتالي حدوث تأثيرات الميتوتركسات في الصدف . ويتمتع الميتوتركسات بجرعاته المنخفضة نسبياً بالتأثير الجيد على الآفات الصدفية . وقد أدت الجرعة الفموية المناسبة منه كثيراً من الجلدين لاستعماله في علاج الصدف قبل عهد المعالجة الضوئية والضوئية الكيميائية . وعندما يوقف الميتوتركسات ، تحدث رجعة في أكثر من ٨٠٪ من المرضى .

التأثيرات الجانبية : إن التأثيرات الجانبية التي تعزى للجرعات العالية نادرة نسبياً ، وتحدث هذه التأثيرات في النسج التي تتكاثر سريعاً مثل السيل المعدي المعوي (التهاب المعدة ، إسهال ، تقرحات معدية معوية ، نزف) ، ونقي العظم (قلة البيض ، قلة الصفائح ، فقر الدم) ، والجلد (الحاصة المتشرة السمية ، التآكلات أو التقرحات في الجلد أو الأغشية المخاطية ، وخاصة في الآفات الصدفية) .

بينما تتجلى التأثيرات الجانبية لاستعمال الميتوتركسات المديد في : تقرّب الكبد (ارتشاح شحمي ، تليف الباب ، تشمع كبدي) ، تحرب الصبغيات ، والمضاعفات الرئوية (تفعيل التدرن) ، والتأثيرات السامة للكلية أيضاً .

مضادات الاستطببات للميتوتركسات :

- الرغبة في إنجاب الأولاد ، والحمل .
- الصدف في الأطفال .
- فقر الدم ، قلة البيض .
- قلة الصفائح الدموية .
- أمراض الكبد ، حتى إذا وجدت في القصة المرضية فقط .
- أمراض الكلية .

تأثيره فاعليته في التثبيط الخلوي ، وتحقق عادة فاعليته سريرية في الصدف فقط إذا بلغ تعداد الكريات البيض حوالي ٤٠٠٠ كرية / μm .

لاستطببات : إن فاعلية هيدروكسي يوريا أقل من فاعلية ميتوتركسات . ويبدو أنه علاج آمن بشكل واضح واستجاباته مماثلة لاستطببات الميتوتركسات .

جرعة : بشكل عام ، ينصح بجرعة فموية ٠,٥ غ ثلاث مرات يومياً ، ويجب أن لا تزيد الجرعة العظمى عن ٢ غ ، ويلاحظ التحسن عادة بعد ٤ - ٦ أسابيع ، وبالتالي يمكن تحويلها إلى جرعة الصيانة الدنيا .

تأثيرات الجانبية : يعتبر تثبيط (خمود) نقي العظم أكثر تأثيرات السمية أهمية للعلاج بالهيدروكسي يوريا ، ولهذا نسب يجب أن تجرى الفحوص الدموية مرة كل أسبوع (الكريات البيض ، الكريات الحمر ، الصفائح) ، ويجب أن يوقف الدواء إذا كان تعداد الكريات البيض أقل من ٤٠٠٠ كرية/مل . وهذا التثبيط في نقي العظم عكوس بسرعة عادة . وتأخذ اضطرابات وظائف الكلية بعين الاعتبار في الجرعات اليومية العالية ، وتجري الاختبارات المناسبة . وعندما يوقف العلاج سرعان ما تختفي التأثيرات الجانبية الأخرى كالصداع والغثيان والحكة وارتفاع الحرارة الطفيف .

مضادات الاستطباب : يعتبر الهيدروكسي يوريا مضاد استطباب في مرضى الاضطرابات الدموية واضطرابات الوظائف الكلوية بالإضافة إلى تأثيره المشوه . لذا يجب عدم إعطائه للحوامل والنساء اللواتي في سن الإنجاب اللواتي لا يستعملن مانعات الحمل ، والرجال الذين يرغبون بإنجاب الأطفال ينبغي ألا يعالجوا بهذا الدواء .

آزاثيوبرين Azathioprine :

لا توجد خبرة واسعة في علاج الصدف بالآزاثيوبرين جهازياً . وينتمي مشتق المركبات يورين متغاير الحلقات إلى مجموعة مضادات البورين . وإن إعطاء جرعة فموية حوالي ٢,٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً تحدث تحسناً موقفاً للمرضى في الآفات الجلدية .

لاستطببات : كما في الميتوتركسات .

التأثيرات الجانبية : يعتبر نقص الشببة والغثيان وتثبيط (خمود) نقي العظم من التأثيرات الجانبية التي تختفي تماماً عند إنقاص جرعة الدواء أو إيقافه . ولم يثبت إمكانية حدوث تبدل في الصبغيات بهذا العلاج ، ولا يمكن استبعاد التخريب المشوه . وإن الاضطرابات الكبدية بالعلاج الطويل الأمد معروفة ، كما توجد إمكانية لإثارة الحببات أيضاً .

مضادات الاستطباب : الحمل أو الرغبة في الأولاد ، الأمراض الخمجية المزمنة ، الداء السكري ، أو قصة أورام خبيثة في العائلة ، بالإضافة إلى أمراض الكبد والرئة .

الأدوية الجهازية الأخرى : على الرغم من أن الأدوية التالية ليس لها تأثيرات مضادة للصدف مباشرة ، غير أنها قد تكون مفيدة أحياناً .

الصادات : في الصدف البشري المعمم ، وجد ليل Lyell تحسناً باستعمال الصادات مثل السيكلوريدين (١ غ ثلاث مرات يومياً) أو الكلوكساسيلين (٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً) لمدة ٤ - ٦ أسابيع ، بينما لم يستعمل الآخرون هذا العلاج .

مضادات الملاريا : تعتبر المواد مثل الكلوروكين مضاد استطباب في المرضى المصدوفين ، لأنها قد تؤدي إلى تفاقم الإصابة ، وتفيد الأدوية الأخرى في الصدف المفصلي .

المركبات Sedatives : تفيد التوصيات بإعطاء المهدئات العصبية كمركن إضافي في الصدف النقطي الاندفاعي الطفح وفي الأشكال الأخرى من الصدف التي تميل للطفح أيضاً . لا توجد دراسات إحصائية متوفرة عن الفائدة من ذلك .

مضادات الالتهاب Antiphlogistics : إن الأدوية مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لا تؤثر في الآفات الصدفية عموماً ، وقد تؤدي إلى تفاقمها ، ولكنها تناسب فقط التبدلات المفصلية في مرضى الصدف المفصلي . ويندر استعمال الأسبرين والأوكسي فين بوتازون والاندوميثاسين ويقترح إعطاء مركبات الذهب ، غير أن فاعليتها أقل في الصدف منها في التهاب المفاصل المزمن البدني (التهاب المفاصل الرثواني) ، وقد تشير الصدف أيضاً ، لذا تستعمل مركبات الذهب بحرص شديد في بعض الحالات . وينصح بإعطاء الكولشيسين في الصدف البشري الراجحي الأخصي ٠,٥ ملغ ثلاث إلى ستة مرات يومياً .

مانعات الحمل : لا تؤثر في الصدف ، ولكن يبدو أنها تخفض ضغط الطفح الداخلي كما هو مشاهد خلال الحمل أيضاً .

الهرمون موجه قشر الكظر ACTH : يحرص هذا الهرمون على إفراز الستيرويد في الكظرين . ومن غير المتفق عليه ما إذا كان مدخر الهرمون الموجه لقشر الكظر يستطب في الصدف البشري المعمم الشديد أو في الصدف الشائع وإن مضادات الاستطباب والتأثيرات الجانبية لهذا العلاج هي ذاتها في حالة العلاج بالستيروئيدات . ويوجد ميل لرجعة الإصابة بهذا العلاج .

الريتينويدات : استعملت الايتريتينات الريتينويدية العطرية

(Tigason) في علاج الصدف جهازياً أيضاً . وتتصف بتأثيراتها الفعالة على الآفات الصدفية حيث تسيطر على التقرن النسيجي وتحدث تراجعاً في تكاثر البشرة وفي التبدلات الالتهابية . والريتينويد العطري هذا مشوه على غرار كل الريتينويدات ، لذا يجب على النساء في سن الحمل أن يتناولن مانعات الحمل أثناء العلاج ولمدة سنتين بعد العلاج تقريباً ، وتتراوح الجرعة المعتادة في بداية العلاج بين ٠,٧ - ١ ملغ/كغ من الوزن يومياً ولمدة ٢ - ٤ أسابيع ، بينما تبلغ جرعة الصيانة حوالي ٠,٥ ملغ/كغ يومياً . وفي الحالات المنفردة ، يستحسن تحديد الجرعة بشكل يتوافق مع سطح الجسم . ويجب أن تجرى الاختبارات لمراقبة التأثيرات الجانبية (الكبد ، فرط البروتينات الشحمية في الدم ، فقد الأشعار ، التهاب الشفتين الجاف) .

وقد وجد أن الايتريتينات تناسب العلاج المشترك :

- ري - بوبا (الريتينويد العطري والبوبا) .
- ري - UVB (الريتينويد العطري والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ب) .
- ري - انغرام (الريتينويد العطري وعلاج انغرام) .
- ري - جوكرومان (الريتينويد العطري وعلاج جوكرومان) .

ويفضل البدء بالعلاج بالريتينويد العطري في حدود ٣ أسابيع قبل العلاج الضوئي . وهذه البداية العلاجية تجعل البقع الصدفية أكثر ليونة ، وتستجيب للعلاج المشترك بشكل أفضل . وفي حالات خاصة ، يمكن إعطاء هذا الريتينويد مرافقاً لأشكال العلاجات الأخرى ، ويعتبر الصدف البثري الراحي الأنحصى من الاستطابات الأخرى للريتينويد العطري ، كما ينصح به في الصدف البثري المعمم .

الحمية : وينصح بأشكال عديدة من الحمية في علاج الصدف الشائع ، ولكن لا توجد دراسة مراقبة في كل الحالات . وتبين الخبرة أن الحمية منخفضة الكالوريات قد تكون مفيدة . وقد لوحظ أن الصدف كان قليل الشيوع إبان فترة الحرب ، وذكر المرضى أيضاً أن صدفهم يزداد سوءاً مع ازدياد وزنهم . ويعتبر تناول كميات كبيرة من الكحول كمصدر طاقة سريع التناول أمر غير مرغوب به في الصدف أيضاً .

النخالية الحمراء الشعرية Pityriasis Rubra Pilaris
[Devergie 1863] :

التعريف : هو تفران جلدي حمامي وسفي نخالي الشكل ومزمّن ، وقد يعزى إلى تفرانات الجلد البدئية ، ومن الممكن حدوثه كمرض عائلي .

الحدوث : المرض نادر ويصيب كافة الأعمار ، ويعتقد بانتقاله بطراز الوراثة الجسدية السائدة في المرضى الذين يكتسبون هذا الداء في الطفولة ، ويدعم وجود القصة العائلية هذا الاعتقاد . وإذا بدأت الإصابة في الكهولة فلا يوجد دليل على الحدوث العائلي . ويظهر المرض غالباً بعد اعتلال شديد آخر أو عقب علاج دوائي وبعد الحوادث أحياناً . ومن ناحية أخرى يشاهد هذا المرض في الأشخاص الأصحاء تماماً .

الأسباب : مجهولة .

الإمراض : هذا المرض عبارة عن جلاد التهابي مزمن يرافقه تشكل بشروي مزداد قليلاً إضافة إلى اضطرابات في التقرن من تفران بشروي وجراحي وخطل في التقرن . ومع ذلك فالمرض يشابه الصدف الشائع ، ولكن تغيب منه التبدلات البشورية المميزة ، والتز المصلي في الطبقة المتقرنة ، وخراجات مونرو بالعدلات الحمية ، والتفاعل الالتهابي الواضح في الأدمة العليا .

الموجودات السريرية : يحدث هذا الجلاد على شكل حمامي وسفية نخالية الشكل ومسطحة ويرافقها حطاطات تقرانية جرابية .

الحمامي التقرانية : تحدث هذه الحمامي على الفروة وسوفاً شديدة نخالية الشكل يضاء اللون ، بينما تظهر على الوجه بشكل التهاب متتار أحمر مصفر لامع وسفي أو تغطيه ترسبات جبسية النقط وذات جليات مثية وخاصة في الحاجبين والثنية الأنفية الشفوية . ويكون الوجه متيساً بسبب التفران ، ومع ذلك فالحمامي المائلة للصفرة والوسفية والتي تتسمك تدريجياً تصيب الجسم أيضاً . أما الجزر من الجلد السليم التي تتوضع بين الآفات فمميزة جداً لهذا المرض . وتصاب الراحتان والأخصان أيضاً ، فتبدو بشكل حمامي متشرة مع ازدياد في تفران الجلد المصفر وتحدد في الحركة . وتشاهد أحياناً شقوق مؤلمة وفرط تفرن تحت الأظافر . (راجع الشكل ١٤ - ٣٦) .

الحطاطات الجريبية التقرانية : يبلغ قد هذه الحطاطات ١ - ٣ ملم ، وذروتها دقيقة ، وتبدي تفراناً في مركزها ، وقد تكون هذه الحطاطات شوكية الشكل ، أي ذات ذروة مخروطية ، أو تحدث كقوّه بركان في الجريبات التي تحطم فيها الأشعار . وتشاهد هذه الآفات أحياناً قرية جداً من بعضها فتحدث إحساساً نموذجياً بالحشونة . وتتواجد التوضعات النموذجية لهذه الحطاطات على ظهر الأصابع واليدين وعلى السطوح الانبساطية للأطراف أيضاً ، وعلى المناطق فوق المفاصل الكبيرة والصدر والبطن والمنطقة الأليوية ، وقد تكون السدادات التقرانية يضاء رمادية أو شبيهة بالجبس . وفي البداية ، تحدث الآفات على جلد طبيعي ولكنها سرعان ما

تصبح حمراء متسمكة ، وقد تظهر الخطاطبات الجريية التقرانية على هذه المناطق المسطحة من تقرن الجلد الحمامي . (راجع الشكل ١٤ - ٣٧) .

ويأخذ المرض سيراً حاداً في بعض الأحيان خاصة في البالغين ، فيؤدي إلى أحمرية خلال أيام أو بضعة أسابيع ، وتبقى هذه الإصابة غير متكاملة بسبب بقاء جزر سليمة من الجلد بين الآفات ، وينجم اللون الأصفر السلموني في الأحمرية بسبب امتزاج صفرة التقرن الجلدي وحمرة الالتهاب . وتبدي اليدين والقدمين تسمكاً تقرانياً واضحاً ومنتشراً ، بينما لم يذكر حدوث إصابة في المخاطيات .

الأعراض : الأعراض المجموعية غائبة ، ولكن الحكمة موجودة ، ويكون الشعور بتيسر الجلد ، الذي يعزى إلى زيادة التقرن الجلدي في مناطق كبيرة ، مزعجاً جداً . وقد يرافق الإصابة آلام في اليدين والقدمين وشقوق عميقة على المفاصل أيضاً ، وذكرت في بعض الحالات اضطرابات عضلية عصبية أو وهن عضلي وخيم .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي البشرة شواكاً غير منتظم وأشربة من فرط تقرن زجاجي وجزر بؤرية من خطل التقرن . وقد ترق الطبقة الحبيبية ، كما يلاحظ تسفنج خفيف غالباً وخاصة على ذرى الحليبات . تبدي الخطاطبات الجريية التقرانية تقراناً جريبياً صفيحياً نموذجياً في أقسام الجريبات أعلى الغدد الزهمية ، بينما تكون التبدلات الأدمية بسيطة جداً ، وتتألف من توسع وعائي في الجسم الحليمي والتهاب لمفاوي حول الأوعية خفيف إلى معتدل الشدة .

المسار : يختلف سير المرض من مريض إلى آخر ، إذ يمكن أن يخفي خلال بضعة أسابيع أو يستمر حتى ٨ سنوات ، ويستمر وسطياً حوالي ٢ - ٣ سنوات ، ولقد لوحظ تطور إحدى الحالات إلى صداف .

التشخيص التفريقي : قد يصعب ، إلى حد كبير ، تفريق النخالية الحمراء الشعرية عن الصداف الجريبي أو الصداف الحزازاني في الأطفال . وفي الأشكال البسطية وخاصة في الأطفال حيث تسود الإصابة حمامي وسفية واضحة الحدود تصيب المرفقين والركبتين وترافق بتسمك تقراني على الراحتين والأخصصين . وفي مثل هذه الحالات ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار احمرار الجلد التقرني Erythrokeratodermas . تساعد الخطاطبات الجريية التقرانية النموذجية على التشخيص . وفي الحزاز المسطح الجرابي ، تتواجد الآفات على الجذع وتكون أكثر انعزالاً ولا ترتبط ببعضها البعض على شكل حمامات

وسفية . يصيب الحزاز المسطح مناطق محددة . ويجب أن تؤخذ الحزعة في كل حالة من الآفات المختلفة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يمكن العلاج جهازياً بجمض ١٣ سيز ريتينويك (إيزو تريتينون Isotretinoin) أو بالريتينويد العطري (إيتريتينيت Etretnate) . يعطى الإيتريتينيت فموياً للبالغين بجرعة ٠,٥ - ٠,٧ ملغ/كغ من وزن الجسم ولعدة أسابيع . وقد بينت الخبرات أن إعطاء فيتامين آ بجرعة ١٥٠,٠٠٠ - ٣٠٠,٠٠٠ وحدة يومياً ولعدة أسابيع قد يكون مفيداً في بعض الحالات . ويجب أن يوقف العلاج بعد ٣ شهور (وتجري الاختبارات على ناقلات الأمين ، والكولسترول ، والتري غليسريد) إذا لم ينجح العلاج . وقد يحدث الريتينول (فيتامين آ) وبجرعة ١٠/يومياً هدأة خلال ٧ - ١٠ أيام ، ولكن يجب أن تجرى الاختبارات في مراقبة التأثيرات الجانبية ، ناهيك عن أن هذا الدواء مشوه .

وينصح بمشاركة الستيروئيدات بالفيتامين آ ، إذ تحدث تحسناً سريعاً لدى بعض المرضى ، ويؤخذ بالاعتبار وبشكل خاص إذا كانت الإصابة تشمل مناطق واسعة من الجلد . ويفضل التريامسينولون أو اليتاميتازون كما في الصداف ، وتستعمل بجرعات متوسطة (٢٠ - ٤٠ ملغ من معادلات البردنيزولون في الكهول) حتى يلاحظ تحسناً في الإصابة ، ثم تعطى جرعة الصيانة بعد ذلك .

وينصح بالأدوية الموقفة للخلايا أيضاً ، وخاصة الميتوتركسات والآزاثيوبرين وجرعات مماثلة لجرعاتها في علاج الصداف . وعلى أية حال فهذه الأدوية موقفة للمراضة . ويمكن أن نستعمل هذا العلاج فقط في البالغين التي تغطي إصاباتهم مناطق كبيرة من جلدهم وتكون مستمرة لفترة تفوق الستين . كما ينصح بمركب ستانوزول Stanazol أيضاً .

المعالجة الموضعية : يجب تجنب المحرشات الخارجية ، وعدم الاستحمام بالمنظفات ، ويفضل حمام الزيت ، ويمكن العلاج الموضعي أيضاً بالستيروئيدات المفلورة وتطبيقها تحت ضماد كيم بلاستيكي إذا كان ممكناً ، ومشاركتها بالبولة (٥٪ - ١٠٪) أو بالتريتينون بتركيز منخفضة ، وإذا أحدث هذا العلاج تحريشاً في الإصابة فيجب إجراء اختبار أولي بمراهم من التريتينون أخفض تركيزاً (٠,٠٠٥٪) بسبب خطورة المحرشات . ولا ينصح عادة بالعلاج الضوئي أو الضوئي الكيماوي في هذا المرض .

زمرة نظائر الصدف Parapsoriasis Group :

في عام ١٩٥٢ ، جمع بروك Brocq مجموعة من الجلادات تحت عبارة نظائر الصدف ، وحاول تمييز هذه الأمراض التي تشبه الصدف سريرياً ولكنها تختلف عنه بشكل أساسي في ميزاتهما . ونحن نعرف الآن أن هذه الجلادات ليس لها علاقة بالصدف الشائع وليس لها علاقة ببعضها ، وإنما هي أمراض مستقلة بذاتها . وبالتالي ، فإن نظير الصدف النقطي يقابل النخالية الحزازانية المزمنة والنخالية الحزازانية حامية الشكل الحادة ، أما نظير الصدف اللويحي فيقابل داء بروك Brocq's Disease ، بينما يقابل نظير الصدف الحزازاني خطل التقرن المتغير Parakeratosis variegata . ومن الناحية الشكلية والسريرية والتصنيفية تعتبر هذه التسميات « نظائر الصدف » غير ملائمة لهذه الأمراض . ويفضل تسميتها بالنخالية الحزازانية .

النخالية الحزازانية Pityriasis Lichenoides :

المترادفات : نظير الصدف النقطي .

وتضم أمراضاً ثلاثة هي :

- النخالية الحزازانية المزمنة (نظير الصدف النقطي المزمن) والنخالية الحزازانية تحت الحادة .
- النخالية الحزازانية والحامية الشكل الحادة (نظير الصدف النقطي الحاد) .
- الحطاط اللمفواني .

ويبدو أن النخالية الحزازانية المزمنة والنخالية الحزازانية والحامية الشكل الحادة نمطان مختلفان لمرض واحد .

أما الحطاط اللمفواني الذي يمثل شكلاً سريرياً مشابهاً للنخالية الحزازانية الحادة ، ولكنه يتميز نسجياً برشاحة لمفوانية ، فيبقى ضمن هذه المجموعة من الأمراض غير واضح السبب .

النخالية الحزازانية المزمنة Pityriasis Lichenoides المزمنة

[Chronica [Jadassohn 1894, Juliusberg 1899] :

المترادفات : نظير الصدف النقطي المزمن ، نظير الصدف النقطي (بروك) .

التعريف : مرض التهابي مزمن حطاطي وسفي ، مظاهره السريرية نموذجية ، وأسبابه مجهولة .

الحدوث : تكثر إصابة الأطفال والبالغين بهذا المرض .

الإمراض : الأسباب مجهولة ، ولكنه غير معددي ، ويعتقد من الناحية الإراضية بأنه جلاد أرجي نحو الأبخاج حيث تشفى الآفات أحياناً بعد شفاء البثرة الحمجية أو بعد العلاج بالصادات . ولقد استقصيت المعقدات المناعية في مصل وجلد المصاب . كما يجب أن تؤخذ الأبخاج بالحمامات الراشحة بعين الاعتبار .

الموجودات السريرية : (راجع الشكلين ١٤ - ٣٨ و ١٤ - ٣٩) ، في الملاحظة الأولى ، يلاحظ المرض عادة في تظاهراته الثامة ويعزى هذا إلى غياب الأعراض الشخصية . ويميل هذا الداء للتوضع على الجذع والأقسام الدانية من الأطراف ، وينتشر بشكل متناظر ويكون الطفح فيه عديد الأشكال لأن الآفات المنعزلة تمر بأطوار مختلفة من التطور والتراجع .

والآفات الأولية عبارة عن حطاطات مرتفعة قليلاً مقبية الشكل وقاسية إلى حد ما ، حمراء اللون والتهابية ، يتراوح قطرها بين ٢ - ٥ ملم ، وسطحها كليل أو ذات مظهر حزازاني ، ووسوفها دقيقة وتصبح أكثر وضوحاً إذا كشطت . وتكبر الحطاطات حتى يبلغ قطرها ٣ - ٥ ملم ثم تسطح وتصبح ذات لون بني أو شاحب ، بينما تبدو وسوفها مكتنزة على سطحها .

وفي مراحل تراجعها الأخيرة (٣ - ٤ أسابيع) ، تصبح الحطاطات مسطحة ووسوفها تشبه الرقاقة Wafer وتكون متماسكة مثل الغشاء الكولوديني . وإذا حاولنا إزالة هذه الوسوف وجدنا تحتها جلداً طبيعياً . وغالباً ما يحدث نقص تصبغ ثانوي في المنطقة الشافية (وضح في النخالية الحزازانية المزمنة) . وقد تظهر حطاطات نزفية أحياناً .

الأعراض : لا توجد أعراض عامة لهذا المرض وتغيب الحكمة فيه على وجه الخصوص . أما الموجودات المخبرية فطبيعية . ويظهر المرض مباشرة بعد خمج حمي Febrile (حموي أو جرثومي) أحياناً . ويجب الانتباه إلى البثور الجرثومية (الأسنان ، الجيوب ، ... إلخ) أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : تلاحظ ارتشاحات حول الأوعية من اللمفاويات والناسجات في الأدمة العليا ، وتخرق هذه الرشاحات الحليبات الأدمية والبشرة أيضاً . وفي مركز الآفات الحديثة يحدث تسفنج وشواك خفيف ، ووسف ملتصق من خطل التقرن . كما توجد تجمعات من اللمفاويات في طبقة خطل التقرن تشبه خراجات مونرو أحياناً ، بينما تتوسع الشعيريات وتبدي تكاثراً في بطانتها ، ويكثر شيوع تسرب الكريات الحمر في الحليبات والبشرة في الآفات الحادة . وفي

نومضان المناعي المباشر قد ترسب المعقدات المناعية (IgG ، C₃) على الغشاء القاعدي وفي جدر الأوعية .

المسار : تظهر آفات هذا المرض وتختفي بشكل مستمر خلال أسابيع أو شهور أو حتى سنوات وفي بعض الحالات ، قد تحدث حطاطات نزفية حادة فجأة بالإضافة إلى نكس الآفات المزمنة .

المضاعفات العامة غائبة ، ومع ذلك يوجد لدى المريض أحياناً اضطرابات نفسية بسبب استمرار الآفات شهوراً أو حتى سنوات .

وقد لوحظ أيضاً انتقال عارض لهذا المرض إلى النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة (PLEVA) حتى بعد العلاج الضوئي الكيميائي (بوبا) .

الإنذار : يوضع الإنذار مع التحذير إلى أن شفاء الطفوح المزمنة يتطلب شهوراً أو سنوات ، أما انتقال الإصابة إلى المنفوما الجلدية الخبيثة فنادرة جداً ، ولكن ذكر ترافق المنفوما مع نظير الصدف النقطي .

التشخيص التفريقي : تبدي الآفات في الصدف النقطي والصدف الحزازاني تشابهاً مع الآفات الحطاطية الوسفية في النخالية الحزازانية المزمنة ، ويعبر عنها بطفوح وحيدة الشكل ، ويمكن تمييزها من خلال ظاهرة الصدف . وهذا ينطبق على الحزاز المسطح أيضاً (إصابة مخاطيات الفم) . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الطفحة الإفريقية الحطاطية الوسفية في الإفريقي الثانوي عند البالغين (التفاعلات المصلية) . وعلى أية حال ، يبدي الإفريقي عموماً طفوحاً متائلة الشكل وآفات على المخاطيات .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى جرعات عالية من البنسلين الفموي (٣ - ٤ X ١٠ وحدة من البنسلين ف البوتاسيوم ٢ - ٤ مرات يومياً لمدة ٢ - ٤ أسابيع) . وينصح بإعطاء التتراسكلين أو الاريترومايسين أيضاً . ويوجد للستيروئيدات ، بجرعات معتدلة (٢٠ - ٤٠ ملغ بردينزولون أو ما يعادله يومياً عند البالغين) ، تأثير عابر موقف للمرض . ومن الأهمية بمكان علاج البثور الخمجية ، وقد يكون الدابسون أو الميتوتركسات فعالين بجرعات منخفضة .

المعالجة الموضعية : رهيات من الستيروئيدات ، وينصح بتشميع الجسم بكامله بالأشعة فوق البنفسجية ب (UVB) ، ويمكن لأشعة الشمس أن تحدث تراجعاً في الطفح . كما يؤدي العلاج الضوئي الكيميائي الفموي (بوبا) إلى شفاء الطفح كما في

الصدف . ولسوء الحظ غالباً ما يكون تأثيره منبط للمرضة فقط .

ويجب أن يُجرى العلاج بالتشميع بحذر كي لا تثار الهجمات الحادة ، وقد توقف المداواة بالمناخ (الشمس والبحر) سير هذا الداء أيضاً .

النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة Pityriasis [Mucha Lichenoides et Varioliformis Acuta
[Habermann 1925 ، 1916]

المصادفات : متلازمة موشى - هابermann ، نظير الصدف النقطي الحاد .

التعريف : هذا المرض سيره حاد أو تحت حاد وأسبابه مجهولة ، ويتظاهر على شكل آفات حطاطية نخرية ونزفية . ويختلف شفاؤها ندبات حماقية الشكل تعزى إلى النخر البشري الأدمي .

الحدوث : حدوثه أكثر ندرة من النخالية الحزازانية المزمنة .

الإمراض : قد ينجم هذا الداء عن التهاب أوعية نخري سطحي يشار بالأرج الخمجي أو بالأرج الدوائي أو يشار بالحمات الراشحة ، ولوحظ ترافقه بداء المقوسات المكتسب . ويفصل كثير من الباحثين هذا المرض عن النخالية الحزازانية المزمنة نتيجة للالتهاب الوعائي . بينما ينظر الآخرون إليه على أنه نوع مترقي حاد من النخالية الحزازانية المزمنة ، وفي رأينا (المؤلفون) أن الفصل بين هذين المرضين ليس له ما يبرره .

الموجودات السريرية : تحدث الهجمة الأولى للمرض إما عفواً أو بعد أخماج حمية حادة ، ويميل هذا الداء لإصابة الجذع . ويظهر الطفح المستمر من الآفات الحمامية الوسفية والحويصلية النزفية والحطاطية النخرية خلال أسابيع وبشكل غير منتظم ويكون ثنائي الجانب ، ثم يشفى تاركاً ندبات صغيرة حماقية الشكل .

وصف ديفوس Degos وصحبه النمط النخري التفرحي النادر ، والذي يظهر بشكل عفوي أو كظاهرة حادة للنخالية الحزازانية المزمنة على شكل طفح من التفرحات النزفية المؤلمة ويرافقها حمى ودعث شديدين (راجع الشكل ١٤ - ٤٠) .

الأعراض : الأعراض العامة غائبة عادة ، غير أن الحمى ترافق الإصابة أحياناً ، أما الحكمة فغير شائعة الحدوث ، وقد تكون الآفات الحطاطية النخرية مؤلمة .

التشريح المرضي النسيجي : ترافق الموجودات النسيجية مع تلك الموجودات في النخالية الحزازانية المزمنة ، ويكون التهاب

باللمفوما أو بداء هودجكين .

نظير الصدف اللويحي - النمط السليم صغير اللويحات
Parapsoriasis En Plaques - Benign Small -
: Plaque Type

المرادفات : نظير الصدف اللويحي (بروك) - نمط البور الصغيرة ، الأحمرة الصفراء الثابتة ، نظير الصدف الأصبعي الشكل ، التهاب الجلد السطحي المزمن ، الجلاد الأصبعي .

التعريف : هو مرض التهابي مزمن تظاهراته السريرية مميزة ولا يميل للشفاء العفوي .

الحدوث : نادر نسبياً ، ويصيب الكهول الذكور بشكل رئيسي .

الأسباب : مجهولة ، ويذكرنا سريرياً ونسجياً بالإكزيمات ولكنه لا يستجيب للمعالجة .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٤١) يبدأ المرض بآفة وحيدة أو آفات متعددة صغيرة وسفية نخالية الشكل ، حمراء مصفرة أو وردية فاتحة اللون ، ثم تتكامل تظاهراته السريرية تدريجياً . وتظهر على الأطراف وجانبي الجذع بقع صغيرة مدورة إلى بيضوية إلى أصبعية ، قطرها أقل من ٥ ملم عادة ، وتساير أتلأم الجلد في توزيعها . وقد تحدث هذه الآفات في الكهول الذكور على الأوجه الانقباضية للمساعدين حصراً ولمدة سنوات ، ولكنها أقل شيوعاً على الساقين . ولا تصاب الراحات والأخصان والوجه . وتكون الآفات في البداية منفردة وقد تتصل ببعضها لتشكل بؤراً كبيرة أو آفات تشبه الشريط .

خواف هذه الآفات مقطوعة غالباً ، غير أن حدودها قليلة الوضوح . يتبدل لون اللويحات المنعزلة الصغيرة ، فقد يكون وردياً مصفراً فاتح اللون تارة ، أو أصفر أو أحمر مصفراً تارة أخرى (الأحمرة الصفراء الثابتة) . وقد تأخذ اللون البني أحياناً . ولا تترافق أبداً بارتشاح أصبعي أو بأي احمرار شديد . ويبدو سطح الآفات وسوفاً دقيقة نخالية الشكل . وقد يظهر تحزز كاذب بالتقاء خطوط الجلد ، وإذا دفعنا الآفة بإصبعين ، فإن ثباته تشبه ورق لفافة التبغ ، كما في الجلد الضموري . وهذا الضمور كاذب بسبب غياب تبدلات الضمورية النسجية الموافقة .

الأعراض : الأعراض الشخصية غائبة عادة ، والحكة خفيفة أحياناً .

التشريح المرضي النسيجي : لا توجد تبدلات نسيجية نوعية ،

الأوعية باللمفاويات أكثر هذه الموجودات ظهوراً . كما تبدي الشعيرات تورماً في البطانة ، وتسرب الخلايا وحيدة النوى وفيها كثير من اللمفاويات T الكابتة T-Suppressor . والتي توجد بأعداد كبيرة في الشعيرات وما حولها ، وتترافق بانسلاسل محدود للكريات الحمر التي تتواجد في مناطق بؤرية داخل البشرة . وفي الحالات الأكثر حدة ، تؤدي الوذمة بين الخلايا وداخلها إلى تنخر وتنكس شبكي ، وقد يحدث التآكل أو التقرح خلال الشفاء الثانوي .

المسار : لا يمكن التنبؤ بسير الإصابة ، فقد يشفى المرض بعد نكس لمرة واحدة أو بعد نكسات متعددة وخلال بضعة أسابيع . وفي حالات أخرى ، قد تتحول الإصابة إلى نخالية حزازية مزمنة بعد تناقص فاعليتها ، ويعتمد حدوث التبدلات الحماقية الشكل على عمق النخر الناجم عن الالتهاب النخري وعن التهاب الأوعية .

التشخيص التفريقي : قد يذكرنا هذا المرض بالحماق ، وإن الطفح عديد الأشكال ، وغياب إصابة المخاطيات ، والغياب الكامل للأعراض العامة ، جميعها تستبعد الحماق . ويجب أن تؤخذ الطفوح الدوائية بعين الاعتبار .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تشارك الصادات واسعة الطيف بجرعات قليلة من الستيروئيدات القشرية ، وتوقف الأدوية الأخرى ، مع الانتباه إلى الأحمال البؤرية المزمنة ، كما يمكن تجربة أملاح الذهب في المعالجة .

المعالجة الموضعية : تطبق رهيئات من الستيروئيدات ، ودهونات الزنك ، ويمكن التجربة الحذرة بتشعيع كامل الجسم بالأشعة فوق البنفسجية ب (UVB) أو المعالجة الضوئية الكيميائية القموية (بوبا) .

نظير الصدف اللويحي Parapsoriasis En Plaques
[1897 Brocq]

المرادفات : داء بروك ، الأحمرة النخالية اللويحية المنتشرة (بروك) ، التهاب الجلد السطحي المزمن (Dowling) .

التعريف : مرض مزمن لا يميل للتراجع ، ويتصف بلويحات وسفية نخالية الشكل حمراء مصفرة وتصيب الجذع خاصة .

تنشأ الصعوبات في تصنيف هذا المرض عن حقيقة أنه يأخذ سيراً سليماً مع وجه العموم ، ولكن وصفت حالات منه تتطور إلى فطار فطرائي Mycosis Fungoides ، وقد أبدى بعض المرضى آفات مبكلة Poikilodema وضمورية تحولت أخيراً إلى لمفوما خبيثة أو إلى فطار فطرائي ، كما لوحظ ترافقها

وعلاوة على ذلك ، يلاحظ وجود علامات تتوافق مع إكزماتيد من شواك عابر ، وخطل تقرن بؤري ، وتسفنج خفيف محدود وتسرب خلوي في البشرة بالإضافة إلى ارتشاح خفيف حول الأوعية في الأدمة العليا تسوده اللمفاويات ونساجات . بينما تغيب خلايا الفطار الفطراتي (خلايا سيزاري) من الرشاحة .

السير : مرض مزمن جداً ولكنه سليم ، تحسن الآفات في نصف غالباً ، ويعزى ذلك إلى التشعيع الشمسي . وقد يستجيب للمداواة بالستيروئيدات الموضعية أيضاً . غير أن الآفات ترجع حالما يوقف العلاج ، وغالباً ما يستمر المرض سنوات أو عقوداً ، بينما تشفى الآفات عفويّاً في بعض الحالات .

التشخيص التفريقي : يدخل التهاب الجلد المني في التشخيص التفريقي عندما تتوضع آفاته على الجذع ، كما يلتبس مع التظاهرات الأولية لالتهاب الجلد الجاف اللازمي التي تصيب الأطراف . وعلى أية حال ، فكلاهما يستجيب كثيراً للعلاج بالستيروئيدات الموضعية وإن تفرقه عن نظير الصدف اللويحي كبير اللويحات هام جداً باعتبار الأخير تظاهرة أولية للفطار الفطراتي التي تخفي ذاتها في صورة سريرية يذكرنا بنظير الصدف اللويحي . وإذا لم توجد أية علامة سريرية على ارتشاح الآفات أو دليل نسجي على الفطار الفطراتي ، فيمكن أن نفترض أنه نظير صدف لويحي . وإن تكرار الخزعات يمكن أن يؤكد التشخيص التفريقي عند الضرورة .

المعالجة : غير مرضية عادة ، ولستيروئيدات الموضعية أو الجهازية تأثير مثبط للمراضة فقط . وإن تشعيع كامل الجسم بأشعة الشمس (المداواة بالناسخ على شواطئ البحر) ، والتشعيع الصناعي بالأشعة فوق البنفسجية ، والعلاج الضوئي الكيميائي (بوبا) تؤدي جميعها إلى تحسن الآفات وتراجعها غالباً ، ولكنها لا تحدث شفاء نهائياً . وإذا وجدنا استعداد لنقص الإفراز الذمهي فيجب تجنب المنظفات ، واستعمال كل من الزيوت والمزلاقات بعد غسل الجسم أو الاستحمام وهو أمر ضروري جداً .

نظير الصدف اللويحي – النمط الالتهابي كبير اللويحات
Parapsoriasis En Plaques – Large – Plaque
: Inflammatory Type

الملاحظات : نظير الصدف اللويحي السابق للحبثة .

التعريف : يتميز الطور قبل الفطار الفطراتي ببعض المظاهر السريرية من نظير الصدف اللويحي .

الحدوث : هذا الشكل نادر ، ويميل لإصابة الذكور في أواخر العمر .

الإمراض : يترافق نظير الصدف اللويحي من النمط كبير اللويحات بتبدلات نسجية تقترح الفطار الفطراتي . وتسبب الأدوية كمشتقات الميكانتولين مثل هذه التبدلات .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٤٢) . يبدأ هذا المرض عادة بوضع لويحات النهاية كبيرة ذات توزع غير منتظم ، تكون بعض هذه اللويحات غريبة جداً في شكلها ، ويحيط بها مناطق من الجلد الطبيعي . أما حدودها مع الجلد الطبيعي فواضحة غالباً .

تبدو اللويحات حمراء اللون بشكل واضح ، ومختلفة في ارتشاحها وذات وسوف دقيقة نغالية الشكل ، بينما تكون صفة الضمور الكاذب ، التي تتواجد في آفات نظير الصدف اللويحي النمط السليم صغير اللويحات ، غائبة في هذا الشكل . وتحدث لويحات أكبر من السابقة خلال تطور الإصابة ، وتصبح مرتشحة ومتسمة أخيراً . ويسهل تشخيص الفطار الفطراتي سريرياً في هذه المرحلة الارتشاحية .

لا يوجد مكان محدد للإصابة ، ولكن الجذع والناحية الأليوية والأقسام الدانية من الأطراف تصاب غالباً ، كما تندر إصابة الوجه والمخاطبات .

الأعراض : تترافق الإصابة بحكة غالباً ، تزداد شدتها في سير الإصابة . ويمكن أن يظهر تسحج وحمج ثانوي وتخزز نتيجة هذه الحكة .

التشريح المرضي النسجي : التبدلات النسجية المرضية لهذا المرض غير نوعية أو تتوافق مع الفطار الفطراتي . وقد يتطلب إجراء خزعات متعددة من الجلد لإثبات الفطار الفطراتي . يلاحظ وجود ارتشاح تحت البشرة في الأدمة العليا بالخلايا اللمفاوية غالباً وتميل الخلايا المنفردة للتسرب البشري كما في التجمعات الخلوية أو في خراجات بوترية وتوجد أحياناً أشكال نووية دماغية الشكل كبيرة تذكرنا بخلايا الفطار الفطراتي أو خلايا سيزاري .

السير : مزمن جداً ، ويلاحظ زيادة بطيئة في حجم الآفات مع احتمال تحولها أخيراً إلى المرحلة الارتشاحية من الفطار الفطراتي . وقد يحدث الشفاء العفوي ، ولكن ميل اللويحات للتراجع قليل جداً .

التشخيص التفريقي : يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الأشكال الأخرى من نظائر الصدف اللويحية والصداف الشائع . تكون آفات الصدف حمراء ساطعة ، ووسوفها بيضاء نموذجية ، كما

ترافقها آفات أخرى . وإن الإكزيمة المتحززة والسعفة الجسدية والجلد أمراض أخرى تدخل في التشخيص التفريقي أيضاً .

المعالجة : تحدث تأثيرات جيدة بالمداواة الضوئية الكيميائية (برفا) ، وتكون رهيمات ومراهم الستيروئيدات فعالة ضد الحكة . بينما يطبق الحردل الآزوتي الموضعي أو التشعيع في المراحل الأولية من الفطار الفطري .

نظير الصدف اللويحي - النمط المبكل كبير اللويحات **Parapsoriasis En Plaques - Large - Plaque** **: Poiklodermatous Type**

المرادفات : نظير الصدف اللويحي - النمط المبكل كبير البثور ، نظير الصدف الضموري ، نظير الصدف كبير اللويحات المبكلة .

إن بعض الحالات التي لخصت في هذا الشكل تكون مشخصة في مراحل باكراً كنظير الصدف الحزازاني (بروك) ، أو ضمور الجلد الوعائي المبكل (جاكوبي) ، أو نظير الصدف الضموري ، أو تبكل الجلد السابق للشبكات أو خطل التقرن المتغير .

التعريف : هذا الجلاد الالتهابي المزمن يشابه نظير الصدف اللويحي من النمط الالتهابي كبير اللويحات ، ولكنها تتحول بعد سنوات إلى آفات جلدية مبكلة . وتتطور بعض هذه الحالات خلال سنوات إلى الفطار الفطري أو إلى شكل آخر من لمفومات الجلد الخبيثة .

الحدوث : يحدث في كل بلدان العالم ، ولكنه نادر جداً ، ويبدأ في المرضي الكهول عادة .

الأسباب : مجهولة . وقد يكون مرضاً منفرداً ، أو حالة تنشأ عن أسباب مختلفة ، ويمكن أن يتحول تطورها البعيد إلى الفطار الفطري أو إلى لمفوما جلدية خبيثة .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٤٣) . تظهر بضع لويحات كبيرة قطرها ١٠ سم أو أكثر وتتطور ببطء ، وقد تشبه النمط الالتهابي كبير اللويحات في نظير الصدف اللويحي السابق للفطار بسبب الحمامي الالتهابية والتوسع البسيط نخالي الشكل ، أو إذا كان الارتشاح خفيفاً فإن نظير الصدف اللويحي يشبه شكل الفطار الفطري . وفي غضون ٢ - ٣ سنوات ومع ترايد ضمور الجلد تظهر الشعيريات المتوسعة والنقص في التصبغ وفرط التصبغ الشبكي . ويذكرنا تبكل الجلد بالتهاب الجلد الشعاعي . فالجلد متفصن ورقيق كورقة لفافة التبغ ، أما التصلب فغائب . ولقد وصفت حطاطات حمراء صغيرة ذات مظهر حزازاني جزئياً رافقت هذه التبدلات في الجلد أيضاً .

وتشكل مناطق الإصابة المفضلة بؤراً مميزة وغير متناظرة وكبيرة على الألبتين والوركين والمناطق الأخرى من الجذع .

الأعراض والسير : تبقى اللويحات ثابتة لا تتبدل عدة سنوات ، وقد تسبب حكة أو شعوراً بالألم أحياناً بسبب جفافها وخاصة في الطقس البارد . ثم يظهر الارتشاح والمظهر النسجي للفطار الفطري أو اللمفوما الجلدية الخبيثة بعد عدة سنوات ، وحينئذ تصبح الحكة أكثر شدة .

التشريح المرضي النسجي : تبدي الإصابة التهاب جلد مزمن غير نوعي ، أو تبدي تبدلات تشير إلى الفطار الفطري من تمسرب خلوي وخراجات بوترية Pautrier الدقيقة وأرومة الخلايا اللمفوانية ، ويحدث ضمور الجلد أخيراً .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي كل من تيكلات الجلد الولادية ، التهاب الجلد والعضل والذئب الحمامي أيضاً .

المعالجة : كما في نظائر الصدف اللويحي النمط الالتهابي كبير اللويحات ، ومن المهم إجراء الفحوص السريرية المنتظمة والخزعات المتكررة لتشخيص التحول الباكر إلى الفطار الفطري أو إلى اللمفومات الجلدية الخبيثة الأخرى .

خطل التقرن المتغير Parakeratosis Variegata **[Unna, Santi and Pollitzer 1890] :**

المرادفات : نظير الصدف الحزازاني (بروك) ، الحزاز المتغير (كروكر ١٩٠٠) .

التعريف : جلاد التهابي مزمن وغير قابل للتراجع يتظاهر على شكل حطاطات حزازانية خطية أو شبكية الشكل وأخيراً ترك ضموراً شبكي الشكل .

الحدوث : هذا المرض نادر جداً ، وقد يكون سيره سليم كما في الشكل الشبكي للنخالية الحزازانية المزمنة . وقد يخضع للتحويل إلى فطار فطري خلال سنوات من سيره . ويفسر خطل التقرن هذا كنوع من نظير الصدف اللويحي النمط المبكل أو كمرحلة سابقة للفطار بشكل رئيسي . ومن خلال خبرتنا (الكلام للمؤلفين) نقول إن لخطل التقرن المتغير كيان متميز .

الموجودات السريرية : تحدث التظاهرات السريرية في هذا الجلاد ، والتي تشبه تلك التظاهرات في نظير الصدف اللويحي - النمط المبكل ، على القسم العلوي من الجسم . وتشكل الطفوح الحزازانية الصغيرة جزءاً من الصورة السريرية . وتأخذ هذه الطفوح تدريجياً شكل آفات شبكية أو خطية أو حلقة تمل للاتصال مع بعضها ، وتحيط بها شبكة من الجلد السليم .

وفي هذا المرض ، كما في الحزاز المسطح ، لا تلاحظ
تضاربات القموية ولا توجد تبدلات ظفرية من نمط الحزاز
سطح أيضاً .

الأعراض : لا توجد أعراض عامة لهذا الجلاد ، بل يلاحظ
قط نزوع لجفاف الجلد والحكة فيه غائبة ، والسير مزمن
جداً ، كما لا تبدي الآفات استجابة طويلة الأمد بالعلاج
موضعي .

التشريح المرضي النسجي : في هذه الإصابة ، كما في نظير
تصدف اللويحي من النمط المبكّل كبير اللويحات ، يلاحظ
ضمور البشرة ورقتها في بضعة طبقات خلوية وخلل تفرق بقعي ،
وتنكس غمقي في طبقة الخلايا القاعدية . وتبدي رشاحة الخلايا
الانتهائية تسرباً خلوياً ، تسيطر فيها للمفاويات والناسجات .
كما يحدث سلس في الصباغ يرافقه حاملات من الملائين عديدة
في الأدمة العليا ، وتوسع وعائي ملحوظ . وتذكرنا هذه الحالة
بالحزاز المسطح الضموري . وعندما يتوضح الانحياز البشري
لرشفة ، وتظهر خلايا الأرومة اللمفية الشاذة ، يكون
تشخيص الفطار الفطري في بدايته واضحاً .

السير : مزمن وأكثر من سنوات أو عقود ، والإنذار غير محدد
بسبب حقيقة أن هذه الحالات قد تتحول إلى لمفوما خبيثة .
وقد يحدث ايضاً لمفاوي أيضاً ، ويتطلب في هذه
الحالة العناية السريرية ومتابعة إجراء الخزع .

المعالجة : تراجع هذه الآفات نادر جداً . ويتألف العلاج من
المزلقات والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ، تقلل
الستيروئيدات من الأعراض لبرهة من الزمن . وإن الخيرة قليلة
عن تأثيرات المداواة الضوئية الكيميائية (بوبا) أو المداواة
بالأشعة الالكترونية . ويشك دوماً بالآفات المرتشحة على أنها
فطار فطري ، وقد تستجيب للمداواة بالأشعة السينية اللينة .

الأحمرية (احمرار الجلد) Erythroderma :

الأحمرية هي احمرار التهاوي عام وتوسع في الجلد . وعلى
وجه العموم ، لا يحمر الجلد بالالتهاب فقط بل بالارتشاح
والتسكك المتبدلين أيضاً . وقد يكون التوسع صفيحياً أو أكثر
في الأحمرية السمية الحادة ، بينما يكون صدافياً أو نخلي
الشكل بشكل رئيسي في الأحمرية المزمنة . ومن الأهمية بمكان
ألا يوضع للأحمرية تشخيص سريري إلا عندما تشمل الإصابة
الجلد كله من الرأس إلى القدم . وقد تكون المناطق الصغيرة من
الجلد السليم ميزة تشخيصية تفريقية هامة (مثال : الفطار
الفطري ، النخالية الحمراء الشعرية) .

الفيزيولوجية المرضية : تحدث الأعراض العامة بسبب التهاب

الجلد المعم واضطرابات التفرق . وإن توسع الأوعية الدموية
وازدیاد جریان الدم عبر الجلد يؤديان إلى زيادة فقد الحرارة ،
ويبدو هذا بشكل قشعريرة وإحساس بالبرد . وقد يحدث
انخفاض الحرارة حتى في الأحمرية المزمنة . وكذلك فإن البخر
المائي المرتفع المتكرر (زيادة التعرق غير المحسوس) قد يسبب
تجفافاً .

تبلغ كمية فقد البروتين في شكل وسوف متوسطة
١٠ غ/م^٢ من سطح الجسم يومياً ، مما يسبب أعراض عوز
البروتين ويتجلى نقص بروتين الدم النموذجي في نقص الألبومين
وزيادة نسبة الغلوبولينات وخاصة غاما غلوبولين . وقد تصيب
الأحمرية الحادة والمزمنة النسيج الفعالة في انقسامها الفتلي
كالأشعار والأظافر ، ويلاحظ فقد الأشعار المنتشر وفقد
الأظافر أيضاً . كما يحدث تردٍ متري في الحالة العامة خلال سير
الأحمرية المزمنة تتجاوز الشهور ، بينما يموت بعض مرضى
الأحمرية رغم العلاج الحذر .

أشكال الأحمرية : التشخيص التفريقي للأحمرية سريرياً سهل
من الناحية الشكلية ، ولكن الأسباب قد تكون غير جلدية ،
ولقد تم تمييز الأحمرية البدئية والثانوية واحدة عن الأخرى .

الأحمرية البدئية : وتظهر في الجلد الطبيعي غير المتبدل وخاصة
في الأحمرية التي تعزى للتأثيرات الجانبية للأدوية ، أو في
الأمراض الدموية ، أو في لمفومات الجلد الخبيثة .

الأحمرية الثانوية : وتظهر خلال تعمم الجلادات عند المرضى
كالإكزيمة ، والصداف ، والنخالية الحمراء الشعرية أو الحزاز
المسطح . وعلى أية حال ، بدأ حالياً يقل استعمال هذا التقسيم
رويداً رويداً .

الأحمرية في الطفولة :

تندر الأحمرية في الرضيع أو في أطفال المدارس ، وبالتالي
يكون التشخيص التفريقي واسعاً وصعباً . ويجب أن تؤخذ
الأسباب المحتملة التالية بعين الاعتبار :

- الأحمرية الولادية (السماك الولادي ، الطفل
الكولوديني ، الأحمرية سماكية الشكل الولادية) .
- الأحمرية التوسفية .
- الأحمرية في أدواء المبيضات المعم .
- التهاب الجلد التوسفي الطفلي .
- انحلال البشرة النخري الانسمامي (متلازمة لايل) .
- الإكزيمة التأتبية (التهاب الجلد العصبي المنتشر ، الإكزيمة
داخلية المنشأ) .
- الصداف الشائع .

– النخالية الحمراء الشعرية .

الأحمرية لدى الكهول :

وتسمى أيضاً الأحمرية التوسفية السمية ، وتحدث هذه الأحمرية بشكل حاد ، ومن الشائع حدوثها بالأدوية الجهازية . ولقد وصفت الأحمرية السمية خلال المعالجة بالسلفوناميدات ، أدوية السكري ، البوفازون ، ومركبات الذهب ، والإيزونيازيد ، والهيديانتوثين ، والبنسلين ، والزرنيخ أو مضادات الملاريا .

يظهر الطفح الدوائي القرمزي أو الحصبوي الشكل خلال العلاج أولاً ، ويبدو على شكل احمرار التهابي معمم حاد . وأخيراً يظهر توسف الجلد الصفاحي ، ويسبق ظهوره تشكلات حويصلية أو نفاطية أحياناً .

يتوافق ظهور التظاهرات الجلدية بدعت شديد ، وحمي وقشعريرة ، وقد تسبب الأحمرية السمية الموت من خلال القصور الدوراني أو الإصابة الكبدية أو الكلوية . وحالما تظهر النفاطات ، يجب أن ينظر إلى احتمال تطور الإصابة إلى متلازمة لايل المحدثة بالأدوية (انحلال البشرة النخري السمي ، متلازمة الجلد السمطي) . وقد تظهر الأحمرية الحادة خلال تعمم التهاب الجلد التماسي الأرجي الحاد أيضاً ، وبالتالي تتميز الصورة السريرية بالنز والجلبيات (راجع الشكل ١٤ – ٤٤) .

الإمراض : الأحمرية تفاعل أرجي شديد عادة ، وعلى الأغلب تفاعل سمي ، ويتشارك الحمج والأرج الدوائي في إحداث الأحمرية أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : تبدو تبدلات بشرية تسفنجية يعقبها خطل قرن وشواك خفيف في الأشكال الحادة . كما يشاهد ارتشاح التهابي حول الأوعية ، بينما تلاحظ وذمة واضحة في الأدمة الحليمية . وإذا حدث نخر بشروي ، وجب أن تؤخذ متلازمة لايل بالاعتبار .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : وتعطى الأدوية القلبية ، السوائل الكافية ، واستبدال الكهارل ، والستيروئيدات بجرعات عالية (٨٠ – ١٢٠ ملغ أو أكثر من البردينزولون أو معادلته) ، وإيقاف الأدوية الأخرى على قدر المستطاع .

المعالجة الموضعية : ويعتمد على شكل الآفات الجلدية ، وبودرة في السرير ، دهون الزنك ، علاج التآكلات برذاذ من الصادات أو بالإجراءات المطهرة إذا كان ذلك ضرورياً . وأخيراً ، زيت الزنك ، معاجين لينة مع مطهرات وصادات ، ورهيمات من الستيروئيدات موضعياً .

الأحمرية التي تعزى لتعمم الجلادات (الأحمرية الثانية) :

هذه الآفات ليست بنادرة ، وتظهر تالية لجلادات موجودة تمتد أخيراً لتصيب الجلد بكامله . وقد تفقد التظاهرات الشكلياتية السريرية المميزة للمرض البدئي فيصاب الجلد بالتهاب احمراري مرتشح توسفي معمم ، يميل لظهور تشققات مؤلمة وخاصة في مناطق الفوهات وثنيات المفاصل . ولا تتواجد نسجيات المرض البدئي في الأحمرية الثانية غالباً .

الإكزيمة والإكزيمة التأتية : إن تعمم الإكزيمة ذات الإمراضات المختلفة وتعمم الإكزيمة التأتية هي القاعدة الأكثر شيوعاً في ظهور الأحمرية . وقد يحدث تضخم بسيط في العقد اللمفية الإبطية والمغنية كالتهاب العقد اللمفية باعتلال الجلد (اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد) . وتكون الحكمة شديدة غالباً وقد تؤدي إلى حدوث تحديش منتشر وخمج ثانوي . وغالباً ما تشير التبدلات الظفرية الإكزيمة النموذجية إلى التشخيص الصحيح أيضاً .

الصداف : تأتي الأحمرية الصدفية في حدوثها بالدرجة الثانية بعد الأحمرية الإكزيمة ، بينما تميل الأحمرية المتشحجة الحادة للظهور في مرضى الصداف البشري المعمم ، وقد يتطور الصداف الشائع إلى أحمرية ثانوية إما عفوية أو نتيجة العلاجات الشديدة والمخرشة .

تختفي المظاهر النموذجية للمرض ، ويبدى الجلد المحمر الالتهابي الحاك بشدة توسفاً نخالي الشكل . وقد تساعد تبدلات الأظفار الصدفية كثيراً في التشخيص . ويتشارك حدوث الأحمرية الصدفية التي تستمر طويلاً مع القزامة أحياناً .

النخالية الحمراء الشعرية Pityriasis Rubra Pilaris : وتظهر الأحمرية في هذه الحالة من تطور النخالية الحمراء الشعرية لدى الأطفال أو الكهول . والعلامات الأساسية لهذه الإصابة عبارة عن جزر من الجلد السليم داخل الأحمرية الوسفية صدفية الشكل وذات اللون البرتقالي الفاتح . وتكتشف حطاطات قرانية نموذجية في حواف الإصابة غالباً .

الحزاز المسطح : نادراً ما تحدث الأحمرية في سير الحزاز المسطح ، قد يكون التشخيص صعباً جداً نتيجة تبدل الشكل السريري النموذجي للحزاز المسطح ، واختفاء آفاته الحطاطية . وبهنا وجود التبدلات النموذجية للحزاز المسطح في مخاطية الفم والأظفار .

الفقاع الورقي Pemphigus Foliaceus : قد تظهر الأحمرية في الفقاع الورقي وخاصة لدى الكهول . تبدأ الإصابة عادة على

نوجه ولأقسام العلوية من الجذع . ويكون التوسع فيها رصاً . وأحياناً تقشرياً أو عججياً . وتشير الآفات المتحلقة انتشرية إلى آثار النفاطات السطحية أحياناً .

غرب الترويجي : قد تظهر أحمرية معممة يرافقها حكة شديدة لدى المرضى الكهول المهملين أو غير المعالجين أو المرضى عديمين بعوز المناعة الثانوي ، كما في أخماج HIV . ويكون حمد فيها ملتباً ووسوفه جلية متمسكة وخاصة على اليدين . وأقدمين ، وتشخ في الأظفار أيضاً . وتترافق باعتلال العقد الحمية وفراط حمضات الدم عادة . وقد توجد قارمات الجرب Myriads of Mites داخل جلد المصاب وهي سهل إثباتها .

الأحمرات في الأمراض الدموية ولمفومات الجلد الحبيثة **Erythroderma in Hematological Diseases and** **: Malignant Cutaneous Lymphomas**

تظهر الأحمرية البدئية المزمنة في هذه الأمراض أحياناً ويرافقها تحرز شديد وحكة معممة . وإن الأحمرية السابقة لفسطار (Leredde) في الفطار الفطرائي معروفة جداً . وتُظهر متلازمة سيزاري نفسها على شكل أحمرية مزمنة مع تفاعل في لعقد اللمفية المعم أو دون هذا التفاعل . وقد تحدث الأحمرية أيضاً في الورام الحبيبي للمفاوي الحبيث ، وايضاض الدم لمفاوي ، وفي الأشكال المختلفة من ايضاضات الجلد الحبيثة . ويندر جداً حدوثها في ايضاض الدم النقوي .

تبدي هذه الأحمرات نسجياً إما رشاحات نوعية للمرض لأساسي أو علامات التهاب مزمن فقط . بينما توجد ارتشاحات نوعية في الفطار الفطرائي ، وفي لمفوما الجلد الحبيثة ، وفي متلازمة سيزاري أحياناً ، ويبقى التشريح المرضي النسجي خندي في الأمراض النقوية غير نوعي . وقد يفيد التلوين بكنورواسيتيت استراز Chloroacetate Esterase في وضع تشخيص . ويجب تقييم الأحمرية الدموية بإجراء الفحوص على ادم والعقد اللمفية ونقي العظم .

الأحمرية مجهولة السبب **Erythroderma of Unknown Cause**

في حوالي ٥٪ - ١٠٪ من المرضى لا يمكن تفسير سبب الأحمرية لديهم رغم الاستقصاءات الدقيقة . ومثل هذه الأحمرات ، وبشكل رئيسي في الكهول ، قد تتطور إلى فطار فطرائي أو إلى لمفوما جلدية خبيثة في المراحل الأخيرة .

أطلق على هذه الأمراض اسم الأحمرية من غط ويلسون - بروك أو التخالية الحمراء لهيرا . أما الآن فلا ينظر إليها كمجموعة مستقلة .

التشريح المرضي النسجي : ويتوافق مع سبب الأحمرية المحتمل . على أية حال ، وفي أطوار الأحمرية ، قد لا يكشف التشريح المرضي النسجي المظاهر المميزة للمرض المسبب ، وبالتالي يكون التشخيص النسجي أكثر صعوبة .

السير : باستثناء السير الحاد والمفاجيء أحياناً للأحمرات السمية التي قد تتطور إلى متلازمة لايل وتشفى سريعاً بعد التخلص من العامل المسبب . فإن السير في معظم الأحمرات يكون مزمناً منذ الهجمة الأولى .

الإنذار : يجب أن يوضع الإنذار بحرص شديد ، ويحدده المرض الأصلي بشكل أساسي ، فالأحمرات التي تظهر خلال تعميم الجلادات الأخرى هي أكثر استجابة من أحمرات الأمراض الدموية في معظم الحالات .

التشخيص : تشخيص الأحمرات سريراً ليس صعباً ، ولتقييم الأسباب ، ينصح بالإجراءات التالية .

القصة المرضية : يجب إعادة النظر بشكل دقيق في قصة المريض (الأحمرية الحادة ، الأحمرية المزمنة ، وجودها منذ الولادة ، الأدوية ، الجلادات ، التأتب ، الأرج القاسي) .

الموجودات السريرية : تبدلات مخاطية الفم في الحزاز المسطح ، تبدلات الأظفار في الصدف ، التحري عن قارمات الجرب في الجرب النزويجي .

الخزعة الجلدية : يجب أن تؤخذ الخزعة قبل البدء بالمعالجة وخاصة قبل أن تعطى الستيروئيدات ، ونحتاج لإجراء عدة خزعات من مناطق مرتشحة ومختلفة من الجلد .

حالة العقد اللمفية : ينجم اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد في كثير من الأحمرات عن تفاعل النسيج الملتب في الجلد ، فيحدث تورماً وخاصة في العقد اللمفية الإبطية والمغبنية . ويتطلب أخذ خزعة من العقد اللمفية في بعض الحالات ، وقد يكون هذا مهماً جداً في تشخيص الأمراض الدموية أو اللمفومات .

الاستقصاءات العامة : صورة شعاعية للصدر ، وصورة طبقية محورية للصدر CT Scan والبطن والحوض ، وتعداد دموي ، ومعايرة حديد الدم ، والرحلان الكهربائي المناعي أو خزعة من نقي العظم .

المعالجة : يوجه العلاج مباشرة للمرض الأساسي المسبب وبشكل رئيسي .

المعالجة موضعية : تطبق رهيمات من الستيروئيدات أو مراهم مزلفة ، ويجب أن تؤخذ بالاعتبار المعاجين اللينة أو زيت الزنك ، ولسائل كاستيلاني تأثير مفضل في الثنيات . وبالاعتد

على المرض الأساسي ، يجب أن يتم اتخاذ القرار فيما إذا كان العلاج سيجري بالمداواة بأشعة رُنتغن البعادي ، أو بالأشعة الإلكترونية ، أو بالمعالجة الضوئية الكيميائية الداخلية (بؤفا) أو بالعلاج بالستيروئيدات النفوذة جداً تحت ضماد بلاستيكي كيمي .

ومن المهم اتخاذ رؤية عميقة ينظر فيها إلى التبدلات في السوائل والبروتين والكهارل وتموجات حرارة الجسم أيضاً . ويجب أن يصرّف الاهتمام إلى توفير السوائل بمقدار كافٍ وتأمين الحرارة اللازمة أيضاً (زجاجات الماء الحار ، الدنارات الكهربائية) . وتلعب الإجراءات التبريدية دوراً مهماً أيضاً . ويجب تجنب البرودة والحرارة الزائدة . ويعتبر السيطرة على الحُمج الجرثومي الثانوي من الأمور الهامة أيضاً . وتجري الحمامات بإضافة زيت الحمام أو إضافة العوامل المضادة للالتهاب . وإن تطبيق المعاجين اللينة أو الدهنية أو الرهيمات بعد الحمام ذات تأثير مرغ .

الحزاز المسطح [Lichen Planus 1869 Wilson] :

المرادفات : الحزاز المسطح الأحمر Lichen Ruber Planus .

التعريف : الحزاز المسطح هو جلاد حطاطي التهابي غير معدٍ ، يتصف بمظهر سريري ونسجي نموذجي جداً ، ويسير متري تحت الحاد أو مزمن ، وتترافقه حكة شديدة ، ويصيب مخاطيات الفم أيضاً .

الحدوث : المرض شائع الحدوث نسبياً . ويصاب به حوالي ١٪ من جميع المرضى المعالين إلى العيادات الجلدية ، وتبلغ نسبة المراضة في السكان حوالي ٠,٠٢٪ . وللحزاز المسطح انتشار واسع ، ولا يوجد دليل مثبت ومحدد على دور العامل الوراثي .

وقد يترافق المرض مع B_2 ، B_3 ، A_3 - HLA و DR-1 ، وتتساوى نسبة الإصابة به في الجنسين ، ويصيب هذا المرض كافة الأعمار ، ويتظاهر في أكثر من ثلثي المرضى بين ٢٠ و ٦٠ سنة من العمر .

والحزاز المسطح جلاد هيج ، وفي طوره الطفحي ، قد يستتار ظهور الآفات الجديدة من هذا الجلاد وخاصة بالمثيرات الميكانيكية . ويدعى هذا بالتأثير المتأثر المتأثر الشكل Isomorphous effect (ظاهرة كوبنز) .

السيببات والأمراض : الأسباب مجهولة . ولكن يشك بالأنحاج بالحماض الراشحة لأن المرض يظهر متناظراً كما في الطفحية الحمجية . وفي بعض الحالات ، يتظاهر الحزاز المسطح مرافقاً لالتهاب الكبد بالحمة الراشحة . وليس ثمة دليل معين على

السبب العصبي والذي اقترح عند مرضى الحزاز المسطح المصابين بتكهف النخاع ، والتهاب الأعصاب المحيطي ، والشلل البصلي ، أو الحزاز المسطح الخطي . وقد اقترح المنشأ النفسي بالاعتماد على القصة المرضية في بعض الحالات ، يبدأ الحزاز المسطح بعد الرض النفسي الشديد (موت في العائلة ، الحوادث) أو حالات الكروب الأخرى (الهجوم بالقنابل في الحرب ، الشدائد المهنية) . ويبدو من المهم أيضاً أن الحزاز المسطح يميل للشفاء العفوي غالباً عندما يتعد المريض عن محيطه المعتاد بعضاً من الوقت . وعلاوة على ذلك ، لا نستطيع أن نستنتج من المشاهدات العديدة أن الحزاز المسطح مرض نفسي بدني بالتأكيد . وقد يثار هذا الحزاز بالأدوية أيضاً (وخاصة مضادات الملاريا ، أملاح الذهب ، الإيزونيازيد ، أو مركبات الزرنيخ العضوي) . واعتماداً على أسس الموجودات النسيجية والمناعية النسيجية ، يعتبر الحزاز المسطح أيضاً ظاهرة مناعية ذاتية ، باعتبار أنه يحدث مع التشمع الصفراوي ، والقشعية (Morphea) ، والذئب الحمامي ، وتفاعيل المضيف ضد الطعوم .

الموجودات السريرية : الحزاز المسطح مرض حطاطي نموذجي جداً . آفة واحدة متعددة الأضلاع قد تكون كافية للتشخيص أحياناً . ويشق اسم الحزاز من مظهره النموذجي الذي ينجم عن نموه من خلال تكس الحطاطات التي تشبه الحزاز الذي ينمو على الصخور والأشجار . يبدو الحزاز المسطح أولاً كحطاطة مكثرة قدها من ١ - ٣ ملم ، تحدها خطوط الجلد الطبيعية ولذلك تعدد أضلاعها . وهذه الحطاطة مقطوعة الحواف دائماً ومرتفعة ومسطحة وتلمع بشدة لانعكاس الضوء عليها (تألق حزازاني) . وتتركز الحطاطات البدئية في المركز أحياناً ، وقد تتصل الحطاطات المتجاورة ببعضها فتشكل بؤرة كبيرة ذات شكل مختلف .

تأخذ هذه الحطاطات اللون الأحمر الالتهابي في البداية ، غير أنه بعد بضعة أسابيع يميل لونها بشكل متدرج إلى اللون الأحمر المزرق ، وعندما تشفى هذه الحطاطات يصبح لونها بنياً (فرط تصبغ ثانوي) في أغلب الحالات . إن ظاهرة ويكهام Wickham المخططة (راجع الشكل ١٤ - ٤٥) ، ذات أهمية تشخيصية كبيرة حيث توجد شبكة بيضاء حلجية دقيقة على سطح الحطاطات المسطحة وخاصة في الحطاطات المتكسمة . وتوضح خطوط ويكهام جيداً بزجاج المكبرة غالباً وخاصة بعد مسح الآفة بالماء أو الإكتريلين ، وأيضاً بالوسائل التي تزداد فيها شفوية الطبقة المتقرنة والمتسكة قليلاً ، وتعزى إلى تسلمك محدد في طبقة الخلايا الحبيبية التي تحوي القرنين الزجاجي أي فرط التحجب المحدد .

Little - . ويجب أن تفحص مخاطيات الفم والناحية التناسلية في الحالات الشبيهة بالثعلبة الكاذبة .

التبدلات التناسلية : تلاحظ الآفات على الناحية التناسلية عند الذكور في حوالي ٢٠٪ من الحالات ، والأكثر شيوعاً إصابة الحشفة . (راجع الشكل ١٤ - ٤٨) . وقد توجد بعض الحطاطات النموذجية والمحددة في الناحية . وفي معظم الحالات ، تشفى هذه الآفات مركزياً وتصبح حلقية مع ترقى محيطي (الحزاز المسطح الحلقي) . ولوحظت تبدلات مشابهة على جلد الصفن أحياناً . وعندما توجد هذه الآفات معزولة على الناحية التناسلية ، يشمل التشخيص التفريقي كل من الأمراض التالية : داء بوفن ، الحطاط التناسلي البوفاني ، التنسج الأحمر لكيرات ، أدواء المبيضات والإفرنجي الثانوي .

ويقل شيوع الآفات في الناحية التناسلية عند الإناث ، ويزداد التخطيط فيها أكثر من التبدلات المرافقة في مخاطية الفم .

التبدلات الشرجية : هذه التبدلات ليست نادرة ، ففي قمع الشرج يلاحظ وجود نماذج خطية أو تشجرية بيضاء قد تكون سبباً في الحكمة الشرجية المعننة ، وعندما تحدث الإصابة معزولة تضطر لتفريقها عن أدواء المبيضات وعن التبدلات الجلدية والمخاطية الأخرى التي تثير الحكمة الشرجية ، وقد ينصح بالخزعة .

تبدلات الأظفار : تتواجد تبدلات الأظفار في حوالي ١٠٪ من المرضى . هذه التبدلات ليست مميزة جداً في أغلب الحالات وتظهر على شكل تخطيط طولاني وتميل الأظفار لانشطارها وتبدو تنقرات صغيرة غير منتظمة (حثل ظفري) ، وتنقرات تحت الأظفار ، وزيادة في ضمورها تتجلى بقرتها وضياع الصفيحة الظفرية بكاملها (ضمور ظفري) . وقد يحدث حثل شديد في الأظفار .

أغاط الآفة :

الحزاز المسطح البؤري : تظهر لويحات صغيرة أو كبيرة في مناطق محددة من الجلد فقط ، يغيب فيها المظهر النموذجي للحزاز . وقد تتواجد الحطاطات المنعزلة المميزة على حواف الإصابة ، بينما تندر التبدلات في مخاطية الفم .

وينحصر هذا الشكل بمناطق محددة من الجسم ، ويميل لإصابة الساقين والعجز والجوانب الوحشية للعنق كما يصيب القضيب . وقد تأخذ الآفات شكلاً مخروطياً وتحدث فرطاً في التصبغ . ويمكنها أن تستمر لفترة طويلة ، وقد ترافقها حكة ملحوظة .

الحزاز المسطح الحلقي : تشفى مناطق واسعة من الحزاز المسطح

حزاز المسطح الطفحي *L. P. Exanthematicus* : لهذا النمط انقح من الحزاز المسطح سير تحت الحاد غالباً ، وتكون آفاته معزلة واضحة في البداية ، وتتلاقى بشكل بسيط فقط ، وتتوضع بشكل متناظر . تمثل هذه الآفات لتصيب السطوح الانعكاسية من مفاصل اليد والساعد والأقسام الجانبية من العنق ، وكذلك تصيب الأليتين والعجز والناحية الشرجية لتسمية والقضيب والكاحل . وتندر إصابة الفروة والوجه والراحتين والأخصيين . وقد تتعمم الطفحية بزيادة ضغط الصفع أو بالمعالجات المخرشة ، وفي الحالات الشديدة تتطور لإصابة إلى أحمرية ثانوية (راجع الشكل ١٤ - ٤٦) .

حزاز المسطح عند الكهول والمسنين : يتوضع هذا الشكل خص من الحزاز المسطح بشكل رئيسي على الجذع في منطقة تعجز والخاصرتين كالميدالية الكبيرة غالباً ، وتكون الحكمة فيه خفيفة جداً . وتميل الآفات الحطاطية لتأخذ اللون البني المحمر نداكن كنتيجة لفرط التصبغ الثانوي .

تبدلات في المخاطيات : تحدث هذه التبدلات في ٢٥٪ - ٢٧٪ من المرضى ولها أهمية تشخيصية كبيرة . يشاهد حزاز المسطح معزولاً في الفم والقسم الظاهر من الشفة أحياناً ، كما يمكن أن تحدث تبدلات مشابهة في الناحية التناسلية والشرجية . ويعتبر استمرار هذه التبدلات لفترات طويلة في مخاطية الفم واللسان كسوابق غير ثابتة للسرطانة . وقد لوحظ ظهور السرطانة أحياناً ، ولكنها تحدث في الآفات التقرحية أو التآكلية المزمنة عادة .

يختلف الحزاز المسطح في المخاطيات عنه في الجلد بغياب الحطاطات على المخاطيات . وتحدث خطوط ويكهام فقط على شكل نماذج أو حواف بيضاء مخططة ، أو شبكية أو شجرية أو تفرعية وتصيب تحسباً مخاطية الفم وصوار الشفتين . وغالباً ما تكون الآفات على اللسان لويحية الشكل أو خطية وتميل للضمور (غياب الحلقات اللسانية) .

وغالباً ما تحدث تآكلات مؤلمة في هذه الإصابة ، ولذا يسمى بالحزاز المسطح التآكلي في المخاطيات . ومن الأهمية بمكان تفريقه عن الذأب الحماسي ، والأرج التماسي للمواد البديلة ، وقرحات الاستلقاء ، وقرحات بدلات الأسنان والإفرنجي الثانوي . (راجع الشكل ١٤ - ٤٧) .

الحزاز المسطح في مخاطية الفم والحزاز المسطح الجريبي الخاص : قد تحدث هذه التبدلات معاً ، ولم يتضح بعد ما إذا كانت هذه الموجودات طارئة أو من الأعراض المرافقة ذات العلاقة الوطيدة بمتلازمة لاسيور - غراهام - ليتل Lassueur - Graham

في مركزها وتنادى في محيطها أحياناً ، فتحدث نماذجاً حلقية أو متحلقة .

الحزاز المسطح الخطي : هذا الشكل من الحزاز نادر . يظهر فيه طفق خطي ضيق من الحزاز المسطح ، وقد يمتد هذا الشريط من الإبط إلى الرسغ ، أو من المنطقة الأليوية إلى الكعب الأنسي ، ويتوضع بشكل نطاق أو قطعي أحياناً ، ويساير ظاهرياً قطعة عصبية واحدة . ويتضمن التشخيص التفريقي كلاً من الآفات التالية : الصدف الخطي ، الوحمة البشرية الانتهاية الخطية الثؤلوية ، الحزاز الخطي (المخطط) والتهاب الجلد الخطي .

الأشكال الخاصة : نتيجة التوضعات الخاصة للمرض ، ومدة حدوثه ، وتطوره البعيد ، تظهر أشكال خاصة ومتعددة من الحزاز تختلف عن الحزاز المسطح النموذجي .

الحزاز المسطح الجريسي Follicular Lichen Planus : ويحدث هذا الشكل مترافقاً بتظاهرات الحزاز المسطح النموذجي ، وتبدلاته في المخاطيات ومظاهره النسجية النموذجية أحياناً ، ولكنه قد يحدث لوحده غالباً .

يرتبط حدوث الحزاز المسطح الجريسي المتعلق بالجربيات الزهمية ، ويشكل حطاطات حمراء ، لينه ، بحجم رأس الدبوس وتكون منعزلة أو متكدة وتحمل فرط تقرن مؤنف محروطي الشكل (حزاز مسطح مؤنف Lichen Planus Acuminatus) ، وتولد هذه الآفات إحساساً بالحشونة . (الشكل ١٤ - ٤٩) تمثل الآفات الكبيرة المنعزلة حطاطات كثيفة أصغر في حجمها من الحطاطات النقطية الشكل . وغالباً ما يظهر تصبغ تدريجي في المناطق المصابة . وتتوضع الإصابة في الثنيات وأعلى الجذع ، والعنق ، والجانب الأنسي للفتحة ، والمنطقة العجزية ، بينما يتكرر وجود آفات متفرقة على مناطق واسعة . ويتركز التشخيص التفريقي بشكل خاص على الأمراض الحزازانية الأخرى (الحزاز الحثزري ، الحزاز الشعروي ، الحزاز الإفنجي) ، والصداف الحزازاني ، والنخالية الحمراء الشعرية .

الحزاز المسطح الجريسي على الفروة : ويحدث بشكل معزول أيضاً . وتترافق آفاته بوسوف ملتصقة ببعضها قليلاً ، وتؤدي إلى حاصة ندية كالحاصة الكاذبة التي وصفت أيضاً كحزاز مسطح جريسي حاص .

كما وصف ترافق الحثل الظفري بالحزاز المسطح الجريسي على الجذع والفروة كمتلازمة لاسيور - غراهام - ليتل (١٩٣٠) .

ويضم التشخيص التفريقي كل من التقران الشعري ، داء داريه ، الذأب الحمامي ، والحمامي التندية محجية المنشأ .

الحزاز المسطح الضخامي : تعتبر الجوانب الباسطة من حرف الظنبوب والبراجم المناطق المفضلة للإصابة بهذا الشكل من الحزاز . وتكون الآفات إما حطاطية عقيدية متفرقة ومتعددة أو تتظاهر على شكل لويحات سميكة بحجم الراحة . ويغطي الناحية فرط تقرن ثؤلوي 'شكل ومتسك ، ويتراوح لونه بين اللون البني المحمر إلى اللون الأحمر المزرق (الحزاز المسطح الثؤلوي) . تبدي الآفات أحياناً تورمات جريمية مرتفعة وبارزة وفرط تقرن بشكل الطباشير ، وتكون الحكمة شديدة جداً ، وتحدث الندبات بعد شفاء الآفات . وترافق هذا الشكل من الحزاز بقصور وريدي مزمن في سياق المرضي غالباً .

يضم التشخيص التفريقي كلاً من الحزاز البسيط المزمن ، الإكزيمة المتحززة ، الحزاز النشواني ، وأدواء البروتينات الشحمانية (راجع الشكل ١٤ - ٥٠) .

الحزاز المسطح العقيدي : يلاحظ في هذه الحالة حزاز مسطح عقيدي غير مألوف ومتشتر ، وسطحه متسك ومتقرن . ويدعو أن هذا لا يبرر استعمال عبارة الحزاز الكليل Obtusus ، لأن هذا الوصف استعمل في الأمراض الأخرى كبيرة العقيدات مثل الأكال العقيدي (هايدي) والتهاب الجلد العصبي العقيدي . ولذلك فإن كلمة الحزاز الكليل تعبير غامض ويجب تجنبه .

الحزاز المسطح الضموري : وتحدث فيه آفات قليلة فقط تتوضع على الأطراف السفلية غالباً ، وتترك الآفات في مكانها بقعاً ضمورية حدودها مقطوعة ، ولونها أبيض أو أزرق ، وعمقها ٢ - ٥ ملم تحت مستوى الجلد ، وتفقد فيها الأشعار وفوهات الجربيات الشعرية . ويمكن لهذه البقع أن تلتحم ببعضها لتشكل لويحات ضمورية يبيض حدودها واضحة . ومن الناحية السريرية ، تشبه المرحلة الأخيرة لهذه الحالة كلاً من الحزاز التصليبي الضموري والقشعية النقطية . والموجودات النسجية حاسمة في هذه الحالات .

الحزاز المسطح الفقاعي : وهذا نوع نادر جداً من الحزاز المسطح الذي يتحول إلى نفاطات (الحزاز المسطح الفقاعي) . وفي الحالات الشديدة توجد النفاطات لوحدها . وفي التشرح المرضي النسجي يلاحظ حدوث تنكس تمجي في طبقة الخلايا القاعدية . بينما في الحالات الأخرى ، تشاهد الحطاطات النموذجية والنفاطات معاً . وتصيب التبدلات الفقاعية البدئية مخاطية الفم وتؤدي إلى تآكلات مؤلمة أيضاً . ويمكن لكل من الفقاعي الفقاعي والفقاع الشائع أن يرافقا

حدوث الحزاز المسطح . كما ذكر ترافق الحزاز المسطح الفقاعي بالأورام المجموعية .

إن فصل التشخيص التفريقي لهذا الشكل من الحزاز عن لأمراض الفقاعية المدرسية والداء النشواني الفقاعي قد يسبب صعوبات عديدة . ويحسم التشخيص النسيجية والموجودات نسيجية المناعية .

حزاز المسطح التآكلي : ويتوضع هذا الشكل بين الأباخس وعلى القدمين ويعزى إلى التفاعلات الفقاعية التي تؤدي إلى تكتلات وتقرحات . ولا تميل هذه الآفات للشفاء ، وتتصف بثنائها الشديد . ويسهل التشخيص إذا ترافقت مع حالة تشبه خاصة الكاذبة على الفروة أو مع الحزاز المسطح في أي مكان آخر . ومن ناحية أخرى يساعد التشرح المرضي النسيجي فقط في تشخيصها ، بينما يتطلب الحزاز المسطح التقرحي طعوماً جندية .

الحزاز المسطح السفلي **Actinic L. P.** : في البلاد الإستوائية وشبه الإستوائية ، تحدث طفوح من الحزاز المسطح على شكل تظاهرات تشبه الحزاز المسطح الحلقي ، وتصيب بشكل خاص لأطفال وصغار الكهول . تسير هذ الإصابة بشكل تحت خاد ، وتميل للشفاء العفوي ، ومن المحتمل أن تثيرها أشعة شمس . ويأخذ على الوجه أحياناً شكلاً شبيهاً بالكلف ويسمى الحزاز المسطح الشبيه بالكلف **L. P. Like Melasma** .

الحزاز المسطح على الراحين والأخصمين : تسبب هذه تبدلات ، وخاصة إذا كانت معزولة ، صعوبات تشخيصية كبيرة . وتظهر على شكل بؤر حطاطية تقرانية أو حطاطية عقيدية تتوضع على حواف الأصابع وظفر اليدين . وتكون هذه التبدلات مكتنزة **Compact** جداً ومصفرة نتيجة انقتران . وتبدو بشكل أنفان يحيط بها حالة النهاية .

ويضم التشخيص التفريقي كلاً من الصدف الشائع ، ونشأليل ، والأنفان ، والتقران المسامي لميلي **Mibelli** ، والإفرنجي الثانوي ، وإكزيمة اليد المتشققة مفرطة التقرن ، أو تسعفة ذات النمط مفرط التقرن .

الأعراض : يترافق الحزاز المسطح الطفحي والأشكال الأخرى للحزاز المسطح بحكة شديدة ، وقد تكون هذه الحكة بسيطة جداً . فالحكة إذن ما هي إلا مزاج خاص ، لذا لا تتخرش هذه الآفات وإنما نعرض لذلك فقط ، ولا تشاهد علامات التخریش عادة . وعلى أية حال ، إذا حدثت التسحجات ، فيمكن أن تظهر حطاطات خطية من الحزاز المسطح تالية لهذا التسحجات كنتيجة لظاهرة كوبز . وقد تحدث الحكة أيضاً في

مناطق من الجلد خالية من الآفات (حزاز مسطح خفي) وتغيب فيه الموجودات السريرية المجموعية .

التأثير المتماثل الشكل **Isomorphous Effect** (ظاهرة كوبز) : من الشائع إيجاد دليل على ظاهرة كوبز . يظهر الحزاز المسطح مكان التخریش بالعوامل الخارجية (تسحجات) ، أو قد يحرض على بدايته كل من الأدوية أو السموم كالزرنیخ .

التشريح المرضي النسيجي : تكون التبدلات البشروية والرشاحة الانتهاية الشريطية تحت البشرة نموذجية . وتكون الطبقة المتقرنة مع البشرة الشواكية والمتسكة قليلاً سوية التقرن ويزداد عرضها قليلاً ، ونادراً ما تبدي جزراً معزولة من خلل التقرن . وتبدي الموجودات النسيجية النموذجية في خطوط (تخططات) ويكهام فرط تحب **Hypergranulosis** هنا وهناك . وإن الشواك التؤلولي في البشرة ، الذي يترافق بحملات بشروية أدمية حادة الشكل وفرط تقرن ، يزداد إلى حد كبير في الحزاز المسطح الضخامي . كما يوجد تنكس تيمعي في خلايا الطبقة القاعدية ، وهذا يفسر أيضاً تشكل النفاطات أحياناً . وتشاهد الأجسام الغروانية الزجاجية (أجسام سيفت) قرب الطبقة القاعدية ، ويتحرر المالانين من الخلايا القاعدية المتكسدة ، فبتلعه البالعات التي تتواجد في الأدمة الحليمية (سلس الصباغ الثانوي) . ولا تكون الحليمات الجلدية متطاولة ولكنها عريضة على شكل القباب . وتوجد تحت البشرة رشاحة لمفاوية ناسجة شريطية ، واضحة الحدود . وتختلف التبدلات بشكل ملحوظ في الأشكال الخاصة للحزاز ، ولذلك كان التشخيص صعباً أحياناً ، وهذا صحيح أيضاً في إصابة المخاطيات .

المسیر : مختلف ، فقد يكون حاداً أو تحت الحاد ويستمر ٦ - ١٢ شهراً . وقد يستمر سنوات إذا أصاب الأغشية المخاطية ، وخاصة في شكله التآكلي المؤلم . والحزاز المسطح الضخامي مرض مزمن يؤدي الشكل الجريبي منه ، إذا أصاب الفروة ، إلى حاصة ندية (الثعلبة الكاذبة) ، أما الانتقال من الشكل الطفحي إلى الأحمرية الثانوية فنادر جداً .

الإنذار : الإنذار جيد لعدم تأثيره بقدر ما يهم الحياة ، ويجب اتخاذ الحیطة بقدر ما يهمن الشفاء .

التشخيص التفريقي : ويعتمد على تظاهرات المرض . ففي الحزاز المسطح الطفحي تتواجد الآفات الحطاطية النموذجية وعليها خطوط (تخططات) ويكهام ، بينما تكون الطفحة الإفرنجية الحطاطية غير حاكه . وقد توجد صعوبات في تميز الحزاز عن الصدف النقطي . ويجب تفريق الحزاز المسطح

المسطح على المخاطيات ، تستعمل مراهم لاصقة من الستيروئيدات أو أقراصاً ستيروئيدية (بيتاميتازون) . ومن النصائح الجديرة بالاهتمام إجراء حقن الآفات موضعياً بمعلق بللوري من الستيروئيدات الممددة (تريامسينولون استينيويدي ١٠ ملغ/مل بتمديده ٤ إلى ٥ مرات بمصل ملحي فيزيولوجي أو بمخدر موضعي) .

المعالجة الموضعية تستعمل الستيروئيدات عموماً في علاج الحزاز المسطح ، وهذه الستيروئيدات ذات نتائج جيدة وخاصة إذا طبقت تحت ضماد بلاستيكي كتيب . ويجب أن يوجه الانتباه إلى تأثيراتها الجانبية موضعياً . والعلاج الموضعي بدهون الزنك بالإضافة إلى ١٪ من الفينول المعدل و ٢٪ - ٥٪ من المنظفات الكاربونية السائلة ذو تأثير جيد في الحركات العنيفة . وكذلك يفيد تطبيق معجونة الزنك اللينة مع القطران الفحمي الخام ٥٪ ، أو الإكتامول (> ١٠٪) . ويمكن تبديل العلاج القطراني بالستيروئيدات كل ١٢ ساعة بشكل متناوب . كما ينصح باستعمال التريتينين (فيتامين آ الحامضي ، حمض الريتينويك) موضعياً بتركيز منخفضة وبخدر في الآفات التآكلية المؤلمة الفموية . وتستعمل الغسولات الفموية المناسبة كعلاج مريح للألم .

تستخدم عصائب ضاغطة في الحزاز المسطح الضخامي للتخلص من الضغط المائي السكوني في مرض القصور الوريدي المزمن ، وتفيد في الوقاية من التخديش . وعلاوة على ذلك ، ففي كل الأشكال الثلولية والعقيدية للحزاز المسطح ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار استعمال الستيروئيدات على شكل مراهم ستيروئيدية (عصائب كيمي بلاستيكية) أو كحقن داخل الآفة بمعلق من التريامسينولون ، ويجب أن يجري الحقن كل ٢ - ٤ أسابيع .

الطفوح الحزازانية Lichenoid Eruptions :

المرادفات : الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح .

التعريف : تحدث كثير من الأدوية طفوحاً جلدية مشابهة جداً للحزاز المسطح الطفحي وحتى مماثلة له . ويطلق على الطفوح التي تحدث خلال إلقاء البرداء اسم الحزاز المسطح المداري أو التهاب الجلد الحزازاني المداري . وهذه الآفات تشبه الحزاز المسطح ، وقد تماثله في تبدلاتها على مخاطية الفم ، غير أن التبدلات على المخاطيات غائبة عموماً في الطفوح الحزازانية . وتظهر الآفات بعد عدة شهور على استعمال الدواء عادة . وتضم هذه الأدوية ما يلي :

— مضادات التهاب المفاصل (أملاح الذهب ، البنسلامين) .

الحريبي عن الإكزيمة الحريبية . ويتوضع الحزاز الحزري ، والحزاز الشعروي والحزاز الإفنجي ، على الجذع بشكل مجموعات غالباً ما تغيب فيها الحكمة . ويحدث الحزاز النشواني على حرف الظنوب حكة شديدة ، ولكنه يحدث حطاطات قرانية مصطبغة ، كما يجب أن يؤخذ بالاعتبار الطفح الحزازاني الذي تحدثه الأدوية أو مظهرات الأفلام الملونة . ويتظاهر الحزاز المسطح على مخاطية الفم بشكل شبكة دقيقة وليس بشكل لويحي . ولذلك فإن وجودها بشكل مستقل في الفم يؤدي إلى التباسها مع الطلاوان أو الطلاوان الوري الفموي في المرضى المجمعين بالحمى HIV ، أو بالبقع المخاطية في الإفنجي الثانوي وهذا غير مألوف . ويصعب أحياناً تفريق الذآب الحمامي التآكلي في مخاطية الفم عن الحزاز المسطح التآكلي الفموي .

المعالجة : قد يسبب علاج الحزاز المسطح صعوبات كبيرة ، ولم تقم الإجراءات العلاجية العديدة بشكل نهائي بعد . وتكون الآفات معندة جداً على العلاج أحياناً .

المعالجة الجهازية : ينصح بأدوية عديدة في علاجه كالمغادن (الذهب) ، والصادات (البنسلين ، الصادات واسعة الطيف ، الغريزوفولفين) ، ومضادات البرداء ، والفيتامينات وأدوية التدرن (الإيزونيايد) .

إن الأبحاث المراقبة في هذا المجال ناقصة عادة ، وليس واضحاً ما إذا كانت هذه الأدوية تسيطر فعلياً وبشكل أكيد على السير العقوي للحزاز المسطح . تقلل الستيروئيدات من الحكمة ، وتدعم تراجع الحزاز المسطح الطفحي أو تحت الحاد . وتبلغ الجرعة منها حوالي ٢٠ - ٤٠ ملغ بردنيزولون يومياً أو جرعات معادلة من الستيروئيدات الأخرى ولمدة ٣ أسابيع ، ثم تنقص إلى جرعات صيانة صغيرة لمدة عدة أسابيع .

ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار ، حقن معلق بلوري من التريامسينولون استينيويدي ٤٠ ملغ عضلياً . وينصح بحقن مدخر الهرمون الموجه لقشر الكظر (ACTH) ، كما ينصح بالمعالجة بمحض إيزونيكتينيك هيدرايد (٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً) حتى تراجع التظاهرات الجلدية .

ولا زال موضع تساؤل ومناقشة ما إذا كان للمركبات أو المهدئات (ميروباميت ، ديازepam ، أوكسازepam ، أوبيرامول) تأثير مفيد على آفات الجلد . وينبغي أن توصف مضادات الهستامين في الحركات الشديدة فقط .

وإن إعطاء الإيتريتينيت الريتينويدي العطري (٢٥ - ٥٠ ملغ/يومياً) أو إيزوترتينينون (٠,٣ - ٠,٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً) في الحزاز المسطح التآكلي في المخاطيات يبدو ذا فوائد قيمة . وفي الحزاز

الحدوث : يصيب الأطفال بين ٢ - ١٢ سنة ، ويكثر شيوعه بين الذكور ، وإضافة إلى ذلك ، غالباً ما ترافقه نخالية بيضاء أو علامات تأتبية أخرى ، ويحدث هذا المرض في أشهر الصيف عادة .

الإمراض : الأسباب مجهولة ، ويعزى إلى الفعل التخريشي للرميل (التهاب الجلد الرملي) ، ويتراقق باستعداد بنيوي لحدوث التفاعلات الحزازانية ، وإن الحدوث المتوالت لهذا المرض مع النخالية البيضاء على الوجه والجذع يتطلب الاهتمام بعلاقته بالإكزيمة التأتبية أيضاً .

الموجودات السريرية : يتظاهر على شكل طفح متناظر من حطاطات مسطحة منعزلة ونصف حلقية أو شوكية أو مدورة أو متعددة الزوايا ويتراوح قدها بين ١ - ٣ ملم ، وتتصف ببريق حزازاني ، وتظهر هذه الحطاطات على مفاصل الأصابع والساعدين وفوق المرفقين والركبتين وتصيب الوركين أحياناً .

تكون هذه الحطاطات حمرة قليلاً ويعزى ذلك إلى التهاب أو غياب التصبغ التام . وقد تتكدس في بؤر . ويمكن للتسحجات والتوسفات الدقيقة أن تحدث بشكل ثانوي كنتيجة للتخريش . أما التبدلات الحطاطية الحويصلية فنادرة ، والتظاهرات الالتهابية الشديدة غائبة دائماً .

الأعراض : تكون الحكّة غائبة أو أنها مجرد حكة خفيفة جداً ، ويتظاهر هذا المرض عادة كطفح حطاطي أبيض على جلد جاف .

التشريح المرضي النسيجي : التشريح المرضي النسيجي الأساسي في هذا المرض يشبه الإكزيمة ، إذ تلاحظ رشاحة لمفاوية ناسجة منعزلة في الأدمة الحليمية ، مع تسفنج بسيط ، وشواك ، وفرط تقرن .

المسار : قد ينكس هذا الداء وخاصة في الربيع والصيف . وغالباً ما يحدث شفاؤه نقص تصبغ يتراجع ببطء ، بما تغيب المضاعفات العامة .

التشخيص التفريقي : ويتضمن متلازمة الحطاطات الحويصلية على الأطراف الطفلية ، وتفاعلات الطفحة من النمط الحزازي ، والصداف الجريسي ، والحزاز اللاص . وتتميز جميع هذه الأمراض من خلال شكلها المختلف وتوضعاتها الخاصة ، كما ينصح بإجراء الاستقصاءات عن التأتب .

المعالجة : إن تطبيق رهيما من الستيروئيدات موضعياً وبتركيز منخفضة يكون فعالاً ، ولكن يجب تطبيقها فقط لفترة قصيرة . وكذلك فإن تطبيق المزلقات والعناية بالجلد بالحمامات بإضافة

- مضادات (ستربتوميسين ، تراسكلين) .
- مضادات السكري (تولبوتاميد ، سلفونيل يوريا) .
- مضادات الجذام (ثاني أمينو ثاني فينيل السلفون) DDS .
- مضادات البرداء (الكلوروكين ، هيدروكسي كلوروكين) .

- مضادات الذهان والمهدئات (فينوتيازين ، ليفومه برونزين) .

- المدرات (كلوروتيازيد ، هيدروكلوروتيازيد) .
- كينين ، كينيدين ، ميتيل دوبا - بروبرانولول .
- مضادات التدرون (حمض بارا أمينوساليسيلك ، حمض إيزونيكوتينيك هيدرازيد ، إيتامبوتول) .

وأحياناً قد يظهر فرط تصبغ يستمر لفترات طويلة أو تبدلات تشبه تبكل الجلد .

الإمراض : الأمراض في هذه الطفوح غير معروف بشكل محدد ، ولكن يحتمل أن يكون من التفاعل الرابع النمط الأرجي . وقد تحدث كاشفات الأفلام الملونة طفوحاً من نمط الحزاز المسطح . وكذلك وبعد التماس مع البارافينيلين ديامين ، تشاهد حطاطات حزازانية في مكان التعرض لهذه المادة على الساعدين واليدين ، والتي تذكرنا إلى حد بعيد بالحزاز المسطح . وقد يسبق التهاب الجلد الحاد هذا الطفح أحياناً ، بينما تغيب التظاهرات في مخاطية الفم . وتكون الاختبارات البقيعية بمركات بديلة للفينيلين ديامين إيجابية عادة ، كما يخضع مكان الاختبارات لتشكلات حزازانية أيضاً . وكذلك فقد تحدث الآليات الضوئية السمية طفوحاً حزازانية على الجلد المعرض للضياء .

المعالجة : من المهم إيقاف الدواء أو المادة الدوائية في كل أشكال الطفوح الحزازانية الشبيهة بالحزاز المسطح ، ويتوافق علاج هذه الطفوح مع علاجات الحزاز المسطح الذي يترافق بتبدلات إكزيمة مزمنة .

التهاب الجلد الحطاطي الفتوي Juvenile Papular Dermatitis :

المترادفات : التهاب الجلد الحطاطي الشبابي ، النخالية الصيفية على المرفقين والركبتين (Sutton 1956) ، الطفوح الحزازانية بالاحتكاك (ويسمان وسوتون ١٩٦٦) ، التهاب الجلد الرملي (Hjorth ورفاقه ١٩٦٧) ، التهاب الجلد بالترحل (دوبري ورفاقه ١٩٧٤) .

التعريف : مرض نادر غير مؤذ يصيب الأطفال ، يتصف بحطاطات حزازانية مخروطية الشكل على قاعدة التهابية قليلاً ، ويصيب التأتبين بشكل رئيسي .

زيت الحمام ومزلاقات الجلد بعد الاستحمام ، والاستحمام بمستحلب مائي زيتي يحدث تراجعاً في المرض .

التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي Acrodermatitis Papulosa Eruptiva Infantilis [Gianotti and Crosti 1955]

المرادفات : التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفلي ، داء جيانوتي - كروستي .

التعريف : هو مرض التهابي يصيب الأطفال ، ويحدثه الحمج بالتهاب الكبد ب عادة ويتميز بالثالوث السريري التالي :

- الطفح الحطاطي الحزازي .
- التهاب العقد اللمفية العديدة .
- التهاب الكبد ب واللايرقاني عموماً .

ويترافق أيضاً بحمّة أبشتاين - بار والحمات كوكساي دون علامات لالتهاب الكبد عادة .

الحدوث : يصيب الطفح الحاد الأطفال الذكور غالباً في عمر ٢ - ٦ سنوات ، وتوجد قصة لتلقيح ممنع قبل ١ - ٦ أسابيع من الطفح . وقد تسبقه بؤادر من التخمّة أو التهاب الخيشوم أو التهاب اللوزات أو نزلة وافدة . ومن ناحية أخرى لا توجد معلومات عن سوابق مرضية في بعض الحالات .

الإمراض : مرض خمجي تسببه حمّة التهاب الكبد ب أو حمّة أخرى وتُكشف مستضدات التهاب الكبد ب في كثير من الحالات خلال الحمج وبعد فترة طويلة من الإصابة . ويفترض حالياً أن هذا المرض ينجم عن خمج بدئي بحمّة التهاب الكبد ب ، أي أنه التهاب كبد حموي فترة حضائته طويلة ، ويكون باب الدخول عن طريق السيل المعدي المعوي أو المخاطيات . تبدي التظاهرات الجلدية صورية غير نوعية عن التهاب الأوعية اللمفية المزمن ، ومن غير المعروف سبب اختلاف التفاعل في الأطفال عنه في الكبار بعد التماس مع حمّة الكبد ب .

الموجودات السريرية :

التظاهرات الجلدية : بعد بؤادر غير مميزة من (إتهاك ، وحى ، وصداع) أو دونها ، تظهر على شكل هجمة واحدة حادة حطاطات حمراء النهائية متبجّة حزازانية جزئياً وغير حاكة ، وتتصل مع بعضها ولا تبدي ميلاً للنكس ، بينما تميل لإصابة النهايات مثل الوجنتين ، الإلّتين ، الأطراف ، ولا تصيب الثنيات المرفقية والمأبضية (راجع الشكل ١٤ - ٥١) .

اعتلال العقد اللمفية العديدة : يوجد بشكل منتظم التهاب عقد لمفية متعدد تفاعلي مع ضخامة بسيطة في هذه العقد .

ضخامة كبد : لا تثبت هذه الضخامة دوماً ، ويوجد عادة التهاب كبد بالحمات لا يرقاني يدوم بضعة أشهر حتى سنوات ، ونادراً ما يتطور إلى التهاب مزمن مستمر ، وقد يتطور أحياناً إلى التهاب كبد متري .

الموجودات المخبرية : سرعة التثفل طبيعية أو مرتفعة قليلاً ، بينما تبدي لطاخة الدم كثرة البيض واللمفيات ووحيدات Monocytoid عرّة (تدعى الخلايا الحموية Virocytes) . ويكشف وجود خلل في بروتين الدم التفاعلي (زيادة الغلوبولين ألفا ٢ ، بيتا ، وأخيراً غاما) ، وارتفاع ناقلات الأمين المصلية ، وسلبية البيلرويين . كما تكشف مستضدات حمّة التهاب الكبد ب HB_s - Ag في المصل . ويكون تفاعل بول بونيل (اختبار كثرة الوحيدات) سلبياً إلا في مرضى متلازمة أبشتاين - بار .

الأعراض : لا توجد حكة ، وقد تحدث حمّة خفيفة خلال الطفح .

التشريح المرضي النسيجي : يلاحظ التهاب أوعية تحت الحاد في الأدمة الحليمية أو في الأدمة الشبكية العلوية يرافقها وذمة وتفاعل حول الأوعية باللمفيات والناسجات غالباً ، أما تكسر الكريات البيض فقير موجود . وتتضمن التبدلات البشروية وذمة إسفنجية ، وتسرباً خلوياً بسيطاً ، وشواكاً ثانوياً ، وخلل تقرر ، وفرط تقرر بقعي .

المسار : السير حسن عموماً ، وتحدده التبدلات الكبدية عادة ، كما تشفى الآفات الجلدية وحيدة الشكل عفوياً دون أن تنكس بعد ٢ - ٨ أسابيع .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي كل من الأمراض التالية : متلازمة الحطاطات الحويصلية على النهايات الطفلي (سلبية مستضدات التهاب الكبد ب) ، الحصبة ، الطفح في كثرة الوحيدات (سلبية تفاعل بول بونيل) ، الطفح بالحمات إيكو (كشف الحمّة) ، داء ليتر سيوي ، الحزاز المسطح . هذا وإن التبدلات الكبدية وإثبات وجود المستضدات (HB_s - Ag) في المصل مهم في تشخيص هذا المرض .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : عرضية .

المعالجة الموضعية : تطبيق دهون الزنك أو رهيات من الستيروئيدات ذات فاعلية منخفضة .

حلازمة الحطاطات الحويصلية على النهايات الطفلي Crosti] Infantile Acrolocalized Papulovesicular

[and Gianotti 1964 :

التعريف : تبدو التظاهرات الجلدية مشابهة لتلك التي تحدث في التهاب جند النهايات الحطاطي الطفلي ، ولكنها لا تترفع بالتهاب كبـد حموي .

المحـوـث : يحدث هذا المرض في الأطفال بشكل رئيسي ، وخاصة في فصلي الربيع والصيف ، وهو أكثر شيوعاً في حدوثه من التهاب جند النهايات الحطاطي الطفلي ، ويبدو أنه يغفل إصابة الفتيات أيضاً .

الإمراض : توجد كل من حمة أبشتاين - بار ، كوكساكي - ١٦ ، وحمة نظيرة النزلة الوافدة ب في غسولات الحنجرة وانجراز في حالات خاصة . ولا يترافق حدوثه بإصابة كبدية . ويفترض أن الحمة تحدث على النهايات حطاطات وحطاطات حويصلية أرجية تجاه الخمج ، كما تحدث طفحاً جلدياً من حضاضات نزفية أحياناً تكون قاعدة لتظاهرات ناضجة بشدة تذكرنا بالتهاب الجلد . وغالباً ما توجد قصة خمجية (التهاب خيشوم ، التهاب لوزات ، التهاب قصبات ، خمج بالنزلة نوافدة ، اضطرابات معدية معوية) أو قصة لقاح ممنع قبل بضعة أسابيع (الشلل ، ب ث ج ، الكزاز) .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٥٢) . تبدو على شكل طفح حاد ومتناظر من آفات حطاطية وذمية إلى حطاطية حويصلية جزئياً ، أو نزفية أحياناً . وتكون الآفات المنعزلة نصف كروية قدها ١ - ٥ مم وألوانها مختلفة (وردية إلى أرجونية محمرة) . وتبدو الآفات حزازية أحياناً . ومن الشائع أن تـمـلـل لـلـتـحـام مع بعضها وللتوضع على الوجنتين ، والأضراف ، والراحتين ، والأخمصين ، والحفرة المأبضية ، والمرفقين والجذع أيضاً . وتغف الإصابة عن المخاطيات ، ولا تترافق الإصابة باعتلال العقد اللمفية العديد أو تبدلات كبدية .

الأعراض : قد تحدث حكة مرافقة ، بينما تغيب التظاهرات المجموعية ، وقد تتضخم العقد اللمفية الإبطية والمغبنية قليلاً ، لكنها غير ممضة ، ولا يترافق هذا الداء بأعراض كبدية ، كما لا توجد مستضدات HB_e - Ag في المصل .

التشريح المرضي النسجي : في الأدمة ، توجد وذمة شديدة في الخبيبات ، ورتشاح شريطي أو حول الأوعية باللمفيات أو النـاسـجـات . وتسرب الكريات الحمر أحياناً ، كما تلاحظ نفوذية كبيرة من غمط الحمات . وتبدي البشرة تسرب الخلايا

اللمفية والناسجات وتسفنج وحويصلات صغيرة وشواك تفاعلي بسيط وفرط تقرن .

المسـر : تشفى التظاهرات الجلدية خلال ٢ - ٣ أسابيع ، ونادراً ما تتأخر حتى الشهرين ، بينما يندر النكس في هذا الداء .

التشخيص التفريقي : يدخل التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفلي الذي يعزى إلى حمة التهاب الكبد ب في التشخيص التفريقي لهذا الداء . كما تحدث آفات مشابهة في كثرة وحيدات النوى الخمجي ، والحمج بالحمة المضخمة للخلايا ، وفي الطفوح بعد التلقيح (١٠ - ١٢ يوماً بعد لقاح الجدري ، الشلل ، ب ث ج) .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : عرضية .

المعالجة الموضعية : دهون الزنك ، وكريمات ستيروئيدية منخفضة الفاعلية .

الحزاز الخطط Lichen Striatus :

التعريف : هو التهاب جلد خطي تحت الحاد ، وغير متناظر . وأسبابه غير معروفة .

الحدوث : نادر ، ولكنه يصيب الأطفال والبالغين غالباً ، وأكثر شيوعاً في الإناث .

الإمراض : مجهول . وتظاهراته الخطية تسمح بافتراض أهمية التأثيرات العصبية واللمفية (يتوافق توزيع الاندفاعات مع توزيع الأعصاب واللمف) .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٤ - ٥٣) . تظهر أولاً حطاطات حزازية وردية اللون صغيرة وليس فيها خطوط ويكهام ، ثم تتصل مع بعضها بشكل شريط خطي عرضه ٢ ملم إلى ٢ سم وطوله عدة سنتيمترات ، ولكنه قد يمتد على كامل الطرف أيضاً . وتميل الإصابة للتوضع بشكل غير متناظر عادة على الساعدين والساقين ، وأحياناً على مؤخر العنق أو الجذع أيضاً . وفي التظاهرات الكاملة لهذا الحزاز ، تتصف الاندفاعات بالتقرن والاحمرار الالتئابي ، ولذلك تظهر آفات صدفية الشكل .

الأعراض : الحكة شائعة وخاصة في الأطفال .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد التهاب جلد تحت الحاد فيه شواك وفرط تقرن وخطط تقرن ، وخلايا منعزلة من خلل التقرن في الطبقة الحبيبية ، وسفاج بسيط ، كما تبدي الأوعية الدموية في الأدمة العليا توسعاً وذمة حولها ، بالإضافة إلى ارتشاح بالناسجات واللمفيات وتسرب خلوي طفيف .

السیر : قد تستمر تشكلات الحزاز المخطط أكثر من ٢ - ٤ أسابيع ، ويتم الشفاء العفوي خلال ٣ شهور ، وقد يتأخر حتى السنة أحياناً .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق هذا الداء عن الوحمة الثؤلولية البشرية الخطية الانتهاية ، والوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب . وتحدث هذه الأمراض بشكل رئيسي في الطفولة الباكرة وتبقى ثابتة . كما يمكن تفريقه عن الصدف الخطي والحزاز المسطح الخطي بالخزعة .

المعالجة : يشرح للمريض إصابته ، ويتطلب العلاج بالسيترونيديات الموضعية في الحالات الشديدة الحكة أو الآفات المستمرة .

الشواك الأسود Acanthosis Nigricans [Unna, Pollitzer and Janovsky 1890] :

التعريف : مرض نادر جداً يصيب مناطق معينة من الجسم ، ويتصف بآفات جلدية حلينية تفرانية مصطبغة ويتراوح لونها بين البني المتسخ إلى الرمادي ، ويتظاهر بأشكال متعددة وإنذاراتها مختلفة جداً .

التصنيف : ميز أولندروف كورث Ollendorff Curth الأشكال السليمة التي لا ترافقها أوراماً حشوية عن الشكل الخبيث الذي يترافق بسرطانة غدية داخلية عادة .

الشواك الأسود السليم : ينتقل هذا الشواك بوراثة جسمية سائدة غير منتظمة ، ولا يترافق باضطرابات داخلية . تظهر التبدلات عند الولادة تماماً أو خلال الطفولة ، وقد تتأخر حتى البلوغ . ويميل لإصابة العنق والإبطين والحفرة المرفقية . أما إصابة المخاطيات فغير شائعة ، ولكن يظهر فرط تنسج حليني زغبى في مخاطية الفم أحياناً . ولا تصاب الأطراف . وهذه التبدلات إما أن تبقى ثابتة بعد البلوغ أو تتراجع . وعموماً فالتظاهرات السريرية لهذا الشكل من الشواك أقل تميزاً من التظاهرات في الشواك الأسود الخبيث .

الشواك الأسود السليم كعلامة في متلازمات وراثية : قد يترافق الشواك الأسود السليم بمتلازمات وراثية صاغرة . يبدأ هذا الشكل من الشواك عند الولادة أو يظهر في الطفولة وحتى سن البلوغ . ويترق الشواك الأسود المرافق بشكل بسيط وغير ملحوظ .

متلازمة بيراردنيلي - سيب Berardinelli - Seip (1954/1969) : ضخامة الأطراف عند الولادة أو في الطفولة الباكرة ، تشحم معمم ، فرط الأشعار ، فرط دهن الدم ، ورام أصفر .

- متلازمة بلوم Bloom 1954 : حمامى بتوسع الشعريات الولادي مع قزامة .

- متلازمة كروزون Crouzon 1912 : سوء تعظم قحفي وجهي وراثي ، شنوذات في الجمجمة ، شنوذات عينية ، نقص تنسج الفك العلوي ، صمم الأذن الداخلية ، تخلف عقلي . تبدأ هذه المتلازمة في الطفولة أو عند البلوغ .

- متلازمة لور Lawrence 1946 : متلازمة الحشل الشحمي ، سكري معند على الأنسولين ، فرط دهن الدم ، حثل شحمي ، ضخامة كبد وطحال . تبدأ هذه المتلازمة في الطفولة أو الكهولة .

- متلازمة ميشر Meischer 1921 : بلاهة ، داء سكري ، فرط أشعار ، جلد الرأس المتلف ، شنوذات سنية .

- متلازمة برادر - ويلي Prader - Willi 1956 : متلازمة البدانة ، قزامة ، اختفاء الخصية ، تخلف عقلي ، وترافق حالة تشبه تشنج العضل التوتري في الولدان .

- متلازمة رابسون - ميندل هل Rabson - Mendelhall 1956 : مقاوم على الأنسولين نتيجة سوء التعضي في مستقبلات الأنسولين ، فيحدث فرط سكر الدم ويصل سكرية عند الأطفال . الحاجة اليومية للأنسولين عالية جداً (٢٠٠٠ - ٣٠٠٠ وحدة) . لا توجد في هذه المتلازمة أضداد ضد الأنسولين ، ولكنه يوجد ضخامة في اللسان ، وخلل تنسج في الأسنان ، ضخامة الأعضاء التناسلية الباكر نتيجة فرط تنسج كظري ، وحليمومات جلدية مخاطية ، ولا تحدث سرطانة في هذه الحالات .

الشواك الأسود السليم والأمراض الغدية المكتسبة : يحدث الشواك الأسود السليم اللا وراثي في أورام النخامة ، والكظر ، والمبيض . وتظهر الهجمة الأولى عادة في المراهقين أو صغار الكهول . ولا يترافق بالبدانة دائماً ، وقد ترافق الغدومات النخامية أو الأورام القحفية البلعومية هذا الشكل من الشواك . إن متلازمات الغدد الصماء في المراهقين أو البالغين التي تتظاهر بالعلقة أو بضخامة النهايات ، ويزداد هرمون النمو فيها ، تضم الشواك الأسود في مظاهرها . كما يظهر شواك أسود نموذجي في متلازمة كوشينغ ، وداء أديسون ، وادواء المبيض متعدد الكيسات .

الشواك الأسود السليم الذي يحدث بالمواد الكيميائية : تحدث الجرعات العالية من الأستروجين في الأطفال والكهول شواكاً أسود . ويمكن للمواد الكيميائية التي تتداخل في استقلاب الشحميات أن تترافق بحالات سماكية بالإضافة إلى الشواك

الجدول ١٤ - ٢ : تصنيف الشواك الأسود

الميزات	الأشكال السليمة			الشكل الخيبي
	الشواك الأسود السليم	الشواك الأسود الكاذب	الشواك الأسود الخيبي	
الوراثة	سائدة غير منتظمة	حسب المتلازمة	-	-
الجنس	انحياز لإصابة النساء	الذكور = الإناث	انحياز طفيف لإصابة النساء	الإناث = الذكور
الهجمة الأولى	الطفولة حتى البلوغ	الطفولة حتى البلوغ	البالغين والكهول	الكهول ، وغالباً فوق سن الأربعين
الصورة السريرية	نادر جداً على الأطراف أو المخاطيات ، يميل للتراجع بعد البلوغ	نادر جداً على الأطراف أو المخاطيات	أنماط الجلد الغامق جداً ، لواحق جلدية في الثنيات	الشديد : تصبغ شديد ، تصاب الأطراف والمخاطيات غالباً ، مترقي ، حاك
الأعراض المرافقة	لا توجد	المتلازمات الوراثية	البداية	أورام خبيثة (سرطانات غدية غالباً)

للعتق ، المنطقة التناسلية الشرجية ، الناحية الأنسية للفخذين ، الوجه ، الحفرة المرفقية ، الثنية المأبضية ، السرة ، ظهر اليدين ، لعوة الشدي ، القدمين ، الأجناف ، دهليز الأنف . (راجع الشكل ١٤ - ٥٤) . تبدي الأعراض الرئيسية فرط تنسج حلبي ثلثي الشكل ، وفرط تقرن وفرط تصبغ . وتظهر التبدلات الباكرا بلون أصفر متسخ أو رمادي أو بني مصفر ، وأخيراً تصبح التصبغات أكثر اسوداداً دون أن تبدي تبدلاً مفاجئاً في الجلد المحيط . وفي سير الإصابة ، تحدث في أخايد الجلد وثنياته تطاولات شديدة زغبية وحليمومية وثلولية الشكل وغالباً ما يحدث تكاثر الاندفاعات الرمادية الوسخة الضاربة للسواد في حواف بشكل عرف الديك . تتصف بدرجات مختلفة من فرط التقرن . وأخيراً يمكن أن تظهر زوائد ثلولية إما في المنطقة المحددة بوضوح أو في منطقة واسعة ، كإصابة الإبط كله . ويشاهد التكاثر التقرني الحليمومي الأكثر شدة في مركز الآفات الجلدية ويتناقص باتجاه المحيط ، وتحيط بالآفة منطقة مفرطة التصبغ ، كما يحدث التعطين في الثنيات وهذا بدوره بحث على تشكيل النباتات . تصاب الراختان والأخصان وخاصة في الشكل الخيبي ، فتوجد حواف غير منتظمة على اليدين ، وفيما بعد تظهر حالة زغبية على الراختين والأخصين من خلال التبدلات الحليمومية مفرطة التقرن ، ويصبح الجلد كله جافاً وخشناً بشكل ملحوظ .

تتظاهر التبدلات نفسها على مخاطيات الفم على شكل غطاء زغبي على اللسان بشكل رئيسي ، وقد تظهر زوائد حليمومية ويصاب الحنك والشفتان بنفس التظاهرات أيضاً .

الأسود . كما ظهر الشواك الأسود أيضاً في بعض المرضى الذين عولجوا بمجرات عالية من حمض النيكوتينيك ، تري بانارول ، أو البنزوماالسين .

الشواك الأسود الكاذب : هو شكل من الشواك العرضي والقابل للشفاء ، يحدث في البدينين وينجم عن أسباب مختلفة . ولقد ذكر هنا كشواك أسود سليم حقيقي عند البدينين . (انظر مبحث الشواك الأسود الكاذب لاحقاً) .

الشواك الأسود الخيبي : يترافق هذا الجلاد بسرطانة داخلية في كل المرضى في معظم الحالات . وتترق التظاهرات الجلدية بشكل متوافق مع الخباثة الداخلية في حوالي ٦٠٪ من المرضى . وقد يسبق هذا الشواك الخباثة بعدة سنوات . وفي حوالي ٢٠٪ من الحالات يكون الورم الخبيث بدئياً والتظاهرات الجلدية ثانوية .

تبدو التظاهرات الجلدية لهذه المتلازمة مواكبة الورم عادة في البالغين ، ويحدث التراجع غالباً بعد استئصال الورم . ووجدت السرطانة الغدية في المعدة في حوالي ٦٠٪ من المرضى ، وفي أماكن أخرى من منطقة البطن في ٣٠٪ ، وخارج البطن في حوالي ١٠٪ ، وغالباً ما تصاب المعثكلة ، والمرارة ، والقولون ، والمستقيم ، والرحم ، والمبيضين ، والموتة ، والمري ، وغدة الثدي .

الموجودات السريرية : إن مظهر كل أشكال الشواك الأسود متماثل وثمة اختلاف في مظاهرها وفي شدة تظاهراتها التي تكون متناظرة دوماً . وإليك مناطق الجلد التي تصاب بهذا الداء مرتبة حسب تكرار حدوثها : الإبطين ، الناحيتان الخلفية والجانبية

الأعراض : يسبب الشواك الأسود أعراضاً شخصانية إذا حدث تعطن وحكة . وتكون الحكة أكثر شيوعاً في الشواك الأسود الخبيث وقد تكون شديدة .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد فيه وراماً حليماً ، حليته متشعبة ويطوقه شواك بسيط بشكل غير منتظم ، ويلاحظ وجود كيسات كاذبة وفرط تصبغ قاعدي نموذجي . تشبه الصورة النسجية فيه نسيجيات التقران المني المسطح أو الوحمة البشرية .

السير : يكون المظهر السريري بسيطاً جداً في الشواك الأسود السليم . وتبقى التظاهرات ثابتة بعد البلوغ حيث تميل للتراجع . وعندما يكون الشواك الأسود جزءاً من متلازمة وراثية ، فالمظهر السريري فيه عابر عادة . وتندر إصابة الأطراف والمخاطيات في هذه الشواكات ، وتراجع التبدلات مع تخفيف الوزن في الشواك الأسود الكاذب . والصورة السريرية في الشواك الأسود الخبيث واضحة عموماً ، وتصاب فيه الأطراف والمخاطيات غالباً ، ويكون فرط التصبغ فيه واضحاً والحكة شديدة أيضاً . ويترقى المرض حتى يستأصل الورم المرافق .

التشخيص التفريقي : من الأهمية بمكان تمييز الشكل الخبيث منه عن السليم . ويظهر الشكل الخبيث في الكهول عادة ، وقد يشار إلى فتح البطن وتنظير القصبات ، ويجب أن يؤخذ بالحسبان كل من الفقاع النابت أو الفقاعاني النابت أو داء داريه .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : في الشكل السليم ، ينصح بإعطاء الفيتامين A (٣ × ٥٠,٠٠٠ وحدة/يومياً) لأكثر من عدة أسابيع أو شهر ، كما ينصح بتجربة الإيتريتينيت ، وكلاهما ذو تأثير ماسخ Teratogenic .

وفي الشكل الخبيث ، يؤدي استئصال السرطانة الغدية عادة إلى تراجع التبدلات الجلدية . وإن معاودة الورم ليس بغير شائع ، وتدل عليه رجعة الآفات الجلدية

المعالجة الموضعية : علاج عرضي فقط بالمواد المنجفة (الفسيل بالمنظفات ، بودرة ، مزيلات الرائحة) . وتستعمل مراهم حمض الصفصاف ومحلل أو رهم تريتينون بتركيزها المنخفضة لتوسيف الطبقات المتقرنة ، كما يتطلب الخمج الثانوي أو الفطري علاجاً مناسباً .

الشواك الأسود الكاذب Pseudoacanthosis Nigricans [Ollendorff – Curth 1951] :

التعريف : الشواك الأسود الكاذب مرض يشبه الشواك الأسود السليم ، وغالباً ما يصيب السمان بشكل نسبي .

الحدوث : يصيب غالباً الأشخاص السمان جداً ، ذوي الشعر الأسود واللون الغامق ، والذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ – ٦٠ عاماً ، وثمة ميل خفيف لإصابة الإناث بهذا الداء .

الإمراض : لا شيء معروف حول الأمراض ، فالبدانة عامل هام ، والأدوية يجب أن تؤخذ بالحسبان أيضاً (أستروجين ، ستيروييدات قشرية) . ومن المؤكد أن الحرارة الرطبة في الثنيات تلعب دوراً هاماً في إثارة المرض .

ولا يمكن للتبدلات النسجية أن تفرق هذا الشكل الكاذب عن الأشكال الأخرى للشواك الأسود .

الموجودات السريرية : يكون مظهر الجلد زغبياً ولونه رمادياً مصفراً ، أو رمادياً بنيةً وسخاً ، وخاصة في الثنيات (الإبطين ، جانبي العنق ، تحت الثدي ، ثنيات المغبن) . وتذكرنا إصابة المناطق الجانبية والقفوية للعنق بالشواك الأسود . وعلى أية حال ، يكون المظهر الحليمومي في هذا الشكل الكاذب أقل وضوحاً والتصبغ أقل شدة من الأشكال الأخرى ، بينما يصبح الورام الحليمي أكثر وضوحاً عندما يحتك الجلد ببعضه . كما يلاحظ زوائد جلدية إضافية في الإبطين تذكرنا بالليفوم الطري . (راجع الشكل ١٤ – ٥٥) .

السير : حسن ، وتراجع التبدلات بعد تخفيف الوزن .

التشخيص : يربط الشواك الأسود الكاذب بالبدانة غالباً ، ويصيب ذوي الشعر الأسود عادة . وغالباً ما يترافق بفرط تعرق في الإبطين ، ويؤدي السماك الشائع على العنق تبدلات مشابهة في الفحص السطحي والسريع .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : العلاج بالهرمونات إذا وجدت شذوذات بالغدد الصماء ، والعودة بالجسم إلى الوزن السوي .

المعالجة الموضعية : العلاج عرضي كما في الشواك الأسود .

الورام الحليمي – الشبكي والمتلافي Reticulated and Confluent Papillomatosis [Carteaud 1932] :

المرادفات : متلازمة كوجرو – كارتو .

الحدوث : نادر جداً ، يصيب الفتيات عادة مع بداية سن البلوغ أو بعده بفترة قصيرة .

الإمراض : من المحتمل أن يكون اضطراباً تفرانياً وراثياً ، ويحسد الكثيرون أنه نوع من الشواك الأسود الكاذب باعتبار أنه قد يحدثان معاً ، وتدعم الموجودات الحديثة نظرية التفران التفراني الشكل المنشط التي تترافق باستعمار دقيقة البذور الخالية للجلد . وقد أظهرت الدراسات الإلكترونية المجهرية تسنجاً ووذمة بين الخلايا البشرية وانحلالاً في الأشواك ، وتلازن الحويوط المتوترة حول النواة مما يُذكرنا بداء داريسه ، -إضافة إلى أن التبدلات الشكلية في الشعيرات ، يبدو أنها تدعم الأسباب الوراثية .

الموجودات السريرية : يتظاهر الورام الحليمي الشبكي والتلاقي على شكل حطاطات مسطحة تذكرنا بالشايل مسطحة أو التفران المثلثي التي يصل قطرها حتى ٥ ملم ، وتحدث هذه الآفات ذات اللون الضارب إلى الرمادي والبني معاً لتشكل نماذج شبكية وقد تصبح متلاحقة .

ويميل الورام الحليمي لإصابة القص ومنطقة الشرسوف والبشرة بين الثديين أيضاً . ويمكن للآفات الواسعة الشديدة أن تنتشر إلى البطن والعنق والكتفين والظهر أيضاً . واستناداً إلى انتشار الإصابة يمكن تمييز الأنماط المختلفة التالية عن النمط بوصف أولاً :

- الورام الحليمي النقطي المصطبغ التؤولي .
- الورام الحليمي الشبكي والمتلاقي .
- الورام الحليمي الثمي والمتلاقي .

الأعراض : يوجد استعداد للتعرق لدى المريض ، أما الأعراض الشخصية فغائبة ما عدا المظهر الجمالي .

التشخيص : يمكن إثبات وجود دقيقة البذور النخالية بالفحص المجهرى الدقيق لكشافة من الآفات في محلول ماعات البوتاسيوم .

التشخيص التفريقي : إن تميز هذه الإصابة عن الشواك الأسود السليم والشواك الأسود الكاذب يمكن حسب المناطق المصابة ، وهذا يسمح بتفريقه شكلياً عن ضمور الجلد الكاذب (ييكر - ميور ١٩٣٤) . والضمور اللامع (كوجرو ١٩٣٠) ، التي تصنف حالياً في مجموعة الشواك الأسود السليم .

المعالجة : كما في النخالية المبرقشة .

الجلاد الحطاطي عند الزنوج Dermatosi Populosa Nigra [Castellani 1925]

التعريف : آفة وراثية شائعة جداً في العروق السوداء ، ويحتمل أن تكون نوعاً من التفرانات المثية ، وتعتبر أشعة الشمس عاملاً مثيراً لحدوثها .

الحدوث : وصفت هذه الآفات في حوالي ٥٪ - ٤٠٪ من الكهول السود . وتظهر خلال حياتهم مع رجحان واضح في إصابة الإناث . ويبلغ الحدوث العائلي حوالي ٤٠٪ .

الموجودات السريرية : تبدو حطاطات مسطحة ، مدورة ، لينة ، ويتراوح لونها بين الأسود القاتم إلى البني ، وحجمها ١ - ٢ ملم . تظهر هذه الحطاطات على الوجنتين ، والجبهة ، وجانب العنق والقسم العلوي من الصدر في سن البلوغ . ويزداد حجمها وعددها ببطء عبر العديد من السنين . (راجع الشكل ١٤ - ٥٦) .

التشريح المرضي النسيجي : يلاحظ وجود شواك بشروي واسع وغير منتظم مع فرط تقرن وكيسات قرنية كاذبة تشبه التفران المثلثي المصطبغ .

التشخيص التفريقي : الهجمة البدئية للتفران المثلثي .

المعالجة الثانوية : إزالتها بالتجفيف أو بالتجريف ، غير أن فرط التصبغ الثانوي أو نقصه يكون مضطرباً جداً .

الفصل الخامس عشر

الأمراض الحويصلية والفقاعية

Vesicular and Bullous Diseases

د . صالح داود

الزمرتين أيضاً بنمط التوريث ، وبعض هذه الأمراض نادرة جداً أحياناً .

تصنيف أمراض انحلاللات البشرة الوراثية :

انحلاللات البشرة غير الخلية Nondystrophic
Epidermolyses . :

المتقلة بمورثة جسمية سائدة :

- انحلال البشرة الفقاعي البسيط (كوبز) .
(Epidermolysis bullosa simplex)
 - انحلال البشرة الفقاعي في اليدين والقدمين .
(Epidermolysis bullosa of Hands and feet)
(Weber and Cockayne) .
 - انحلال البشرة الفقاعي البسيط - نموذج أوغنا .
(Epidermolysis bullosa simplex - ogna type)
(Gedde - Dahl) .
 - انحلال البشرة الفقاعي البسيط مع تصبغات بقعية
(فيشر وجد - دال) ،
(Epidermolysis Bullosa simplex with Patchy)
(Pigmentation (Fisher and Gedde - Dahl) .
 - انحلال البشرة الفقاعي الحليئي الشكل (داولينك
وميرا) .
(Epidermolysis Bullosa Herptiformis)
(Dowling and Meara) .
- المتقلة بمورثة جسمية صاغرة :

- انحلال البشرة الفقاعي المميت (هولتز) .
(Epidermolysis Bullosa Letalis (Herlitz))
- انحلال البشرة الفقاعي الضموري الموضع (شنايدر
وانتون لامبرخت) .
(Epidermolysis Bullosa Atrophicans)
(Localisata (Shnyder and Anton - Lamprecht)
- انحلال البشرة الفقاعي الضموري المقلوب (لامبرخت
وجد - دال) .
(Epidermolysis Bullosa Atrophicans Inversa)
(Anton - Lamprecht and Gedde - Dahl)
- انحلال البشرة الفقاعي الحليئي Dystrophic
Epidermolyses :
المتقلة بمورثة جسمية سائدة :
- انحلال البشرة الفقاعي الحطاطاني الأبيض (باسيني) .
(E. B. Albopapuloidea (Pasini))

تعتبر الأمراض الجلدية الحويصلية والفقاعية أمراضاً محدثة للنفطات Blisters ، وأسبابها غير معروفة بشكل كامل . وتحدث النفطات في هذه الأمراض بانفصال الخلايا البشرية أو الموصل البشري الأدمي ، نتيجة عيوب وراثية في بعضها ، وبآلية مناعية في بعضها الآخر . وهكذا تختلف هذه الأمراض عن بعضها البعض عموماً بالآليات المرضية .

التصنيف : يمكن تصنيف هذه الأمراض إلى المجموعات التالية :

- انحلال البشرة الوراثي .
 - أمراض الفقاع .
 - الأمراض الفقاعانية .
 - التهاب الجلد الحليئي الشكل .
 - الجلاد الحطائي IGA .
 - الجلادات الفقاعية المختلطة .
 - الجلاد الفقاعي المزمن في الطفولة .
- توجد بعض الصعوبات في تشخيص الأمراض الفقاعية المزمنة ولهذا تعتبر العوامل التالية مساعدة في التشخيص .
- القصة المرضية .
 - الفحص السريري الجلدي .
 - فحص اللطاخة الخلوية المأخوذة من حويصل أو فقاعة حديثة التشكل .
 - الومضان المناعي المباشر وغير المباشر .
 - الفحص العام للمريض .

انحلال البشرة الوراثي Hereditary Epidermolyses :

يطلق مصطلح انحلال البشرة الوراثي على الأمراض التي تورث وتتنص بتشكل حويصلات - فقاعات في الجلد والأغشية المخاطية . وتحدث الحويصلات أو الفقاعات نتيجة رض آلي ، أو فرك ، ولكنها قد تحدث بشكل عفوي أيضاً . ويمكن تمييز زمرتين رئيسيتين ، انحلال البشرة غير الحليئي ، وانحلال البشرة الحليئي ، وذلك بناء على إحداثها ندبات وضمورات أو عدم إحداثها لذلك . وتختلف أمراض هاتين

E. b. Dystrophica Disentis type (Hashimoto, -
Shnyder and Anton - Lamprecht)

- انحلال البشرة الفقاعي الحثلي مع نقص في السمع
(جيد - دال) .

E. b. Dystrophica With Hypacusis (Gedde -
Dahl)

المتعلقة بالجنس الصاغرة :

- انحلال البشرة الفقاعي البقيعي أو نموذج امستردام.
(ويردرمان) .

Dystrophia Bullosa, Maculatus or -
. Amesterdam type (Woerdemann)

انحلال البشرة غير الحثلي :

وهي جلادات ، تنتقل بوراة صبغية جسدية ، وتشفى
الحويصلات أو الفقاعات دون أن تترك أثراً (انظر الجدول
١٥ - ١) .

- انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الموضع (كوكاين -
تورين) .

E. b. D Localisata (Cockayne - Touraine) -
انحلال البشرة الفقاعي وغياب الجلد الخلقي الموضع
(بارت) .

E. b. and Congenital Localized Absence of -
skin (Bart)

المنتقلة بوراة جسمية صاغرة :

- انحلال البشرة الفقاعي الحثلي (هالوبو - سمينس) .
E. b. Dystrophica (Hallopeau and Siemens) -
انحلال البشرة الفقاعي الحثلي المقلوب (جيد - دال) .
E. b. Dystrophica Inversa (Gedde - Dahl) -
انحلال البشرة الفقاعي الحثلي نموذج ديستنس
(هاشيموتو ، شنايدر ، وأنطون - لامبرخت) .

الجدول ١٥ - ١ : أنواع انحلال البشرة الفقاعي الوراثي غير الحثلي

المرض	الباحث	نموذج الوراة	توضع الفقاعة	العجز	الحدوث
انحلال البشرة الفقاعي البسيط	كوبنز	صبغية جسدية سائدة	انحلال بشروي	خفيف	غير نادر
انحلال البشرة الفقاعي لليدين والقدمين	وير - كوكاين	صبغية جسدية سائدة	انحلال بشروي	خفيف	نادر
انحلال البشرة الفقاعي الميت	هيرلتر	صبغية جسدية صاغرة	انحلال موصلي بشروي - آدمي	كبير	نادر
انحلال البشرة الفقاعي البسيط نموذج أوغنا	أوغنا وال	جيد - صبغية جسدية سائدة	لم تدرس بعد	وسط	نادر جداً

انحلال البشرة الفقاعي البسيط [Kobner 1896] :

المترادفات : انحلال البشرة الفقاعي الوراثي البسيط (كوبنز) .

الحدوث : يورث بصبغي جسدي سائد مع ميل لإصابة
الذكور . ويقدر حدوثه بحوالي ١/٥٠٠٠٠ من الولادات
الحية ، وهو أشيع هذه المجموعة .

نموذج الوراة : يحتمل إصابة أولاد حملة المرض حتى نسبة
٥٠٪ . ولم تدرس بعد إمكانية التقليل من الإصابة .

الإمراض : يؤدي الضغط الميكانيكي أو فرك الجلد إلى تفعيل
إنظيمات تقوية (حالة ؟) تؤثر على خلايا البشرة ، وتسبب
تحوصل في البشرة . ولقد وجد عوز في إنظيم Galactosyl -
glycosyltransferase الذي يتركب
الكلاجين وذلك عند عائلة واحدة .

الموجودات السريرية : تلاحظ النفاطات في أماكن الضغط
ومنذ الولادة ، وقد يتأخر ظهورها إلى أن يحبو الطفل . وتظهر
النفاطات في الأماكن المعرضة للرضح (الرض) والضغط
والاحتكاك في اليدين ، والمرفقين ، والركبتين ، والقدمين ،
والعقبين ، وتقيس هذه الفقاعات الوحيدة المخوف من
٣ - ١٠ ملم أو أكثر ، وتتمزق ثم تشفى دون أن تترك
ندبات (راجع الشكل ١٥ - ١) .

ويلاحظ حدوث الدخينات Milia عند المصابين . تكون
أشعار المصابين وأظفارهم وأسنانهم طبيعية ، ونادراً ما تصاب
الأغشية المخاطية للضم . تزجج النفاطات المتشكلة المصاب
كثيراً ، غير أن الحالة العامة تبقى طبيعية ، وكذلك درجة
الذكاء وخصوبة المريض .

التشريح المرضي النسجي : تلاحظ النفاطات داخل البشرة ، وتحدث بسبب انفصال الخلايا القاعدية التي تصاب بالتنكس .

السير : قد يبقى الاستعداد المورث لإحداث الفقاعات الرضية مدى الحياة . وقد يحدث التحسن بعد البلوغ . ويزداد حدوث الفقاعات في الطقس الحار .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعطى الكلوروكين عن طريق الفم بمقدار ٠,٢ - ٠,٤ غ/يومياً . ويجب مراقبة المريض خوف التأثيرات الجانبية . تعطى السيترونيثيدات القشرية (الريدنيزولون) في الحالات الشديدة فقط .

المعالجة الموضعية : تطبق المطهرات موضعياً في مناطق الإصابة ، ويمكن تغطية التآكلات بالشاش الفازليني أو بضمادات الجروح التركيبية حتى تشفى .

انحلال البشرة الفقاعي في اليدين والقدمين [Weber 1926 و Cockayne 1938] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الصيفي في اليدين والقدمين ، والانفدفاع الفقاعي الناكس في اليدين والقدمين ، متلازمة وير - كوكاين ، انحلال البشرة الفقاعي البسيط وير - كوكاين .

التعريف : تظهر النفاطات في هذا الشكل في الطفولة أو في سن الشباب وخاصة على اليدين والقدمين ، وتشفى دون عقابيل . والمرض أكثر إصابة للذكور منه للإناث ، وأكثر شدة في الفصول الحارة من السنة . وتشكل النفاطات نتيجة الرضوح ، وأثناء السير ، وخاصة في فصل الصيف ، وكذلك من ضغط الأحذية الضيقة ، ولا يوجد تناسب بين هذه الرضوح والفقاعات الكبيرة الناتجة عنها .

الوراثة : ينتقل بصبغي جسدي سائد .

الإمراض : تحدث النفاطات بسبب الرضوح الآلية ، ويرجح أن يكون ذلك بفعل إنظيمات حالة خلوية في الخلايا القاعدية .

الموجودات السريرية : يلاحظ في حالاته النموذجية حويصلات وفقاعات وتآكلات على اليدين والقدمين . تبقى الحالة العامة طبيعية .

التشريح المرضي النسجي : النفاطة فيه داخل بشروية . وهذا المرض مشابه لانحلال البشرة الفقاعي البسيط ، وتلاحظ الحويصلات فوق الطبقة القاعدية ، وتحدث بسبب انحلال خلوي (نفاطات بشروية) . وييدي المجهر الالكتروني خلل في التقرن .

السير : سير المرض سليم نسبياً ، حيث لا تؤدي النفاطات إلى ندبات . ويخف المرض في الفصول الباردة .

التشخيص : يعتمد على حدوث النفاطات بالضغط أو الاحتكاك وخاصة في الصيف .

المعالجة : ينصح بفتح النفاطات ، وتطهر بالمطهرات ، وينصح المريض بانتقاء الأحذية المناسبة ، ويمكن تطبيق مضادات التعرق

(Glutaraldehyde, Aluminum Chloride)

(Hexahydrate) .

انحلال البشرة الفقاعي البسيط نموذج أوغنا [Gedde - Dahl 1970] :

التعريف : شكل آخر من انحلالات البشرة ، والذي يحدث بصبغي جسدي سائد طافر وذلك في مجتمع أوغنا Ogha في جنوب غرب الزويج .

الموجودات السريرية : يتصف باستمراره مدى الحياة وهو مرض وراثي ونادر . وليس لظهور النفاطات صلة بالفصل ، تصيب النفاطات الأطراف ، وتتصف بأنها حويصلات أو فقاعات كبيرة ونازقة على اليدين والقدمين . تبدأ الإصابة في السنة الخامسة من العمر وتزداد كبراً وبروزاً في فصل الصيف ، ويمكن أن تصاب الأطراف الكبيرة بالانعقاد .

انحلال البشرة الفقاعي الحلئي الشكل [Dowling and Meara 1954] :

التعريف : يؤلف انحلال البشرة الفقاعي الحلئي الشكل واحداً من مجموعة انحلالات البشرة غير الحلئية ، ويشبه إلى حد ما التهاب الجلد الحلئي الشكل الفتوي .

الوراثة : يورث بصبغي جسدي سائد ، وغالباً بطفرة جديدة .

الموجودات السريرية : يمكن أن تبدأ النفاطات بالظهور بعد أيام من الولادة وبشكل عفوي ، أو نتيجة رضوح على الجذع والأطراف . وتندر إصابة الأغشية المخاطية فيه . ويمكن أن يشكو المرض من حكة خفيفة . تظهر في بعض الحالات الحويصلات الحلئية الشكل على قاعدة حمامية ، أو تكون نفاطات متوترة ذات محتوى مصلّي أو نزفي . وتراجع النفاطات والحويصلات دون أن تترك ندبات ، ولكن تترك مكانها أحياناً بقعاً ناقصة الصباغ . ويمكن أن يصاب الأخصان والراحتان بفرط تقرن أصفر إلى أبيض ثقي الشكل Clavus - like وتكون أظافر الأباخس معقوفة الشكل أو مشتخة .

التشريح المرضي النسجي : توجد شقوق أو نفاطات تحت

شروية . ويحتوى سائل النفاطة على العديد من الحمضات .
ويتواجد راحة خفية وناسجة في الأدمة العليا .

التشريح المرضي المناعي : النفاطة فيه تحت بشروية قاعدتها
مترعة من نصفيجين Laminin والكلاجين ٤ .

تغير الإلكتروني : يوجد انفصال في هيولى الخلايا القاعدية
تشكل نفاطة بشروية . ويلاحظ تكثف وتكتل في حزم
خيوط التوتر Tonofilaments في الخلايا القاعدية . ويكون
مركب شيفي الإرسائي طبيعياً وكذلك انصاف جسيات
نيره .

العمر : إنذار حسن نسبياً ، حيث ينقص تشكل النفاطات في
سنة الستة عشر الأولى من حياة المصاب .

المعالجة : كما في معالجة انحلال البشرة الفقاعي البسيط .

انحلال البشرة الفقاعي المميت [Herlitz 1935] :

مرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الموصل ، انحلال البشرة
انفقاقي الضموري المعمم المميت لهيرلتز ، متلازمة
هيرلتز .

التعريف : يؤدي المرض للوفاة عادة في الطفولة المبكرة .
وتوجد غالباً صلة قرى بين الأبوين .

الوراثة : يورث هذا الشكل بصبغي جسدي صاغر .
وتشاهد حوادث بين أشقاء المصاب .

الإمراض : غير معروف . ولكن لوحظ نقص تنسج وقلة
انصاف جسيات الربط .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض مباشرة بعد الولادة أو
بعدها بأيام ، حيث يتظاهر بقفاعات كبيرة ، نزفية قليلاً ،
وذلك في أماكن رضح الجلد ، وتتكون التآكلات مكان
هذه القفاعات . ويؤدي توضع القفاعات الداحسي
Paronychia إلى فقدان الأظفار أو حلها . وغالباً
ما تصاب الأغشية المخاطية . وذكرت حوادث إصابة
ثرغامي والقصبات . ويمكن أن تختلط القفاعات بالتقيح
والجرب في مكان التآكلات . ويعد إلتان الدم سبباً رئيسياً
في الوفاة في الطفولة المبكرة .

التشريح المرضي النسيجي : النفاطة فيه تحت بشروية .
وتكون إيجابية الغشاء القاعدي بالباس PAS في قاعدة
انفقاطة . وتوجد مستضدات الفقاعاني الفقاعي (BP)
في سقف القفاعة وقاعدتها وذلك باستعمال الأضداد
وحيدة النسيلة ، ويوجد الصفيجين Laminin في سقف
وقاعدة النفاطة . والكلاجين ٤ في قاعدة النفاطة . ويظهر

المجهر الألكتروني حدوث التحوصل نتيجة الانفصال بين
الخلايا القاعدية والغشاء القاعدي في الصفيحة الصافية :
أي أن النفاطة موصلية أو تسمى نفاطة انحلال الموصل
Junctiolytic Blister .

العمر : يموت الطفل المصاب نتيجة اشتداد الداء في
الطفولة المبكرة . وتشفى النفاطات دون أن تترك
ضممورات ، أو ندبات ، أو دخينات ، أو تصبغات ،
ولكن يمكن حدوث حثول ظفرية . ويمكن أن تحدث
ضممورات في الهيكل العظمي أحياناً . وإذا ما كان سير
الداء معتدلاً استمرت النفاطات في التشكل في الجلد
والأغشية المخاطية مدى الحياة وذلك نتيجة للرضوح .

التشخيص التفريقي : يصعب تفريقه عن انحلال البشرة
الفقاعي الخثلي وخصوصاً إذا ما حدثت الحثول الظفرية .
ويمكن الفصل بين الشكلين بالتحريرات بالمجهر الألكتروني
و/أو التشريح المرضي المناعي كما ذكرنا .

المعالجة : تعتمد المعالجة على معالجة الأخماج الجرثومية
والفطرية ، وتعطى السيترويدات القشرية (في البدء
٦٠ - ١٢٠ ملغ) بردينيزولون ثم تخفض إلى الحد
الأصغري) حيث يمكن أن تنقذ حياة المريض .

انحلال البشرة الخثلي Dystrophic Epidermolyses :

تتصف هذه المجموعة بتشكل الدخينات وندبات ضخامية
أو ضمورية واضطراب في التصبغ . ويحتاج مرضى هذه
المجموعة إلى رعاية اجتماعية وتعليمية خاصة بسبب شدة
التغيرات الخثلية التي تحدث لديهم والناجمة عن إصاباتهم (انظر
الجدول ١٥ - ٢) .

انحلال البشرة الفقاعي الخثلي [Hallopeau 1896 , Siemens 1925] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الوراثي الخثلي ، انحلال
البشرة الفقاعي الخثلي المعمم هالوبو - سيمنس ، متلازمة
هالوبو - سيمنس ، انحلال البشرة الفقاعي عديد الحثول .

التعريف : داء فقاعي شائع نسبياً خلقي ، ويتصف بتظاهرات
سريرية عديدة تؤدي إلى حثول في الجلد والأظفار .

الوراثة : يورث بصبغي جسدي صاغر وهذا الشكل أكثر
انحلالات البشرة الفقاعية الخثلية شيوعاً .

الجدول ١٥ - ٢ : انحلالات البشرة الخلية الوراثية

المرض	الباحث	الوراثة	توضع النفاطات	العجز	حدوث الداء
أ. ب. ف ح	هالوبو - سميث	صبغي جسدي صاغر	انحلال أدمة	معتدل إلى شديد	ليس بنادر المشاهدة
أ. ب. ف ح موضع	كوكاين - تورين	صبغي جسدي سائد	انحلال أدمة	خفيف	نادر جداً
أ. ب. ف ح حطاطاني أبيض	باسيني	صبغي جسدي سائد	انحلال أدمة	خفيف / معتدل	نادر جداً
أ. ب. ف ح غياب الجلد الموضع	بارت	صبغي جسدي سائد	غير معروف حتى الآن	خفيف	نادر جداً
أ. ب. ف ح نموذج ديستنس	هاشيموتو ، شنيدر أنطون - لاميرخت صاغر	يرجح بصبغي جسدي	انحلال موصل	معتدل	نادر جداً
أ. ب. ف ح بقعي أو نموذج امستردام	ورد رمان	صبغي - X صاغر	انحلال بشروي	شديد	نادر جداً

الملتحمة ، بحه في الصوت ، تضيق المري ، التهاب الرئة) .
وتصاب كذلك الأغشية المخاطية التناسلية ومنطقة الشرج .
وقد يقود استمرار فقدان البروتينات إلى السقاب Inanition .
ولقد وصف Gedde - Dahl في عام ١٩٧٠ نموذجاً من
هذا الداء ودعاه بالنموذج المقلوب . ويتصف بتشكيل فقاعات
أو حويصلات بصورة رئيسية في الثنيات وفي الطيات الرئيسية
من الجلد وكذلك في المنطقة التناسلية - الشرجية . بينما لا
تصاب المناطق القاصية من النهايات .

الأعراض : يمكن أن تكون الأعراض الشخصية شديدة .
وتصعب حياة المريض إذا ما أدى المرض إلى الندب
والالتصاقات والجدوع .

التشريح المرضي النسيجي : النفاطة فيه تحت بشروية ، وتبين
الدراسات بالمجهر الالكتروني أن الانفصال الجلدي Split يتم في
الأدمة (انحلال أدمي) تحت الصفيحة الكثيفة من الغشاء
القاعدي . وتوضع وإيجابية الباس في الغشاء القاعدي في سقف
الحويصل وكذلك الصفيحين Laminin ومستضد الفقاعاني
الفقاعي والكلاجين IV و Nidogen والهياران سولفات
بروتيكلين Heparan sulfate Proteglycan .

المسار : يبدأ المرض في الطفولة المبكرة ، ويؤدي إلى عجز خلال
الحياة . ولقد ذكرت حوادث شديدة معمة .

الإنذار : يعطى الإنذار بحذر . حيث يتحول الطلاوان
والندبات الحاصلة في الجلد والأغشية المخاطية إلى سرطانة وسفية
حخلاليا Squamous Cell Carcinoma .

الإمراض : يعزى الداء لغياب ليبفات الإرساء في منطقة
الموصل البشروي الأدمي وقد ينجم عن تفعيل عامل انحلال
الكلاجين (إنظيم ؟) ويؤدي إلى تدرك ليبفات الإرساء
والكلاجين وبالتالي حدوث انحلال الأدمة الفقاعي وحثول في
الجزء العلوي من الأدمة . ولقد وجد ارتفاع في فعالية إنظيم
الكولاجيناز في الجلد وفي مزارع صانعات الليف من سقف
الفقاعة ، ويحتمل حدوث خلل في الكولاجيناز . ولقد سجل
أيضاً نقص في مستضد 1-KF .

الموجودات السريرية : تحدث النفاطات نتيجة الرضوح ،
ويمكن أن تحدث عفوياً بدونها . وتختلف شدة التظاهرات
السريرية بين حالة وأخرى . يصبح الجلد ضامراً مع فرط تصبغ
وخاصة في أماكن الضغط في النهايات والألية ، نتيجة حدوث
النفاطات فيها . وتشكل الدخينات في أماكن النفاطات بعد
تراجعها . تغطي ذرى الأصابع في اليدين والقدمين بجلد
ضامر ، وتفقد التظاهرات الحليمية ، وتنقلع الأظفار أو تبدي
حثولاً ، وتؤدي التقفعات الجلدية إلى التصاق القرزية واليد
المخلفة ويشيع فرط التعرق الراحي الأنحصى في هذا الجلاد ، كما
يشيع فيه زراق النهايات أيضاً . يكون جلد الطفل المصاب جافاً
ويمكن أن تشوه الأسنان وتصاب بالنخر باكراً . وتصبح
أشعار الفروة رقيقة ، ويغلب ان تصادف ما يشبه الحاصة
الكاذبة (راجع الشكل ١٥ - ٢) .

تصاب الأغشية المخاطية بنسبة ٢٠٪ من الحالات .
وتلاحظ التآكلات والتقرح مع ظهور الندبات نتيجة ظهور
الفقاعات في الفم والملتحمة والبلعوم والمري (التصاقات في

الإنتذار الوراثي : يحتمل إصابة أي شقيق آخر للمريض بهذا المرض بنسبة ٢٥٪. ولهذا ينصح الأهل بعدم إنجاب أطفال أكثر . هذا ويمكن تشخيص المرض أثناء الحمل .

التشخيص التفريقي : يمكن التفريق بين هذا المرض وانحلال البشرة الفقاعي البسيط المميت بواسطة المجهر الإلكتروني أو بالتشريح المرضي المناعي ، وذلك عند الرضع والولدان ، ويمكن تفريق المرض عند البالغين عن الرفرية الجلدية الآجلة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : جُرب الفيتامين E بمقدار ٦٠٠ - ١٨٠٠ ملغ يومياً ، ولكن لم نجده مفيداً (المؤلف) إنما وجدت فائدة بمعالجته بمشط الكولجيناكز ألا وهو الفينيتوين Phenytoin ، ويعطى منه ٣ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ، وتقسم إلى جرعتين وذلك لمدة ١٠ - ١٤ يوماً ثم تخفض الجرعة حتى تصل كثافته بالدم ٨ ميكروغرام/مل . ولقد جربت الرتينويدات ، والدابسون ، والكلوروكين ، ومانعات الحمل دون فائدة تذكر .

المعالجة الموضعية : تطبق المراهم الحاوية على الهيبارين وهيبارينويدات Heparinoides أو السيترويدات القشرية . ويجب الوقاية من الأضرار الثانوية ومعالجتها . وتعالج الالتصاقات القرزية الشديدة بتطبيق السيترويدات القشرية للمحافظة على الوظيفة العضوية أو بالمعالجات الجراحية التصنيعية المناسبة .

انحلال البشرة الفقاعي الخثلي الموضع [Cockayne 1933 , Touraine 1942] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الخثلي السائد ، متلازمة كوكاين - تورين ، انحلال البشرة الفقاعي الخثلي مفرط التنسج .

الوراثة : يورث بصبغي جسدي سائد . واحتمال إصابة الأطفال الحاملة لهذا الصبغي تقدر بحوالي ٢٥٪ .

الإمراض : يتصنف بعدم تطور ألياف الإرساء ونقصها في المناطق المصابة .

الموجودات السريرية : مرض نادر جداً . تظهر النفاطات في الأطراف القاصية والأليتين . تشفى النفاطات وتؤدي إلى ندبات بعد شفائها ، وبعضها يترك جدرات مفرطة التنسج ، تبقى الحالة العامة والحالة العقلية ضمن الحالة الطبيعية . يبدأ المرض عند الولادة أو في الطفولة الباكرة ، وقد يتأخر ظهوره . وتصاب الأظفار بالانعقاد في اليدين والقدمين . وقد تحتفي الأظفار جزئياً أو كلياً ، وقد تحدث التآكلات والتقرحات

والتندبات في الأغشية المخاطية . يشكو المرضى من الألم . إذا ما وجدت ندبات ضخامية ، وخاصة عندما تتوضع في الأليتين .

التشريح المرضي النسجي : النفاطة فيه تحت بشرية . ويظهر المجهر الإلكتروني أن الانفصال يحدث تحت الغشاء القاعدي في أعلى الأدمة : أي أن النفاطة بانحلال الأدمة Dermalytic Blister وتشير الدراسات الحديثة إلى نقص تنسج في ألياف الإرساء الأدمية التي تتصل بالغشاء القاعدي . ونجد إيجابية الغشاء القاعدي بالبأس والمكونات التشريحية المرضية المناعية في الغشاء القاعدي BMZ موضوعة في سقف الفقاعة .

المعالجة : تقتصر معالجة هذا الشكل على المعالجة العرضية . ويمكن تطبيق الهيبارين أو الهيبارينويدات أو السيترويدات موضعياً في حالات فرط تنسج النسيج الضام . ويمكن حقن معلق بلورات ترياميسنولون موضعياً (١٠ ملغ بتمديداتها ١ : ٤) ومع ١٪ ليدوكائين . وقد تجرى الجراحة المناسبة ، ويقدم للمريض نصائح مهنية من أجل العمل المناسب .

انحلال البشرة الفقاعي الخطاطاني الأبيض [Pasini 1928] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الخثلي (باسيني) ، متلازمة باسيني .

الحدوث : المرض نادر جداً . ويتواجد في العائلات المصابة بانحلال البشرة الفقاعي الخثلي الموضع ، ولهذا يمكن اعتباره شكلاً من هذا المرض .

الوراثة : يورث بصبغي جسدي سائد . ولقد ذكر إصابة ٥٠٪ من أطفال أحد المصابين بهذا المرض .

الإمراض : يحدث بسبب عيب وراثي في ألياف الإرساء في الموصل البشري الأدمي ، حيث يحدث اضطراب في تشكيلها ويقل عددها وذلك في المناطق المصابة وغير المصابة من الجلد .

الموجودات السريرية : يلاحظ المرض في الأجزاء القاصية من الأطراف ، وذلك بعد الولادة ، أو خلال الستين الأوليتين من عمر المصاب . تتصف الخطاطات البيضاء (الآفات الخطاطانية البيضاء) بحدوثها في مراحل الطفولة المتأخرة ، أو في سن الشباب ، كما تتصف بأنها حطاطات صغيرة ، صلبة ، بيضاء ، حول جرابية تكبر تدريجياً . ولا يتوافق توضع الخطاطات مع توضع النفاطات حيث تميل الأولى للتوضع في المنطقة القطبية والحرقفية والقسم الأمامي والخلفي من الجذع . تزداد كمية سولفات الكونديروتين Chondroitin غير الطبيعية في الجلد والبول ، وتراكم الغليكوسامينوغليكسانيات Glycosaminoglycans في مصورات الليف .

التشريح المرضي النسجي : النفاطة فيه تحت بشروية ، ويحدث انفصال الجلد تحت الغشاء القاعدي (فقاعة انحلال أدمي) . وتواجد إيجابية الغشاء القاعدي بالبأس ومكوناته في سقف الفقاعة .

السير : سليم نسبياً ويشبه ما عليه الحال في انحلال البشرة الحثلي المورث بصبغي جسدي سائد .

المعالجة : تقوم على الوقاية من تقيح النفاطات .

انحلال البشرة الفقاعي الحثلي مع نقص في السمع
[Gedde – Dahl 1970] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي التغذوي العصبي (المترقي) .

الوراثة : يورث بصبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية : يعتبر هذا الشكل من الأشكال الحثلية ويؤدي إلى صمم أذني داخلي المنشأ ويعتبر نادراً جداً ويتصف بما يلي :

- حدوث نفاطات نتيجة الرضوض الميكانيكية في الطفولة أو المراهقة .
- تبدأ التغيرات الحثلية الظفرية قبل بدء ظهور الآفات الجلدية .
- ضمورات جلدية منتشرة مترقية في اليدين ، والمرفقين ، والقدمين ، والركبتين مع فقدان التركيب الطبيعي لسطح الجلد .
- تتشكل فيه نفاطات في الأغشية المخاطية أحياناً .
- صمم عصبي وراثي مترقي ببطء .

التشريح المرضي النسجي : النفاطة فيه تحت بشروية وتقع تحت الصفيحة الكثيفة (نفاطة بانحلال أدمي) . تتواجد إيجابية الغشاء القاعدي بالبأس ومكوناته الأخرى في سقف النفاطة ، ولا يوجد فرق بين المناطق المصابة من الجلد والمناطق غير المصابة وخاصة التبدلات التنكسية في الألياف الكلاجيلية .

انحلال البشرة الفقاعي الحثلي نموذج ديستس
[Hashimoto, Schnyder Anton – Lamprecht]
[1976] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الضموري المعمم نموذج ديستس .

الموجودات السريرية : وصف هذا الشكل عند مريض سويسري فقط من بلدة ديستس . وهذا المرض ولادي ، معمم ، حثلي ، غير ممت . تحدث فيه النفاطات عفواً أو نتيجة

الرض . يكون جلد ظهر اليدين فيه ضامراً . ولا تتشكل فيه الدخينات . إنما نجد تشوهاً في الأظفار . وتبقى أغشية الفم والمريء طبيعية ، وكذلك القدرة العقلية .

التشريح المرضي النسجي : الفقاعة تحت بشروية . حيث تشبه فقاعة انحلال البشرة الفقاعي الممت ، والانفصال الجلدي يقع بين الخلايا القاعدية والصفيحة الصافية من الغشاء القاعدي (نفاطة موصلية) . تكون إيجابية الغشاء القاعدي بالبأس في قاعدة الفقاعة . ولما تستقصي مكونات الغشاء القاعدي الأخرى بعد .

انحلال البشرة الفقاعي البقي أو نموذج أمستردام
[Woerdermann 1958] :

المرادفات : الحثل الفقاعي الوراثي نموذج أمستردام .

وصف المرض من قبل وردرمان في أمستردام ويورث من خلال الصبغي X وهذا المرض نادر جداً ، ويتظاهر باندفاعات نفاطة معممة شبيهة بالفقاعاني Pemphigoid . ويتصف أيضاً بفطر تصبغ ، ونقص تصبغ ، وخفة الأشعار ، وبأصابع مخروطية ، وتشوهات ظفرية ، وازرقاق نهايات ، وحثل قرنية ، وصغر الرأس ، وتحلف عقلي . تكون إيجابية الغشاء القاعدي بالبأس في قاعدة النفاطة . هذا وإن حياة المصابين لا تطول عادة .

انحلال البشرة الفقاعي وغياب الجلد الموضع الولادي
[Bart 1966] :

المرادفات : متلازمة بارت ، غياب الجلد الموضع المترافق بشذوذات شبيهة بانحلال البشرة الفقاعي .

التعريف : يشبه هذا الجلاد انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الموضع ، ولكنه يتراجع خلال بضعة أشهر .

الحدوث : وصفت فيه بضع حوادث . ويرجح انتقاله بصبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية : تلاحظ الفقاعات عند الولادة والأطفال في الفخذين والأليتين بشكل خاص أو أحياناً على المرفقين . ولا تتوضع في المكان المعرض للرضوح فقط . وتتصف النفاطات بما يلي :

- نفاطات محدثة بالرضوح في الجلد والأغشية المخاطية .
- عيوب جلدية محدودة (لا تنسج Aplasia جلدي محدود) ، وبخاصة في النهايات السفلى .
- تشوهات أظفار (لا تنسج وحثل أظفار) .

التشريح المرضي النسجي : يقع الانفصال الجلدي في منطقة

حوص - بشروي - الأدمي فوق مكان إيجابية الغشاء القاعدي
نادر . حيث يقى الغشاء القاعدي في قاعدة الفقاعة .

لحوص : يشفى المرض خلال أسابيع إلى أشهر مع ندبات
ضمورية والتصاقات القرنية ودخينات بعد فقاعية .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه عن الأشكال الأخرى من
خلال بشرة الفقاعي ، إنذاره سليم عادة . ويفرق عن
الأشكال الأخرى بتراجعه العفوي وبالألا تنسج الجلدي .

ملاحظة : عرضية وقد تعطى الصادات .

انحلال البشرة اللاوراثي

Nonhereditary Epidermolysis

انحلال البشرة الكسبي [E. B. Acquisita Kablitz]
[1904, Woodley 1968] :

تعريف : يشبه هذا المرض غير العادي الفقاعي الفقاعي
كثير . لكنه لا يستجيب للسيروئيدات القشرية ، وله آلية
مرضية مختلفة ، ويتصف بتشكيل نفاطة بالانحلال الأدمة . ويشبه
بعض نيرفيرية الجلدية الآجلة ، والفقاعي الندي ، وانحلال
بشرة الفقاعي الخثلي .

الحدوث : نادر المشاهدة . يحدث بعد الطفولة وخاصة عند
تأخير . ولا توجد إصابات عائلية .

الموجودات السريرية : يتصف المرض بطفوح فقاعية ،
وتوضع غالباً في مناطق الرضوح . كما في انحلال البشرة
تفقي خثلي وتميل للتوضع على اليدين ، والرفقين ،
وقدمين . وتركيتين ، وتشفى بعد أن تترك ضمورات ندية
خفيفة ، ودخينات بعد فقاعية . تصاب الأغشية المخاطية في
50% من الحالات وتؤدي بذلك إلى صعوبات غذائية حقيقية .

يمكن أن تترن الإصابة بالانحلال البشرة الكسبي مع الداء
نشواني ، وبيضاض الدم والورم النقوي العديد ، والتهاب
نحرق المزمن أو التهاب الكولون القرصي .

التشريح المرضي النسيجي : تشكل النفاطة فيه تحت بشرية ،
وتتوضع إيجابية الغشاء القاعدي بالبأس في سقف الفقاعة ، لأن
انفقاغة المتشكلة بالانحلال الأدمة تحدث تحت مكان إيجابية
الغشاء القاعدي بالبأس ، وينطبق هذا أيضاً على مكونات
الغشاء القاعدي . وهذا يفسر الندبات الضمورية التي تحدث
فيه كما في أشكال انحلال الأدمة الوراثية الخثلية (انحلال البشرة
الفقاعي الخثلي) .

التشريح المرضي المناعي : يلاحظ توضع خطي IgG على
الغشاء القاعدي بالموضان المناعي المباشر كما هو الحال في
الفقاعي الفقاعي وكذلك الحال بالنسبة للغلوبولينات IgA ،

IgM والتممة . وتشير الدراسات بالمجهر الإلكتروني إلى توضع
IgG تحت الصفيحة الكثيفة من الغشاء القاعدي . وليس في
الصفيحة الصافية كما في الفقاعي الفقاعي . ويمكن أن توجد
أضداد جولة في المصل ضد بروتين في الغشاء القاعدي وزنه
الجزئي ٢٩٠ كيلو دالتون ، بينما تكون في الفقاعي الفقاعي
حوالي ٢٢٠ كيلو دالتون ، والمستضد ذو الوزن الجزئي ٢٩٠
هو الكلاجين VII . وهذه الموجودات تفرق بين انحلال البشرة
الكسبي والفقاعي الفقاعي .

التشخيص التفريقي : يفرق انحلال البشرة الكسبي عن
الفقاعي الفقاعي بأن الأول تظهر فقاعاته في أماكن الرضوح
وتتصف بميلها للتندب . ويفرق أيضاً بالموجودات التشريحية
المرضية المناعية . يشبه المرض النيرفيرية الجلدية الآجلة ولكن لا
ترتفع فيه قيم النيرفريات . ويميز عن انحلالات البشرة الفقاعية
الوراثية بأنه يظهر متأخراً . ويشخص انحلال البشرة الفقاعي
الكسبي بعد نفي الأشكال الأخرى من الأمراض الفقاعية
واستناداً إلى الموجودات التشريحية المرضية المناعية .

المعالجة : يختلف هذا المرض عن الأمراض الفقاعية الأخرى
بعدم استجابته للسيروئيدات القشرية ، ويعتبر ذلك علامة
مهمة . ويستطب فيه إعطاء السولفونات (دابسون) ،
آزاثوبرين ، سيكلوسبورين آ ، والفيتامين (E) بمقدار
٦٠٠ - ١٢٠٠ ملغ/يومياً .

الأمراض الفقاعية Pemphigus Diseases :

لا تشفى هذه المجموعة من الأمراض عفوياً ، وتتصف
بانحلال الأشواك في البشرة مؤدياً إلى تشكل الفقاعات .
ويؤدي انحلال الأشواك إلى فقدان الارتباط بين الخلايا البشورية
وتتبط تشكيل الحبيبات الرابطة من جديد . أما الخلايا المنحلة
الأشواك والتي تسمى أيضاً بالخلايا الفقاعية فيمكن كشفها
وملاحظتها باللطاخات الخلوية المأخوذة من قعر الفقاعة
(طريقة ترانك) ولها قيمة تشخيصية . ويرجح أن الأضداد
الذاتية المتوضعة على سطح الخلايا هي المسؤولة عن انحلال
الأشواك وعن تثبيط تشكل جسيمات الربط الجديدة التي تربط
بين خلية وجارها في البشرة . ويمكن كشف هذه الأضداد
الظهارية (الأضداد الفقاعية) بطريقة الومضان المباشر والتي
توجد في الأحياز ما بين الخلايا في المناطق القرية من
النفاطات . ويمكن كشف الأضداد الجولة في الدم بطريقة
الومضان المناعي غير المباشر .

تتضمن هذه المجموعة مايلي :

- ١ - الفقاع الشائع Pemphigus Vulgaris والفقاع التنبقي
P. Vegetant .

- الفقاع الورقي P. Folioceus ، الفقاع البرازيلي ، الفقاع الحمامي P. Erythematosus .
- الفقاع العائلي المزمن P. Chronic familial ، ويؤدي انحلال أشواك فيه ، غير أن الموجودات التشريرضية المناعية فيه سلبية ، والمرض يورث ويشبه مرض داربييه وقد أوردناه في هذا الفصل من أجل التشخيص التفريقي .
- جلاد انحلال الأشواك العابرة Transitory Acantholytic Dermatitis ويحدث في هذا المرض انحلال الأشواك ، لكن دون موجودات مناعية .

الفقاع الشائع P. Vulgaris :

التعريف : الفقاع الشائع مرض حاد أو مزمن ، يتظاهر بانفجاعات فقاعية داخل بشرية تحدث نتيجة انحلال الأشواك في الجلد السليم أو الأغشية المخاطية . والمرض ممتد إذا لم يعالج . يمكن كشف الأضداد الفقاعية الموجهة ضد الخلايا البشرية في مصل المرض (الطريقة غير المباشرة) وفي المناطق المصابة من الجلد (الطريقة المباشرة DIF) (راجع الشكلين ١٥ - ٣ ، ١٥ - ٤) .

الحدوث : مرض غير شائع وليس له ارتباط بالجنس ، يرجح أنه أكثر تواجداً لدى اليهود ، وأكثر ما يصيب الأعمار بين ٣٠ - ٦٠ ولكن قد يشاهد عند الأطفال أو في سن متأخرة . ويتصف بتواجد HLA - A13 وكذلك HLA - DR4 ولقد وجد هذا المستضد عند ٩٠٪ من المرضى اليهود .

الإمراض : أسباب المرض غير معروفة . وقد افترض سابقاً أنه ناجم عن خمج حموي Viral بطيء ، ويفترض أنه مرض مناعي ذاتي . وأهم حديثة في إمرضه هي ما يحدث في البشرة ، ولقد كشف المجهر الإلكتروني تحرب الجسيمات التي تربط ما بين الخلايا البشرية في مرض الفقاع الشائع ، وعدم تشكل جسيمات جديدة . وهكذا يتعرض الارتباط ما بين خلايا البشرة إلى التأذي ، ويرجح أن السبب في هذا مناعة ذاتية وذلك للأسباب التالية .

تكشف طريقة الومضان المناعي المباشر أضداداً في جميع الحالات (غالباً IgG) وعوامل التمتدة أيضاً وذلك على سطح الخلايا في المناطق المصابة وفي جوارها .

- تكشف طريقة الومضان غير المباشرة أضداداً فقاعية (مضادة للنسيج الظهاري) في مصل المرض . وفي الكثير من الحالات يجاري عيار الأضداد هذا شدة الداء .

- يمكن إحداث انحلال أشواك في حيوانات التجربة ، وذلك بنقل مصل المرض المنفعل إلى هذه الحيوانات .
- يمكن أن يحدث المرض نتيجة حدوث تفاعل مناعي ذاتي بعد تناول بعض الأدوية ومن هذه الأدوية Indomethacin, Isoniazide, Captopril, Penicillin, Phenylbutazone, Ethambutol, Pyritinol, Propranolol Penicillamine, Rifampicin . يضاف إلى ذلك حدوث فقاع شائع بعد حرق حراري ، حرق شمسي ، والتعرض للأشعة فوق البنفسجية وأشعة X .
- سجل تواجد الإصابة بالفقاع الشائع مع أمراض مناعية ذاتية أخرى كالوهن العضلي الوبيل ، والذئب الحمامي ، والتهاب الدرق المناعي الذاتي ، والورم التوتّي ، ومتلازمة سجوجرين ، والفقاعاني الفقاعي ، وفقر الدم الوبيل ، وداء هودجكن .

يشير كل ما ذكر أعلاه إلى دور الأضداد في هذا المرض والتي تلعب دوراً إمرضياً وبشكل واضح كما يشير إلى أن حدوث تفاعل مناعي على سطح الخلايا البشرية . يقود ذلك إلى انطلاق عامل يؤدي إلى انحلال أشواك فقاعي ما بين الخلايا المقرنة ، وبذلك يحدث انحلال الأشواك .

الموجودات السريرية : يحدث فجأة دون سبب واضح . ويتصف بظهور فقاعات رخوة ذات محتوى مصلّي ، تبدأ بالظهور غالباً في السرة ، أو في الفروة أو في الفم . ثم تنفتح الحويصلات بسرعة ويظهر مكانها تآكلات حمراء اللون . يبدأ تشكل الجلب بينما تتسع النفاطة في المحيط . ويتجدد تشكل النفاطات في نفس المنطقة أو مناطق أخرى . ويكون محتوى الفقاعات مصلياً وليس مدمى . يبدأ المرض في جوف الفم في ٥٠٪ من الحالات . ويسيطر على اللوحة السريرية للمرض الحويصلات الصغيرة والنفاطات التي تتسحج وتؤدي إلى التآكلات المؤلمة . ويمكن أن تصاب العينان (التهاب الملتحمة مزمن ، التهاب حواف الأجفان ، دون تشكل ندبات) .

يمكن أن تصاب الشفتان خلال سير المرض (الحفرة الإبطية ، الشفة تحت اللثدي ، الشفة الأربية) وكذلك باقي أنحاء الجلد . تتشكل النفاطات على قاعدة من الجلد سليمة ولكن قد تحاط بهالة النهاية . ولا تلتئ هذه النفاطات أن تنفجر وتترك تآكلات وذلك لأن سقفها رقيق وغير ثخين . وإذا ما ترك المريض دون معالجة لفترة زمنية معينة فإنه يراجع بعدها الطبيب بمساحات واسعة من التآكلات وطالما بقيت هذه التآكلات دون تقيح ثانوي يمكن أن تشفى دون أن تترك أثراً ، بينما

تشكل فقاعات أخرى جديدة في نفس الأمكنة أو في أمكنة جديدة . وإذا ما استمر تشكل الفقاعات يصبح الجلد المعرى واسعاً ويزداد تشكل الجلب .

وعندما يضغط الجلد في المناطق التي يبدو فيها سلباً تترحل الطبقات العليا من البشرة بسهولة (ظاهرة نيكولسكي I) . وتشير هذه الظاهرة إلى اضطراب ارتباط خلايا البشرة ببعضها وذلك بسبب انحلال الأشواك . ويؤدي ضغط ذروة الفقاعة إلى انسياب محتواها في البشرة (ظاهرة نيكولسكي II) . ولا تحدث أي من هاتين الظاهرتين أثناء تحسن المرض وتبين هاتان الظاهرتان بأن الرضوح الميكانيكية عامل حاسم في توضع الفقاعات ، الأمر الذي يفسر ظهورها على الأليتين ، والظهر ، وتحت الثديين والناحية الأربية .

الأعراض : المرض غير حاك ولكن التآكلات مؤلمة ونازفة وتشكل على أعقابها جلب مدامة ، ويمكن أن تتقيح ثانوياً . كما أن التآكلات القموية مؤلمة وتؤدي إلى صعوبة في تناول الطعام .

الموجودات المخبرية : ليست للموجودات المخبرية من أهمية خاصة في تشخيص المرض . ترتفع سرعة التثفل في الحالات المتقدمة .

ويصاب المرضى بفقر دم ناقص الصباغ ، ويرتفع تعداد الكريات البيض مع زيمان نحو اليسار معتدل ، وترتفع الحمضات أحياناً . يمكن أن يصاب المريض بنقص البروتينات وخلل ثانوي المنشأ (نقص آحين وزيادة ألفا ، وبيتا وخاصة غاما غلوبولين) . وتحدث تغيرات في الكهروليات Electrolyte حيث ينقص الصوديوم والكلور والكالسيوم في المصل .

اللطاخة الخلوية الفقاعية : وصف ترانك الخلايا الفقاعية المنحلة الأشواك عام ١٩٤٧ ، وسميت بخلايا ترانك ، ونجدها من لطاخة مأخوذة من قاعدة نفاطة ، انفجرت حديثاً ، والخلايا هذه نموذجية لكنها ليست نوعية للفقاع الشائع (راجع الشكل ١٥ - ٥) نحصل على هذه الخلايا بفتح نفاطة حديثة . وتؤخذ اللطاخة بواسطة عروة بلاطين أو بالمشروط من قاعدة النفاطة وتوضع على صفيحة زجاجية ، وتلون بملون غرينوالد - غمز Grunwald - Giemsa .

نجد بفحصها تحت المجهر خلايا بشرية مبعثرة أو مجمعة مع بعضها دائرية الشكل وفاقدة الاتصال بالخلايا الأخرى ، نواها أسمة كبيرة ومحاطة بمنطقة نيرة . تحتوي هيولاهها على الرنا RNA . وتعتبر طريقة ترانك ذات فائدة في وضع التشخيص البدئي للمرض ، غير أنها لا تغني عن التشرح المرضي النسجي والتشرح المرضي المناعي .

التشرح المرضي النسجي : يوجد وذمة خفيفة ما بين الخلايا في الطبقات السفلى من البشرة ، وانفصال في البشرة فوق الطبقة القاعدية ، وحدوث التحوصل . ويقود الانفصال في الجسيمات الرابطة في الخلايا البشرية إلى تشكل شقوق في البشرة ونفاسطات بشرية . ويبين المجهر الألكتروني قلة الجسيمات الرابطة في البشرة من الجلد الطبيعي سريراً وتوجد خلايا من العدلات أو الحمضات في جوف الفقاعات القديمة ، التي يمكن أن تبلم الخلايا البشرية المنتخرة . ويمكن أن نجد سفاجاً يوزنياً (حمضياً) واندخال البشرة بالحمضات أما الموجودات في الأدمة العليا فغير وصفية وتبدي التهاباً خفيفاً ، ويغلب أن يكون من الحمضات . وتكون الرشاحة الأدمية في الآفات القديمة غير نوعية .

الناسيات في الفقاع الشائع : تكشف الطريقة الومضانية المباشرة Direct Immunofluorescence (DIF) توضع الغلوبولينات (بصورة رئيسية IgG ومكونات المتممة وخاصة C₃) في البشرة ما بين الخلايا المالبليكية (راجع الشكل ١٥ - ٦) وتبين الطريقة غير المباشرة Indirect Immunofluorescence (IIF) وجود أضداد فقاعية في مصل المرضى ضد مكونات ما بين الخلايا الظهارية في البشرة (ظهارة الشفة وظهارة المريء) . وتوجه الأضداد المناعية الذاتية في الفقاع الشائع ضد بروتينات سكرية على سطح الخلايا البشرية وزنها الجزيئي حوالي ٢١٠ كيلو دالتون . ويعتقد أن هذه الأضداد الذاتية المرتبطة على سطح الخلايا البشرية تؤدي إلى إطلاق إنظيمات حالة داخل الخلايا المالبليكية التي تؤدي إلى انحلال الأشواك (= أضداد ذاتية سامة للخلايا) .

وتوجد أضداد شبيهة بأضداد الفقاع وبمعارات منخفضة في بعض الحالات ، وهذه الأضداد الشبيهة بأضداد الفقاع تتفاعل مع زمرة الدم آ و ب ويمكن إزالتها بالامتصاص . وقد وجدت هذه الأضداد أيضاً في الحروق ، ومتلازمة لايل ، والأخماج بالفطور الشعروية ، وفي التفاعلات الدوائية الحديثة ببعض الأدوية كالبنسلامين ، والبنسلين ، وفينيل بوتازون ، والكلوروبرومازين .

المسير : لا يمكن التنبؤ بمسير المرض ، حيث قد تبقى بضعة فقاعات على الجلد أو الأغشية المخاطية لسنوات عدة ، وبالمقابل يمكن أن تتردى حالة الجلد والأغشية المخاطية فجأة ثم تميل للتراجع خلال أسابيع . وإذا لم يعالج المرض يؤدي للوفاة خلال ١ - ٣ سنوات . ويصيب المرض الأغشية المخاطية بنسبة كبيرة

الجدول ١٥ - ٣ : الأضداد الفقاعية في المضادات في الجلادات
الفقاعية التي تصف بانحلال الأشواك

التشخيص	نسيجياً		الوضمان المناعي	
	انحلال أشواك	الطريقة غير	الطريقة	
		المباشرة IIF	المباشرة DIF	من الجلد المصاب
الفقاع الشائع	+	+	+	
الفقاع التنبئي	+	a+	+	
الفقاع الورقي	+	a+	+	
الفقاع الحمامي	+	a+	+	
الفقاع العائلي	+	-	-	
الحميد المزمن				
(مرض هائي - هائي)				
مرض داربيه	+	-	-	
الشكل الفقاعي				
جلاد انحلال	+	-	-	
الأشواك العابر				

a + قد تدعو الحاجة إلى إعادة إجراء الاختبار كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع .

الشديدة من المرض جرعات عالية تصل ١٦٠ - ٢٤٠ ملغ/يومياً من الريدنيزون أو ما يعادله من السيروتويدات الأخرى كالريدنيزولون ، متيل برينديزولون ، أو الفلو كورتولون . وتعطى الجرعات اليومية في الحالات المعتدلة الشدة بمقدار ١٢٠ - ٢٠٠ ملغ ، وبمقدار ٨٠ - ١٢٠ ملغ في الحالات الأقل شدة وحتى التحسن الكامل . وقد نحتاج للوصول إلى ذلك مدة ٤ - ٨ أسابيع . ثم تخفض الجرعات بسرعة نسبياً حتى تصل إلى جرعة صغرى تبقية هاجماً . ويتم التخفيض بمقدار ٥ - ١٥ ملغ يومياً من الريدنيزولون أو ما يعادل هذا المقدار من الأنواع الأخرى . وقد يحدث النكس إذا ما خفضت السيروتويدات القشرية بسرعة كبيرة . والحل الأمثل أن نصل بالجرعة إلى الحد الذي يمنع من ظهور المرض دون تأثيرات جانبية . غير أن هذا ليس بالأمر السهل دوماً .

لدى المرضى ، ويجعل تناول الطعام والشراب مؤلمين جداً . ويفقد المريض شيئاً من وزنه نتيجة العزوف عنهما . يؤدي ظهور فقاعات في الأغشية المخاطية للأنف والمنتحمة والشرح إلى تآكلات مؤلمة في هذه المناطق . ولقد ذكرت إصابة العفج والقولون . ويكشف الفحص المباشر الجراثيم من اللطاخات في الفقاعات القديمة وفي التآكلات ، وبالتالي تصبح إمكانية حدوث الحمج الثانوي واردة جداً .

وإذا ما بقي الفقاع الشائع لفترة طويلة ، أو كان ذا سير مترقى أدى المرض إلى سوء الحالة العامة ، وأصيب المريض بالدعث وفقدان الشهية ونقص الوزن وقد ترتفع حرارة المريض ويصاب بالحمى وحدوث إنتانمية (إنتان دموي) وقد يؤدي المرض بحياة المريض بعد عدة أشهر إذا كان سيره حاداً ، أو قد يسير بهجمات وهذات خلال بضع سنين ، نتيجة اختلاطات ثانوية كإنتان الدم ، التهاب الرئة والقصبية ، والدنف . وغالباً لا يموت المريض من الفقاعات الجلدية بمحد ذاتها ويبين فحص الخثة آفات مجموعية غير نوعية للمرض والتي تشير إلى أن سبب الوفاة هو المضاعفات الثانوية ، أكثر مما هي ناتجة عن الفقاع نفسه .

الإنذار : يعطى الإنذار بحذر ، حيث يجب أن نتوقع التأثيرات الحسائية إذا ما احتاج المريض إلى جرعات عالية من السيروتويدات القشرية و/أو الأدوية الموقفة للخلايا Cytostatic لفترة طويلة . ولا ندري لماذا ينتشر الفقاع الشائع لدى اليهود ويكون ذا سير شديد لديهم أكثر مما هو عند غيرهم .

التشخيص التفريقي : يجب تمييز الفقاع الشائع عن الفقاعاني الفقاعي ، والتهاب الجلد الحلي الشكلى ، والطفوح الفقاعية الانسائية ، والحمامى عديدة الأشكال ، وانحلال البشرة الفقاعي الكسبي ، والبرفيرية الجلدية الآجلة ، ويفيد في تشخيصه وتفريقه القصة المرضية والفحص النسيجي لحويصل صغير حديث التشكل وكذلك بالدراسة الومضانية المناعية وبسيره . أما توضعاته على الأغشية المخاطية ، فيجب تفريقها عن أمراض القلاع ، والذآب الحمامي التآكلي والحزاز المسطح التآكلي .

المعالجة : قلت نسبة الوفيات بهذا المرض بنسبة ٥٠٪ بعد استعمال السيروتويدات القشرية وكابتات المناعة والهرمون ACTH في معالجته . تعطى السيروتويدات القشرية بجرعات عالية لإحداث هجوم الداء بسرعة ، حيث تعطى في الحالات

ومن التأثيرات الجانبية الممكن حدوثها أثناء المعالجة الستيروئيدات القشرية : القرحة المعدية ، أو انتقاب معدي ، أو فرط توتر شرياني ، أو خثار ، أو تخلخل عظام ، أو تنشيط سس كامن ، أو الإصابة بالمبيضات البيض . ينصح أحياناً شراكة بين الستيروئيدات القشرية وكابتات المناعة وتسمح من هذه المشاركة من تخفيض جرعة الستيروئيدات .

غير أن الخوف من حدوث الأنحاج الثانوي وخاصة التهاب الرئة والقصبات ينصح بالمشاركة عندما يخف الداء وتكون جرعة الستيروئيدات القشرية بمقدار ٦٠ ملغ من نريدنزون . يتمتع الأزانثوبرين بتأثير موقف للمراضة في حالات الخفيفة فقط ، حيث يمكن أن يعطى لوحده وبجرعة يومية مقدارها ١٠٠ - ٢٠٠ ملغ . ويبدأ تأثير الأزانثوبرين بعد ٣ - ٦ أسابيع وعندها يمكن أن تخفض جرعة الستيروئيدات القشرية . أما الاندفاعات القموية فتستجيب قليلاً لهذه المعالجات . ويجب أن نراقب المريض مخافة حدوث لتأثيرات الجانبية مثل قلة البيض ، والميل لحدوث الأنحاج ، وقصور الكلية .

يعطى السيكلوفوسفاميد بمقدار ٥٠ - ١٠٠ - ١٥٠ ملغ

يومية والمتوتركسات بمقدار ٢٥ - ٥٠ ملغ حقناً وريدياً أو ١٥ - ٢٥ ملغ عن طريق الفم أسبوعياً كما في الصدف ولها نتائج جيدة ، وخاصة بعد أن تكون الستيروئيدات القشرية بالجرعات العالية قد أدت إلى إخماد الداء وتحسنه . وكذلك وضعت برامج لجرعات عالية متقطعة من الديكساميثازون - سيكلوفوسفاميد .

تعطى أملاح الذهب ، والتي توصف في الداء الرثواني ، لمعالجة الفقاع وذلك حقناً عضلياً ، وتقيد في إخماد الداء . يعالج الداء في حالاته الشديدة بفصادة البلازما (المصورة) Plasmapheresis حيث تكون عبارات الأضداد الفقاعية عالية في المصل والتي لا تستجيب للجرعات العالية من الستيروئيدات . ويعتبر علاجاً مفيداً .

يعطى السيكلوسبورين بمقدار ٥ - ٦ ملغ/يومية ويبدو أنه مفيد أيضاً .

معالجة الأنحاج الفطرية والجرثومية : تعطى الصادات المناسبة في الأنحاج الجرثومية الثانوي ، ومضادات الفطور في الأنحاج الفطرية ، وينقل الدم في فقر الدم عند الضرورة .

الجدول ١٥ - ٤ : بين التشخيص التفريقي بين الفقاع الشائع والفقاعي الفقاعي والتهاب الجلد الحلثي الشكل

التهاب الجلد الحلثي الشكل	الفقاعي الفقاعي	الفقاع الشائع	
٢٠ - ٥٥	فوق ٦٠	٣٠ - ٦٠	بدء المرض / بالسنين /
الرجال بصورة رئيسية وبنسبة ١ : ٣	انثساء أكثر ، وفي الأعمار المتقدمة يصيب الرجال بشكل أكبر	نساء ورجال	الجنس
تحت حاد	معظم حاد إلى تحت حاد	موضع لأشهر عدة وغالباً ٦٠٪ في الفم لا يوجد	سير بدء المرض
الجانب الوحشي من الذراع والفخذ والناحية القطنية والأليوية والكتفين والرأس	الثنية المرفقية، تحت الإبط، أنسي الفخذ	نفاطات جلدية رخوة غير نزفية ، غالباً على جلد سليم وتآكلات	الميل للتوضع
عديدة الأشكال وعلى هيئة مجموعات حمامية ، شروية ، بقع إكزيمية مع حويصلات مجتمعة حلثية الشكل ، جلب ، تآكلات	عديدة الأشكال : فقاعات متوترة محتواها نرقي غالباً ، تشفى التآكلات ببطء وهي على قاعدة حمامية	نفاطات جلدية رخوة غير نزفية ، غالباً على جلد سليم وتآكلات	الأعراض الجلدية
مرتفعة (٣٠٪ من الحالات) حكة حارقة أو ألم	طبيعية إلى معتدلة تآكلات مؤلمة	طبيعية إلى معتدلة تآكلات مؤلمة	الخمضات في الدم الأم

الإنداز	ميت إذا لم يعالج	ميت في ٥٠٪ من الحالات إذا	سليم وغير ميت
إصابات الأغشية المخاطية	دائماً	نادرة (١٠ - ٢٠٪) وهي	غير شائعة
إصابة العينين	محتملة	نادراً جداً	لا يصيب العينين
ظاهرة نيكولسكي I	إيجابية في الجلد الطبيعي	أحياناً إيجابية في منطقة البقع	سلبية
ظاهرة نيكولسكي II	إيجابية	إيجابية	سلبية
التفاعل اليودي	سليبي	سليبي	إيجابي
توضع النفاطة	فوق الطبقة القاعدية ومنحلة	نفاطة تحت بشروية حويصلية	نفاطة تحت بشروية وبانخلال الأدمة
خلايا ترانك	إيجابية	سلبية	سلبية
الومضان المناعي المباشر (DIF)	توضع IgG والمتمة C3 في البشرة	توضع خطي IgG و C3 في منطقة الغشاء القاعدي	توضع حبيبي أو خطي IgA (والمتمة C3) في الحليمة الأدمية
الومضان المناعي غير المباشر (IIF)	أضداد من نوع IgG جواله في المصل ضد الغليكو - بروتينات في سطح الخلايا البشروية	أضداد جواله في المصل من نوع IgG (٨٠٪) ضد بروتينات الغشاء القاعدي في الصفيحة الصافية في ٨٠٪	أضداد جواله في المصل من نوع IgA و IgG ضد الشبكين ، غليادين أو إندومايسيوم Endomysium (٣٠ - ٦٠٪)

الموجودات السريرية : يشبه المرض سريرياً التهاب الجلد الحلي الشكل ، حيث يتظاهر باندفاعات عديدة الأشكال حطاطية ، حويصلية ، حمامية ، حلقية الشكل في ترتيبها . تكون الاندفاعات حاككة أو تؤدي إلى حس حرقان . ويمكن أن تتوضع في الأماكن المتقاة لالتهاب الجلد الحلي الشكل .

التشريح المرضي النسيجي : يفضل تكرار اخذ الخزعات حيث قد نجد حويصلاً سطحياً فيه انحلال أشواك أو سفاج بالحمضات (بوزني) ، أي تجمع حمضات داخل بشروي ، ولكنه غير التجمع بالعدلات في الحويصل تحت بشروي والذي هو من صفات التهاب الجلد الحلي الشكل .

التشريح المرضي المناعي : يتصف بوجود أضداد بشكل رئيسي IgG ، C₃ في الأحياز ما بين الخلايا البشروية بالومضان المباشر . وغالباً ما نجد سلبية أضداد IgG الجواله في المصل .

السر : مزمن وناكس ، دون شفاء عفوي .
المعالجة : يستجيب جيداً للمعالجة بالستيروئيدات القشرية وبمقدار ١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً . ويستجيب للمولفون في بعض الحالات .

الفقاع المشبه بالحمامي الحلقية **Pamphigus Resembling Erythema Annulare**

يأخذ هذا الشكل آفات شبيهة بالحمامي الحلقية ويترأى

يعطى المريض السوائل الكافية والطعام الغني بالبروتينات والفيتامينات وخاصة ث و ب المركب ويعطى البوتاسيوم في الحالات التي تعطى فيها الستيروئيدات لفترة طويلة إذا لزم الأمر .

المعالجة الموضعية : تطبق المعالجات الموضعية للوقاية من الأخماج الثانوية وتساعد في شفاء الفقاعات والتآكلات ، والمعالجة بالستيروئيدات الموضعية ليست فعالة كثيراً . والتحريرات الجرثومية والفطرية المحتملة واجبة أيضاً بين الفينة والأخرى . تطبق الأصبغة أو المطهرات المناسبة لمعالجة التآكلات . وتعتبر مغاطس برمنغنات البوتاسيوم والمنظفات مفيدة أيضاً .

أشكال خاصة ونادرة من الفقاع :

أدى تقدم الدراسات النسيجية والنسجية المناعية ودراسات المجهر الألكتروني إلى وجود أشكال خاصة من الفقاع غير نموذجية ، وقد يلتبس الأمر على الطبيب بأنها ليست فقاعاً في البداية . وهذه الحالات نادرة المشاهدة وتحتاج لبعض الشرح والتفصيل .

الفقاع الحلي الشكل **Pemphigus Herptiformis**

[Floden and Gentile 1955, Winkelmann and Roth]
[1960, Jablonska et al 1975]

المترادفات : التهاب الجلد الحلي الشكل منحل الأشواك .

بحويصلات كبيرة أو صغيرة تتوضع على هيئة حلقة أو إكليل حمامي .

التشريح المرضي النسيجي : تشكل فقاعي بشروي نموذجي مع انحلال أشواك سطحي .

الومضان المناعي النسيجي : تتوافق الموجودات بالطريقة المباشرة وغير المباشرة مع الفقاع الشائع .

المعالجة : معالجة مختلطة حيث يعطى السولفون ١٥٠ - ٢٠٠ ملغ يومياً مع كمية متوسطة من الستيروئيدات القشرية ٤٠ - ٦٠ ملغ بريدنيزولون يومياً .

الفقاع المشبه بالمذح Pamphigus Resembling Intertrigo :

قد يقلد الفقاع المذح عند الأشخاص المتقدمين بالسن . ويؤدي لحدوث تآكلات في الثنيات تحت الثديين أو الحفرتين الإبطيتين مما يسبب الوقوع في الخطأ في تشخيص هذه الحالات . لا يستجيب للمعالجة بمضادات المبيضات البيض وهي سلبية . ويوضع التشخيص بناءً على الموجودات النسيجية ، وتشبه الموجودات النسيجية موجودات الفقاع الورقي ، ويجب نفي مرض هائي - هائي .

التشريح المرضي المناعي : تكشف الطريقة المباشرة ومضان ما بين الخلايا المالبكية في الأحياز ما بين الخلايا البشوية . بينما تبين الطريقة غير المباشرة وجود أضداد من نوع IgG بعبارة خفيفة .

السير : يلاحظ حدوث اندفاعات فقاع شائع نموذجي خلال سير المرض وأثناء الهجمات .

المعالجة : السولفون غير مفيد في معالجته . ويعالج بنفس معالجات الفقاع الشائع حيث يمكن إعطاء الستيروئيدات بمقدار ١٠٠ ملغ يومياً مشتركة مع الأزاثيوبرين وبمقدار ١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً .

مشاركة الفقاع والفقاعي الفقاعي :

توجد في هذه الحالات النادرة جداً حويصلات منحلة الأشواك من الناحية النسيجية ، وأضداد جولة في الطريقة غير المباشرة الومضانية وأضداد ما بين الخلايا البشوية بالطريقة المباشرة ، وترافق بأضداد مضادة للغشاء القاعدي .

الفقاع التبيقي Pamphigus Vegetans :

التعريف : شكل خاص من الفقاع الشائع يتصف بآفات حليمومية منتبذة عند مرضى لديهم مقاومة نسبية للمرض . ويميز

منه نموذجين : نموذج نيومان Neumann ونموذج هالوبو Hallepeau .

الفقاع التبيقي نموذج نيومان [Neumann type 1876] :

يتشكل هذا النموذج خلال سير الفقاع الشائع إما بشكل عفوي أو ينجم عن المعالجة بالستيروئيدات القشرية . يبدأ غالباً بحويصلات طرية بيضاء ، تتميز بسرعة وتشكل غموات حليمومية أو ما يسمى بالنباتات Vegetations . تشاهد الآفات خاصة في الثنيات التي تصاب بالمذح عادة (في الصوارين ، الطية الأنفية الشفوية والمناطق الفرجية والشرجية وفي الثنيات الإبطية والأربية) . (راجع الشكل ١٥ - ٧) . هذه المناطق التي تتسحج وتعتبر ملائمة لعمو الجراثيم والمبيضات البيض وحدثت الآفات الانتهاية الضخامية . وغالباً ما نجد بقايا نفاطات حول السطح المتأثر الناز ، أو نجد تنبتاً غير مغطى بالجلب . تجف الآفات وتأخذ سطوحاً ثولولية مفرطة التقرن مع تشققات مؤلمة .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد نفاطة فوق قاعدية منحلة الأشواك مع شواك وتحلم شديدتين ، وتشاهد غالباً خراجات صغيرة Microabscesses تحتوي الحمضات .

التشخيص : إجراءات التشخيص هي ذاتها كما في الفقاع الشائع .

الإنذار : يمكن أن يتطور إلى فقاع شائع مع حدوث نفاطات حادة . السير مزمن بشكل أطول ويؤدي المرض إلى مشاكل علاجية كثيرة .

التشخيص التفريقي : يجب تجنب الوقوع في الخطأ على أنه أورام قنيطية منبسطة ناتجة عن الإفرنجي الثانوي . ويجب أن نضع في حسابنا أيضاً الأشكال المنتبذة من الفقاعي الفقاعي والشواك الأسود والجلاد البرومي Bromoderma واليودي .

الفقاع المنتبذ نموذج هالوبو P. V. Hallepeau [1898] :

يشاهد هذا الشكل أيضاً في المناطق المذحية تحت الإبط وفي الناحية الأربية ومنطقة ما حول الشرج . والآفات البدئية ليست نفاطات وإنما بثرات صفراء مع تكاثر حليمومي متأثر على قاعدة من البثرات والتآكلات وتشكل في المحيط المتسع بثرات جديدة نموذجية للداء .

والسطوح المنتبذة مؤلمة ونازة وتميل لإحداث الأخماج الجرثومية والفطرية وتشم منها رائحة كريهة ، (راجع الشكل ١٥ - ٨) .

السير : سيره مزمن ويمكن أن يتحول المرض إلى فقاع شائع يقود للموت .

التشخيص التفريقي : كما في التشخيص التفريقي لنموذج نيومان يجب أخذ الأمراض البثرية المشابهة والتولولية بالاعتبار أثناء وضع التشخيص .

معالجة الفقاع التقي : يعالج نموذجاه السابقان معالجة جهازية كما في الفقاع الشائع ، ويحتاج نموذج هالوبو إلى كميات معتدلة من الستيروئيدات القشرية وهي كافية لتحسنه . وتستعمل أشعة X الطرية أو المعالجة الجراحية أو حقن معلق ترياميسنولون أسيتونايد بتمديد ١ : ٤ مع الديدوكاين وذلك داخل الآفة ويطبق المريض الحمامات المضاد لها المطهرات . ويمكن تطبيق الكريمات الكورتيزونية التي تحتوي الصادات ومضادات الفطور حيث قد تكون ذات فائدة ، كما أن المراهم الدهنية هي مضادات استطباب في هذه الحالات .

الفقاع الورقي [Pamphigus Foliaceus] Cazenave 1850 :

التعريف : الفقاع الورقي شبيه جداً بالفقاع الشائع . باستثناء انحلال الأشواك حيث يتم في الفقاع الشائع فوق الطبقة القاعدية ، بينما في الفقاع الورقي فيتم في الطبقات السطحية من الطبقة الشائكة أو الطبقة الحبيبية ولهذا يكون سقف الفقاعة فيه قليل الثخانة وتفتتح بسهولة . تنز آفاته وهي ذات رائحة كريهة وتغطي بجلب ووسوف نموذجية . وكما في الفقاع الشائع ، يكشف الومضان المناعي فيه ، بطريقته المباشرة وغير المباشرة أضداداً بشروية فقاعية ، ترتبط مع غليكوبروتين الأجسام الرابطة والتي يبلغ وزنها الجزيئي ١٦٠ كيلو دالتون (ديسموغلين I ، I Desmoglein) موجودة في الأجسام الرابطة في الأحيار ما بين الخلايا في المناطق الجلدية المصابة .

لحدوث : المرض نادر المشاهدة . ويمكن مشاهدته عند الأطفال . وتحدث الإصابة عادة في الأعمار ما بين ٣٠ - ٦٠ . ويذكر أنه يصيب اليهود بنسبة أكبر .

الإمراض : كما هو الحال في الفقاع الشائع والموجودات في الفقاع الورقي هي نفسها كما في الفقاع البرازيلي والذي يفترض أن سببه عامل خمجي . يثار الفقاع الورقي بأشعة الشمس أو بالرضوح .

الموجودات السريرية : يبدأ ويتطور في أي مكان من الجلد ، ولكنه يبدأ غالباً على الفروة والوجه أو القسم الأمامي أو الخلفي من الجذع . وتنبثق الحويصلات المنبسطة الرخوة وتتقرى وتأخذ مجتمعة شكل ما يشبه الفطيرة ، وهي وسفية ومتجلبة .

تؤدي إزالة الطبقات العليا من البشرة إلى تآكلات نازة ، تعطى رائحة مزعجة نتيجة تداخل الجراثيم مع المفرزات الجلدية . يتطور المرض إلى أحمرية ثانوية مع احمرار شامل تملوه جلبات ووسوف رطبة وتكون ظاهرة نيكولسكي إيجابية عادة . ويمكن أن تؤدي الأخماج الثانوية إلى إلتان دموي . ونادراً ما تشاهد تآكلات صغيرة في الأغشية المخاطية ، ويمكن حدوث التهاب ملتحمه قيحي (راجع الشكل ١٥ - ٩) .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد النفاطات في طبقات البشرة العليا (في الطبقات العليا من الطبقة الشائكة أو الطبقة الحبيبية) . تحدث تغيرات بشروية ثانوية مع شواك وتحلم وفرط تقرن وكذلك خطل التقرن . وتحدث رشاحة النهائية في الأدمة مؤلفة أحياناً من أعداد كبيرة من الحمضات .

اللطاخة الحلوية : توجد خلايا فقاعية (خلايا ترانك) المأخوذة من التآكلات الفقاعية .

المناعيات : تبين الطريقة المباشرة (DIF) أضداداً فقاعية مضادة للظاهرة وغالباً من نوع IgG . ولا توجد الأضداد الفقاعية الحوالة في جميع الحالات ، ويعتبر إجراء الاختبارات المتكررة بالطريقة المباشرة أمراً ضرورياً . وتشير الدراسات المناعية أن الأضداد الذاتية المصلية في الفقاع الورقي تختلف عن الأضداد الذاتية في الفقاع الشائع .

السير : سير الفقاع الورقي مزمن عادة . ويميل إلى السير المزمن عند الأطفال مع شفاء عفوي . وكذلك يكون سيره مزمنًا ومتقطعاً عند البالغين . ويقود المرض بعد أشهر أو سنوات إلى الدنف ثم الموت في الحالات غير المعالجة ، ويتوافق باضطرابات عامة ، وترفع حروري ، وأخماج ثانوية ، والتهاب رئة وقصبات ويورمية .

الإنذار : إنذار المرض أفضل بوجه عام عند الفتيان منه في الفقاع الشائع ويمكن أن يكون أسوأ في سن الخمسين وبعده .

التشخيص التفريقي : يمكن لهذا الداء أن يشبه التهاب الجلد المني إذا ما أصاب مركز الوجه ، أو الفروة ، أو الجذع وكذلك الذئب الحمامي تحت الحاد . تتسحج الآفات في الفقاع الورقي بسبب انحلال الأشواك ويكون للآفات رائحة خاصة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعالج في البداية بالستيروئيدات القشرية لوحدها ، ثم يمكن إشراكها مع كابتات المناعة كما في الفقاع الشائع .

المعالجة الموضعية : ينصح بإجراء المغاطس التي يضاف إليها المطهرات والمنظفات (برمنغنات البوتاسيوم ، أو سولفات

كيميائيون . أو المواد المهذئة (النخالة ، دقيق الشوفان) ، أو مواد مقبضة . ويمكن تجربة الستيروئيدات القشرية تحت ضماذ كيميائية ويجب مراقبة الأخماج الجرثومية والفطرية الثانوية ومعاجتها .

الفقاع الحمامي Pemphigus Erythematosus
[Senear and Usher 1926] :

مرذوف : الفقاع المئي ، متلازمة سينز - أوشر .

التعريف : يعتبر الفقاع الحمامي شكلاً موضعياً من الفقاع الورقي من الناحية السريرية والنسجية ومتشاركاً مع الذأب الحمامي .

الإمراض : يتوافق بإمراضه مع ما ذكرناه عن إمراض الفقاع الورقي ويعتبر المرض متشاركاً مع الذأب الحمامي حيث نجد ، بالإضافة إلى الأضداد الفقاعية ، أضداداً مضادة للنوى (ANAs) . يتفاقم الداء بأشعة الشمس والرضوح والأدوية (مثال : البنسلامين ، الكابتوبريل ، بروبيرانولول ، نابروسين ، نيازيدات) .

الموجودات السريرية : المرض نادر جداً ، وينحصر موضعه في الأماكن المثبة كالوجه ، والفروة ، والصدر ، والظهر ، ويمكن أحياناً تواجد بعض البقع المتناظرة . وتشبه الملاح السريرية نلاآفات في الوجه كلاً من آفات الإكزيمة المثبة Seborrheic Eczema ، أو آفات الذأب الحمامي الجلدي المزمن (SCLE) على الظهر والصدر وتميل آفات المرض إلى التجلب وحدوث التآكلات المسطحية ، وتشبه بذلك الفقاع الورقي . ولا تصاب الأغشية المخاطية ، بينما تكون الأعراض الشخصية خفيفة .

التشريح المرضي النسجي : التشريح المرضي في الفقاع الحمامي كما هو في الفقاع الورقي وتوجد رشاحة أدمية ، ويشخن الغشاء القاعدي الملون بالبأس كما في الذأب الحمامي .

اللطاخة الخلوية : توجد خلايا فقاعية متعددة ، وعدلات ، وخلايا خلل التقرن .

التشريح المرضي المناعي : تظهر الطريقة المباشرة DIF وجود أضداد فقاعية ضد ظاهرية من نوع IgG في الأحياز ما بين الخلايا وعلى سطح الخلايا المنحلة الأشواك ، وكذلك وجود أضداد متجانسة متوزعة على الغشاء القاعدي تحت البشرة (شريط الذأب) في ٨٠٪ من الحالات . ويمكن أن نجد الأضداد المضادة للنوى ANAs في ٣٠٪ من الحوادث . ونجد بالموضان المناعي غير المباشر IIF ، أضداداً فقاعية وأضداداً

مضادة للنوى في المصل ، وإذا كانت النتائج سلبية يعاد الاختبار بفاصل ٢ - ٣ أسابيع .

المسير : قد يبقى الداء موضعياً ، ولكن يمكن أن يتطور إلى فقاع ورقي . وفي كثير من الأحيان يتشارك مع أمراض مناعية ذاتية ، كوهن العضلات الوبيل أو ورم التوتة أو الذأب الحمامي المجموعي .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه عن الإكزيمة المثبة (التهاب الجلد المئي) ، وعن الذأب الحمامي القرصي أو الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد ، وتعتبر الموجودات النسجية والمناعية النسجية ذات أهمية حاسمة .

المعالجة : تستطب الستيروئيدات الجهازية فقط في الحالات الشديدة كي تحسن الآفة ، وتعطى بعيارات معتدلة ٦٠ - ٩٠ ملغ بردينزولون ، أو ما يعادلها ، وتشارك مع الكلوروكين كما في معالجة الذأب الحمامي . ويمكن استعمال كابتات المناعة كما في الفقاع الشائع . ونحصل على نتائج جيدة بتطبيق الستيروئيدات القشرية وخاصة تحت ضماذ كيميائية . ويمكن حقن محلول التريامسينولون أسيتونيد في الآفات (١٠ ملغ تمدد بنسبة ١ : ٤ مع ١٪ من مخدر موضعي) . ويوقى الجلد من الشمس .

الفقاع البرازيلي Brazilian Pemphigus :

المترادفات : الفقاع الورقي البرازيلي ، النار المتوحشة Fogo Selvagem .

التعريف : المرض شديد الشبه بالفقاع الورقي .

الحدوث والتواجد : يعتبر الداء مستوطناً في منتصف وغرب البرازيل وكذلك في شمال الأرجنتين والباراغواي وبوليفيا وفنزويلا . وكثيراً ما يشاهد الحدوث العائلي ، وتكرر إصابته للفتيات الشابات تحت سن ٣٠ (٦٥٪ من جميع المرضى و ١٥٪ عند الأطفال) . وأكثر ما يتواجد الداء في المناطق الرطبة الحارة كثيرة الغابات ، ويصيب البائسين كثيراً . يفترض فيه السبب الخمجي وخاصة حمة راشحة تنتقل عن طريق المفصليات ، ولكن لم يثبت هذا الافتراض بعد .

الموجودات السريرية : تتشكل فيه حويصلات منبسطة على قاعدة حمامية تنفجر وتغطي بجلب ووسوف ، وتميل للتوضع في مناطق الوجه ، الرأس ، الصدر والظهر . وقد تبقى الآفات مستمرة بالتشكل لبضع سنوات ويمكن أن يتعمم إلى أحمرية (احمرار الجلد) تحمل صفات الفقاع الورقي ولا تصاب فيه الأغشية المخاطية ، يعاني المرضى من حس حرق في الجلد عندما يتكامل الداء ، ولهذا يسمى بالنار المتوحشة ، وتكون علامة

نيكولسكي I إيجابية في مناطق الإصابة من الجلد .

السير : نسبة الوفاة فيه ٥٪ . ويعافى المرضى بنسبة تفوق ٥٥٪ بمعالجتهم بالستيروئيدات القشرية جهازياً خلال ٢ - ٤ سنوات ، ويحتاج الآخرون إلى فترة معالجة بالستيروئيدات القشرية الجهازية لفترة طويلة .

التشريح المرضي النسجي : كما هو الحال في الفقاع الورقي .

اللطاحة الخلوية من الحويصلات : توجد خلايا فقاعية (خلايا ترانك) .

المناعيات : تظهر طريقة الومضان المناعية المباشرة وجود أضداد فقاعية ضد ظهارية . ونجد بالطريقة غير المباشرة الأضداد الفقاعية بعبارة عالية مقارنة مع الفقاع الشائع والورقي ، ولا يعرف سبب هذه الزيادة . وتتوافق هذه العيارات العالية من الأضداد مع شدة الداء .

المعالجة : كان انذار الداء في الماضي سيئاً جداً قبل اكتشاف الستيروئيدات القشرية . يعطى الستيروئيدات جهازياً في البدء ٦٠ - ٩٠ ملغ يومياً من الريدنيزولون وحتى يتحسن الداء . ويخفف الدواء ببطء وحتى جرعة صيانة ٥ - ١٠ ملغ والتي قد تعطى كل ٢٤ - ٤٨ ساعة ، ومدة المعالجة وسطياً هي ٢ - ٤ سنوات . وتعالج الأخماج الثانوية بما يناسبها . وتعالج الآفات البدئية الصغيرة كما في معالجة الفقاع الورقي ، ويمكن استخدام كابتات المناعة كما في الفقاع الشائع .

الفقاع المزمن العائلي الحميد Benign Familial Chronic Pemphigus [Haily and Haily 1939] :

المرادفات : داء هائي - هائي

التعريف : مرض عائلي لا صلة له بالفقاع الشائع ، أو الفقاع الورقي ، أو الأشكال الأخرى من الفقاع . يورث بصبغي جسدي سائد مع نفوذية جينيه Gene متبدلة ، وقد توجد حالات معزولة . سجل تشارك الداء بالنمط HLA-B₈ . المرض نادر وتثيره الرضوح أو الشمس أو ارتفاع الحرارة أو البرد أو الأخماج الجرثومية . وقد افترض ترافقه مع داء داريه .

الإمراض : وبسبب خلل التقرن Dyskeratosis . يفترض أن مرض هائي - هائي ما هو إلا شكلاً حويصلياً من مرض داريه . ويوجد في كلا المرضين (داريه وهائي - هائي) انحلال أشواك وخلل تقرن ، وقد يتواجد المرضان معاً . يبدو بالمجهر الألكتروني وجود خلل بتشكيل الخيوط الموترة والجسيمات الرابطة ، وفي تركيب المادة ما بين الخلايا في البشرة . ويبدو من الواضح أن مرض هائي - هائي يتسبب عن عيب مورثي في تمايز البشرة تثيره عوامل خارجية كالرضوح ،

أو أشعة الشمس ، أو الحرارة ، أو التماس الأرجي أو الأخماج الجرثومية (جراثيم أو فطور ، والأغلب بالمبيضات البيض) .

الموجودات السريرية : تشكل حويصلات منفردة أو مجتمعة ، متلاقية مع بعضها عكرة المحتوى ، وذلك في المناطق التي تتعرض للاحتكاك كثيراً في سن المراهقة أو في سن اليافع الباكر . وتوضعاته الانتقائية هي المناطق التي يحدث فيها المذح : الوجه الوحشي للعنق ، تحت الإبط ، الناحية الأربية أو حول الشرج (راجع الشكلين ١٥ - ١٠ و ١٥ - ١١) . وقد يصادف في منطقة واحدة أو أكثر . تتصف الآفات بأنها بقع عليها وسوف وجلب تشبه الإكزيمة مع تشققات بشروية . وتكون البقع دائرية حاككة ، أو يضيوية متحلقة ، وتكون الإصابات محدودة نازة ، ذات رائحة مزعجة أحياناً عليها تشققات بشروية . وتغلي هذه البقع لتشكيل سطوح منبسطة متتبعة لحد ما . ونجد في محيطها ميلاً للتوسع حيث توجد حويصلات محيطية عكرة خاصة بها . يميل المرض للتحسن المؤقت ومن ثم النكس . وتكون علامتا نيكولسكي I و II إيجابيتين في المناطق المصابة .

الأعراض : لا توجد أعراض جهازية ، يشكو المرضى من حس تحريش موضع وحكة . تتواجد حطاطات مبعثرة على الراحتين أحياناً .

التشريح المرضي النسجي : انحلال أشواك واضح في بشرة فيها أشواك وتشكل فلوح فوق الطبقة القاعدية يؤدي إلى عدم انتظام في توزيع الخلايا البشروية ، حيث تأخذ ما يشبه الحائط المتهدم . ويتم انحلال الأشواك فوق الطبقة القاعدية ، وفوق ذرى الحليماث ويوجد أيضاً انحلال أشواك جزئي وتحول بعض الخلايا المنحلة إلى خلايا خلل التقرن ، (وهذه الخلايا المقرنة اليوزينية لها نوى متغلظة Pyknotic وتسمى الجسيمات المدورة) وخاصة في الطبقة الجيبية لا يوجد تسرب في العدلات ولا يوجد حمضات في داخل الحويصل .

اللطاحة الخلوية من الحويصل : توجد بعض خلايا منحلة الأشواك وخلايا عسيرة التقرن .

المناعيات : لا توجد أضداد فقاعية لا في الجلد ولا في المصل .

السير : مزمن وناكس مع فترات من التحسن وقد يختلط المرض بالأخماج الثانوية .

التشخيص التفريقي : يجب أن نفرق بين المذح والإكزيمة المذحية وبين مرض هائي - هائي . يشير السير الزاحف النابذ والهامشي إلى السعفة الأربية وتنفي الإصابة بالفقاع التنبتي الذي يصيب الفم بالفحوص النسجية والومضانية . ويثير داء داريه

صعوبة في التفريق بينه وبين داء هابلي - هابلي ، وخاصة من ناحية النسجية ، غير أن داء داريه يتصف بمحطات جريبية كثافت أولية ، وله توضعاته الخاصة به أيضاً .

المعالجة :

معالجة الجهازية : تعطى الستيروئيدات الجهازية بمقادير معتدلة وذلك بالحالات الشديدة . ويفيد إعطاء الصادات التي تنتخب تعالاً للمشعر المردى لزروع الجراثيم الموجودة في الآفات . يمكن تحريب الأترينيات أو إيزوترتينون . (ويفيد السولفون في بعض حالات - المترجم) .

المعالجة الموضعية : يمكن تجربة الستيروئيدات موضعياً مع لصادات المنتخبة . وقد تفيد مغاطس برمنغنات البوتاسيوم ، وتطبيق صبغة كاستلاني . يجب تجنب محرشات المرض كالحرارة والشمس والاحتكاك والأحماض الثانوية . وينبغي الانتباه إلى خمج المبيضات البيض التالي للمعالجة المديدة بالستيروئيدات الموضعية . تعتبر المعالجة الشعاعية الطرية ذات فائدة (ثلاث مرات ٢ - ٣ Gy مع مراحش ٠,٢٥ - ٠,٥ ملم بفواصل أسبوعية) . كما ذكرت حالات من الشفاء التام بعد استئصال الآفات بكاملها وإجراء طعوم مكانها .

جلاد انحلال الأشواك العابر Transient Acantholytic Dermatitis [Grover 1970] :

المرادفات : داء غروفر ، انحلال الأشواك الحطاطي .

التعريف : يتصف هذا المرض بانحلال أشواك وخلل تفرغ يصيب الكهول ويتراجع عفوياً .

الحدوث : المرض غير نادر ، يصيب الرجال أكثر من النساء بثلاث مرات ويصيب الأعمار فوق ٤٠ سنة ، مع ذروة للإصابات حوالي الستين ، وغالباً ما يبدأ شتاءً ، وأحياناً بعد التعرض المفرط لأشعة الشمس .

الإمراض : لا توجد دلائل على وجود وراثية أو صلة لهذا بدء داريه أو بالأحماض ، وغالباً ما يشاهد انعدام الزهم لدى المرضى . Asteatosis .

الموجودات السريرية : تتناثر الآفات على الجذع (راجع الشكل ١٥ - ١٢) ولكن قد تتواجد في مناطق الأكتين والأطراف خلال سير الداء . يتظاهر الداء بمحطات مبعثرة متفرقة طرية أو سطوح متجلبة ، وأحياناً قد نجد حطاطات حويصلية أو حطاطات ناعمة . ولهذا يمكن القول ، إن التظاهرات الجلدية تختلف من مريض إلى آخر إلى حد ما . وتميل الاندفاعات لتشكيل مجموعات ، ويشكو المرضى من الحكمة .

التشريح المرضي النسيجي : يتصف المرض تشريحياً مرضياً بانحلال أشواك في البشرة . ويمكن أن تكون النفاطة المنحلة الأشواك فوق الطبقة القاعدية أو تحت الطبقة المتقرنة ، وقد ترافق بالسفاج مع تنكس خلوي بشروي ، وخلل تفرغ في بعض الحالات . ولهذا نجد اختلافاً في الموجودات التشريحية المرضية من مريض إلى آخر ، ومن خزعة إلى أخرى ، عند نفس المريض . ويشبه التشريح المرضي ، بوجه عام ، أربعة أمراض أخرى ، وهي : داء داريه ، داء هابلي - هابلي ، الفقاع الشائع أو الفقاع الورقي ، والتهاب الجلد المنحل الأشواك السفاجي .

اللطاحة الخلوية من الحويصلات : لا توجد الخلايا المنحلة الأشواك الفقاعية دوماً .

التشريح المرضي المناعي : لا تشير الطريقة المباشرة وغير المباشرة إلى وجود أضداد فقاعية لما بين الخلايا المالينية ، أو وجود أية أضداد أخرى . غير أنه وجد أحياناً ترسب IgG أو C₃ في الأحياز ما بين الخلايا البشورية .

المسار : كما يشير إليه اسمه ، فهو مرض عابر . يتراجع خلال أسابيع أو أشهر . ولكن قد يبقى فترة أطول عند المسنين (جلاد انحلال الأشواك الحطاطي الثابت) . قد يثار المرض بالتعرض للشمس . والخلاصة يبقى داء غروفر مدة شهرين وسطياً ولكن قد يبقى لسنوات (انحلال الأشواك الحطاطي) .

التشخيص التفريقي : يدخل في تشخيصه التفريقي الحكاك تحت الحاد البسيط Subacute Prurigo Simplex (الشرى الحطاطي عند البالغين Strophulus Adulorum) ، داء الخطمات Trombiculiasis ، الجرب ، التهاب الجريبات الشعرية ، الإكزيمة الجريبية ، والدخنية الحمراء ، وخاصة في حالة توضعها على الجذع لدى المتقدمين في السن . ويجب نفي التهاب الجلد الحلي الشكل أيضاً .

أما جلاد انحلال الأشواك الحطاطي الذي وصفه وينكلمان ١٩٧٦ ، فيرجح أنه شكل حطاطي مزمن من هذا الداء .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الستيروئيدات القشرية بمقادير قليلة ، خاصة التريامسينولون بمقدار ٢ - ١٢ ملغ يومياً ، وقد تبين أنها تزيل التخريش وتكبت التفاعل الالتهابي ، ويمكن تجربة مضادات المستامين . ويمكن إعطاء الستيروئيدات (الأترينيات أو إيزوترتينون بمقدار ٤٠ ملغ/اليوم .

المعالجة الموضعية : تطبق الرفادات الرطبة الحاوية على الريميات الستيروئيدية الخفيفة ودهونات Lotion الزنك . وتحسن

بعض الحالات بشكل حسن بالتعرض للأشعة فوق البنفسجية أو المعالجة بالبوفا PUVa للتخفيف من الحكمة .

الأمراض الفقاعية Pemphigoid Diseases :

تعتبر الأمراض الفقاعية من الأمراض الفقاعية ، وتشبه سريراً الفقاع الشائع ، ولم تكن في الماضي تميز عنه . وقد أصبح من المعروف الآن أن لا صلة للأمراض الفقاعية مع الفقاع الشائع أو أشكاله الأخرى . تتصف هذه المجموعة المرضية باندفاعات حويصلية أو فقاعية ، ويحدث فيها انفصال تحت بشروي ، حيث يفقد الاتصال بين البشرة والأدمة . وعادة ما تكون النفاطات متوترة (الفقاعات المتوترة) ، ولا يوجد فيها انحلال أشواك ، لأنه من خلال دراسة اللطاخة الخلوية من النفاطات ، لا نجد خلايا فقاعية منحلة الأشواك . أي أن خلايا ترانك سليمة .

يحدث الانفصال البشري الأدمي (النفاطة تحت البشرية) بسبب الأضداد النوعية الموجهة ضد مكونات نوعية في الغشاء القاعدي (أضداد فقاعية أو أضداد مضادة للغشاء القاعدي Anti - BMZ) . ويمكن كشفها بطريقة الومضان المناعي المباشر في الغشاء القاعدي ، وكذلك يمكن كشفها من مصل معظم المرضى وذلك بالومضان المناعي غير المباشر وتضم هذه المجموعة المرضية :

- الفقاعاني الفقاعي .
- الفقاعاني الندبي .
- الحلاّ الحلمي .

الفقاعاني الفقاعي Bullous Pemphigoid [Lever 1953] :

التعريف : يصيب المرض عادة المسنين ، وهو مرض مزمن سليم نسبياً سيره محدود ، يتصف باندفاعات نفاطية متوترة تحت بشروية على جلد سليم أو على قاعدة النهائية .

المحدوث : لا تتعلق الإصابة بهذا الداء بالعرق أو الجنس . ولا يترافق بمستضد نسجي نوعي معين ، بعكس التهاب الجلد الحليّ الشكل حيث يترافق بـ HLA - B₈ . غالباً ما يصيب الأشخاص المسنين ، فوق سن السبعين ، ونادراً في الطفولة المتأخرة (الفقاعاني الفتوي Juvenile Pemphigoid) .

الإمراض : أسباب المرض غير واضحة . ولكن الموجودات المناعية توحي بأنه مرض مناعي ذاتي يتصف بوجود أضداد ذاتية مصلية موجهة ضد بنى منطقة الغشاء القاعدي . ولقد بينت الدراسات الكيميائية - الحيوية أن هذه الأضداد الذاتية تتفاعل مع بروتينات ذات وزن جزيئي عالٍ وزنها حوالي ٢٣٠

كيلو دالتون تركبها خلايا البشرة . هذا ولقد تم معرفة المستضدات الفقاعية حديثاً . ومن المقبول حالياً أن حدوث الفقاعة الانتهاية تحت البشرية يتم نتيجة تفاعل الضد مع المستضد وبالتالي تفعيل جملة المتممة . ومن الملاحظ أن الفقاعاني قد يكون من المتلازمات المواكبة للتنشؤات ، حيث قد نجد سرطانة الموتة عند المسنين المصابين به ، أو قد نجد خباثات أخرى . وقد تكون الأضداد المضادة للغشاء القاعدي قد أنتجت لتكون مضادة لنسيج السرطانة الذي يعتبر جسماً غريباً . ويمكن أن يحدث الفقاعاني الفقاعي بسبب الأدوية كالسالكوسولفايردين ، والبنسلين ، والفورسبايد ، والديازيبام أو حتى ٥ - فلورويوراسيل موضعياً . ويمكن أن تحدثه أشعة X أيضاً .

أما ترافقه مع أمراض أخرى ناجمة عن مناعة ذاتية فهو أمر وارد : كالتهاب العضلات ، أو الفقاع الشائع ، أو التهاب الجلد الحليّ الشكل ، أو الذأب الحمامي المجموعي ، أو التهاب القولون القرصي ، أو التهاب الكلية ، أو التهاب المفاصل أو الحزاز المسطح أو الصدف . ولا يعرف حتى الآن عامل خمجي مسبب له .

الموجودات السريرية : تميز النفاطات في الفقاعاني للتوضع بشكل متناظر وذلك في العنق ، الحفرة الإبطية ، الثنية الأربية ، جانبي الفخذين وأعلى البطن . (راجع الشكل ١٥ - ١٣) . تنشأ الحويصلات أو الفقاعات ذات المحتوى الرائق على جلد سليم ، أو على قاعدة حمامية مرتفعة قليلاً على الأغلب ، وتأخذ أشكالاً مختلفة . وتشبه الأعراض في البداية الحمامي عديدة الأشكال . وبعد فترة قد يصبح محتوى الفقاعات مدمى وذلك بسبب تحرب الشعريات الحليمية أثناء تشكلها . ولهذا نجد الجلب مدمية . وإن فقاعات الفقاعاني أكثر مقاومة للتآكلات ، من فقاعات الفقاع الشائع ، وتشفى هذه التآكلات من المحيط عادة . تنفجر فقاعات الثنيات بسرعة أكبر بسبب التعطيل والاحتكاك . وقد يشبه توضع الحويصلات غير المنتظم ، التهاب الجلد الحليّ الشكل .

يمكن أن تكون علامة نيكولسكي I إيجابية في محيط الفقاعات أما علامة نيكولسكي II ، فهي إيجابية عادة ، أي إذا ما ضغطت الفقاعة يتوزع محتواها أفقياً وذلك بسبب الانفصال البشري - الأدمي .

يمكن أن نلاحظ حويصلات أو تآكلات دون ترسبات فبرينية (ليفينية) ليفية على الأغشية المخاطية للفم وذلك في ٢٠ - ٣٠٪ من المرضى . وتشفى ببطء عادة . أما إصابة الأغشية المخاطية الأخرى في الحنجرة ، والبلعوم ، والمثانة ،

• مخيمات حساسية فهي نادرة جداً .

الأعراض : تكون التآكلات والحكة في الآفات الباكرة مؤلمة ، وقد تحدث خكة قبل ظهور الاندفاعات ببضعة أشهر . وتبقى حالة العامة جيدة . وقد يفقد المريض شهته خلال سير المرض . يحس آفته . وبالتالي ينقص وزنه ويصاب بالضعف العام . وقد يصيب بالترفع الحاروري ، وبفقر دم ثانوي ، وكثرة الكريات البيض ، وارتفاع طفيف في الحمضات ، وارتفاع في سرعة التصلب . وهذه جميعها نموذجية لهذا المرض . وقد تقل كمية لأجسام في المصل ويرتفع IgE المصل في ٦٠٪ من حالات ولا يلاحظ تغيرات حيوية كيميائية نوعية في الأحشاء المخية .

التشريح المرضي النسيجي : توجد الحويصلات الدقيقة بين البشرة والأدمة ، ويتألف سقف الفقاعة تحت البشورية من كامل البشرة ودون تأذيها أو دون تغيرات في خلاياها . تحتوي الفقاعات مصلاً ولييفات فيبرينية ، وأعداداً من الحمضات . وقد توجد الحمضات في البشرة أيضاً . وتبدي الأدمة التهاباً وعظيياً مع توذم في بطانتها ، وثخانة في جدران الشعيرات ، ورشاحة النهائية مؤلفة من لمفاويات وعدلات مع تكسر خفيف في الكريات البيض وأعداد مختلفة من الحمضات . وقد نجد حيناً تجمعات محدودة من المعدلات والحمضات في الخلايا لأدمية والتي تشبه الخراجات الصغيرة . وبين المجهر الإلكتروني حدوث الانفصال البشوري الأدمي في الصفيحة الصافية ، بين نغشاء الهيولي للخلايا القاعدية وبين الصفيحة الكثيفة في نغشاء القاعدي وذلك في موضع تواجد المستضد .

الطائخة الحلوية من الفقاعات : لا توجد خلايا منحلة لأشواك ، وهذا يعني سلبية خلايا ترانك .

التشريح المرضي المناعي : يكشف الومضان المناعي المباشر ترسباً خطياً متجانساً من الغلوبولينات المناعية ، وبشكل رئيسي IgG ، والمتمة C₃ على الغشاء القاعدي في منطقة الصفيحة النصفية تحت البشرة في الفقاعة أو بجانبها . ويكشف الومضان المناعي غير المباشر وجود أضداد جواله في المصل ، مضادة نغشاء القاعدي ، وذلك في ٧٠ - ٨٠٪ من الحالات . وهذه الأضداد الفقاعانية هي من نوع IgG وترتبط بالمتمة . لا يوجد توافق بين عبارات الأضداد في المصل وفعالية المرض . (راجع الشكل ١٥ - ١٤) .

سير المرض : سير الفقاعاني الفقاعي مزمن مع هدآت وسورات وذلك لبضعة أشهر أو سنوات . ويمكن أن يشفى الداء عفويًا دون معالجة . والوفيات فيه أقل مما هي في الفقاع النشائ . ويفترض أن تبلغ نسبتها ٤٠٪ . وتحدث في سياق

المضاعفات الثانوية كالأخماج الجرثومية (مثل : التهاب القصبات والرئة ، وإنتان الدم) .

الإنذار : يجب وضع الإنذار بحذر ، وخاصة بالنسبة للمرضى متقدمي السن .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الفقاعاني عن الفقاع الشائع والتهاب الجلد الحلي الشكل ، (انظر الجدول ١٥ - ٤) ؛ وعن الحمامى عديدة الأشكال وهي مرض حاد ويندر أن تصيب المتقدمين بالسن . ويجب تفريقه عن الطفح الدوائي عديد الأشكال . كما يجب التفكير بالجلاد الفقاعي الذي يصيب السكريين ، وخاصة إذا كانت اندفاعاته الفقاعية محدودة وتوضعت على الساقين .

يوضع تشخيص الفقاعاني الفقاعي استناداً للقصة المرضية ، وعمر المريض ، وتظاهرات الداء السريرية الوصفية ، وبناء على الفحوص التشخيصية المرضية لنفاطة حديثة ، والموجودات المناعية الموافقة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الستيروئيدات القشرية عن الطريق العام ، وتعطى بمقادير أقل مما هي عليه في الفقاع الشائع نظراً لأن الفقاعاني يصيب الطاعتين بالسن عادة ولسيره السليم نسبياً . ويكفي عادة ٤٠ - ٨٠ ملغ من الريدنيزولون أو ما يعادلها من الستيروئيدات الأخرى كالمثيل بردينزولون ، الفلوكورتولون ، لتحسن الداء في أغلب الحالات . ويجب الانتباه إلى التأثيرات الجانبية للستيروئيدات الجانبية بسبب عمر المريض . عندما يتحسن الداء تخفض الستيروئيدات حتى الوصول إلى جرعة الصيانة المناسبة . يمكن إضافة كابتات المناعة كالأزاثيوبرين (١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً) للوصول إلى التحسن . وينصح باستعمال الميتوتركسات (مرة أسبوعياً ٢٥ - ٥٠ ملغ عن طريق الوريد) مفرداً أو مشتركاً مع الستيروئيدات . ويجب أن تأخذ بعين الاعتبار إمكانية التداخل الدوائي والإخلال في النظام المناعي للمسنين ، حيث يعود ذلك إلى أخماج جرثومية وفطرية ثانوية . وقد استعملت أيضاً السولفاميدات (السولفايريدين ٣ - ٦ غ يومياً) ، أو السولفون (دابسون) بمقدار ٥٠ - ١٥٠ ملغ يومياً . واستجابات بعض الحالات للمعالجة بالتراسكلين بمقدار ٥٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً ، أو مشتركة مع النيكوتيناميد ٥٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً ، كما استجابات للمعالجة بالإريثرومايسين .

المعالجة الموضعية : تطبيق المطهرات خارجاً كالأصبغة أو المحاليل المطهرة الأخرى . يمكن تطبيق الصادات موضعياً ، وتجري

للمريض حمامات تضاف لها المطهرات . ويمكن تطبيق الشاش بالفازلين للمناطق التآكلية الواسعة . وتعتبر الضادات الجراحية الحديثة ذات فائدة كبيرة .

أشكال خاصة نادرة من الفقاعاني الفقاعي :

الفقاعاني الفقاعي الحمامي والوذمي Erythematous and Edematous B. P. : هذان الشكلان شائعان نسبياً ويشبهان الحمامي عديدة الأشكال أو الشرى المزمن ، وقد تكون الحويصلات غير موجودة في البداية .

التشريح المرضي النسيجي : يتصف بفقاعة تحت بشرية ، وتوضع IgG والمتمة C₃ بشكل خطي نموذجي على الغشاء القاعدي بالطريقة المباشرة . وقد تحتاج لإجراء عدة خزعات لهذا الغرض . وتكشف الأضداد الفقاعانية المصلية الجواله في ٣٠٪ من الحالات .

الفقاعاني الفقاعي الحويصلي [Bean et al 1976] :

هذا الشكل نادر المشاهدة جداً ويتظاهر بحويصلات فقط تتوضع على الجذع ، ولكن قد تشاهد في أي مكان آخر وخاصة على الأطراف . ويؤدي إلى حكة وحرقات شديدين . ويشبه المرض التهاب الجلد الحليئي الشكل . ويرجح حالياً أن هذا الشكل الحويصلي ما هو إلا جلد IgG الخطي .

التشريح المرضي النسيجي والمناعي : الموجودات النسيجية والمناعية هي نفسها المشاهدة في الفقاعاني الفقاعي .

المعالجة : لا يستجيب هذا الشكل للسولفون ، وإنما يستجيب للستيروئيدات القشرية فقط ، ومن المحتمل مشاركتها مع كابتات المناعة .

الفقاعاني الفقاعي الموضع Localized B. P. :

هذا الشكل مزمن ، يصيب بصورة رئيسية المسنين . ويتوضع في عدة مناطق من الجلد كالفروة أو الساقين بشكل متناظر غالباً . ولكن أكثر توضعاته هي على الساقين . وتشكل فيه فقاعات كبيرة غير عرضية على جلد سليم . ولا يحدث تعمم فيه .

التشريح المرضي النسيجي : توجد حويصلات تحت بشرية والموجودات المناعية هي نفسها المشاهدة في الفقاعاني الفقاعي ولكن ليس في كل حالة . ويكشف توضع IgG في الغشاء القاعدي والمتمة بالطريقة المباشرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه عن الفقاعاني التديبي الذي يصيب الفروة والعين ، وبشكل رئيسي عند المسنين من الذكور (راجع الفقاع التديبي) .

المعالجة : يعالج بنفس الإجراءات المتبعة في الفقاعاني الفقاعي . وإن تطبيق الستيروئيدات على شكل رهم تحت ضماد كيم يعطي نتائج جيدة .

الفقاعاني المني Schnyder] Seborrheic Pemphigiod [1969] :

أكثر ما يصيب هذا الشكل النساء المسنات ، ويأخذ سريراً مظهر الفقاع المني الحمامي (مرض سنز - اش) . ويؤدي التشريح المرضي فقاعة تحت بشرية . ويكشف الومضان أضداداً مضادة للغشاء القاعدي ، وعلى الأغلب من نوع IgG . ويغلب كشف الأضداد الجواله في المصل ، وتكون عياراتها منخفضة ($\frac{1}{10}$ أو $\frac{1}{20}$) في غالبية الحالات . هذا وإن ارتفاع الحمضات في الدم المحيطي ليس نادراً .

المعالجة : أفاد الميتيل بردينزولون في الحالات القليلة المشاهدة من هذا الداء . ويمكن تخفيض الجرعة بسرعة بعد التحسن .

الفقاعاني الفقاعي التنبتي Vegetating B. P. [Winkelmann and Su 1979] :

المرادفات : الفقاعاني التنبتي .

الأعراض : يرجح أن الفقاعاني الفقاعي في مناطق الشيات يميل إلى التنبت الذي يعزى إلى الخمج الجرثومي الثانوي .

الموجودات السريرية : هذا الشكل نادر جداً . ويعطي مظهره السريري انطباعاً بالإصابة بالفقاعاني الفقاعي والفقاع التنبتي . تكون الآفات متقحة ثلولية الشكل متنبتة في الشيات الكبيرة . وتوجد فقاعات متجلبة أو بقع وسفية على الفروة ، والوجه ، والمناطق المجاورة للمفاصل .

التشريح المرضي النسيجي والمناعي : يبين التشريح المرضي وجود علامات الفقاعاني الفقاعي مع تغيرات ثانوية حليمية ثلولية الشكل . ويظهر الومضان المناعي المباشر الأضداد الفقاعانية النموذجية ، أما الومضان غير المباشر فيكشف الأضداد الفقاعانية الجواله في المصل ضد مكونات الغشاء القاعدي وبمعارات عالية .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي الفقاع التنبتي ، الفطار البرعمي ، ققيح الجلد الفطاري البرعمي الشكل ، الجلاد البرومي ، والجلاد اليودي .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : كما في الفقاعاني الفقاعي . ويمكن أن يفيد السولفايريدين .

المعالجة الموضعية : مطهرات موضعية ومقبضات . لا ينصح

سره ندية . والمعالجة بأشعة X الطرية وارد .

الفقاعاني شكل خلل التعرق Dyshidrosiform Pemphigoid [Levin et al 1979] :

هذا شكل نادر من الفقاعاني الفقاعي ، يتظاهر بمجويصلات أو فقاعات مميزة على الراحتين والأخصين تشبه اندفاعات داء لقفعان Pompholyx ويمكن أن تكون الحويصلات - لفقاعات مدماة وقد تظهر أثناء تطور هذا الداء حطاطات على قعدة حمائية أو فقاعات في مناطق أخرى من الجلد . ويؤدي تشريح المرضي النسيجي والمناعي نفس الموجودات في الفقاعاني الفقاعي . تكون المعالجة بالسولفون مفيدة وكافية . وقد تعطى استيروئيدات بعبارات خفيفة عند الضرورة .

الفقاعاني الفقاعي العقيدي [Nodular B. P. Provost et al 1979] :

ترادفات : الفقاعاني الفقاعي المفرط التقرن .

هذا الشكل نادر جداً ، ويتصف باندفاعات عقيدية مفرطة تتقرن متترة تحتوي على نفاطات تحت بشرية على الساقين و شاطئ الباسطة للذراعين . أما الموجودات المناعية فهي نفسها كما في الفقاعاني الفقاعي .

سر المرض : مزمن . ولا تعطى المستيروئيدات وكابتات المناعة الفائلة المرجوة .

الفقاعاني الندبي Cicatricial Pemphigoid :

ترادفات : فقاعاني نخاضي الحميد ، التهاب الجلد الفقاعي نخاضي المصقخفخية (Lortat - Jacob 1985) ، فقاعاني شند ، الفقاع الندبي ، الفقاع العيني .

التعريف : الفقاعاني الندبي مرض نفاطي مزمن يؤدي إلى ندبات ويصيب بشكل رئيسي الملتحمة والأغشية المخاطية .

الحدوث : المرض نادر المشاهدة ، وأكثر ما يصيب النساء نسبة ٢ إلى ١ . ولا يتواجد في عرق أكثر من غيره ، وأكثر ما يصيب الأعمار المتقدمة فوق سن الستين .

الإمراض : نوحى الموجودات الشكلية السريرية والمناعية بأنه على الأرجح شكل ندبي من الفقاعاني الفقاعي . ويدعم ذلك حالات من الطفوح الفقاعية المعممة ذات تشابه كبير بالفقاعاني الفقاعي . ولا يعرف على وجه التحديد آلية حدوث الندبات الضمورية التي تشاهد على الأغشية المخاطية . وتعتبر المستضدات التي تتوضع فوق الصفيحة الكثيفة في الغشاء القاعدي ذات أهمية وظيفية في شفاء الجروح البشرية .

الموجودات السريرية : (راجع الشكلين ١٥ - ١٥)

و ١٥ - ١٦) . يصيب الملتحمة والأغشية المخاطية للفم بنسبة ٦٠ - ٩٠٪ من المرضى ، ويصيب الأغشية المخاطية للأنف ، والحنجرة ، والأغشية المخاطية التناسلية والأغشية المخاطية في الشرج بنسبة ٢٥٪ ، وتندر إصابته للجلد . يمكن له أن يتعمم فيشبه بذلك الفقاعاني الفقاعي ، ويكون هذا لفترة قصيرة ، أو قد يأخذ عدة بقع حمائية ضمورية مع فقاعات مدماة تخلف ندبات بعد الشفاء . وتلاحظ الندبات الفوذجية التي تؤدي إلى تضيق القرحة أو التصاقها .

إصابة العين : قد تصاب العين لوحدها ، وقد يبدأ المرض بإصابة عين واحدة وبعد سنة - إلى سنتين تصاب العين الثانية ، وتؤدي علامات التهاب ملتحمة نرلي ، ويمكن أن تشاهد فقاعات راتقة المحتوى تنفجر بسرعة ، وتتطور على أعقابها الالتصاقات الندية ، وهذا ما أدى إلى تسمية هذا المرض في السابق « التصاق الملتحمة الأساسي » .

وتؤدي الالتصاقات الندية بين ملتحمة الجفن وملتحمة بصلة العين إلى صعوبة إغلاق الأجفان ، كما تحدّد حركة العين أيضاً . ويؤدي الشتر الداخلي إلى تغيرات ثانوية في القرنية وحدوث السبل Pannus أو إلى تندب وعمى بسبب التقرح في القرنية . ويؤدي تندب الأجفان وضمور الغدد المخاطية وانسداد مجرى الدمع ، إلى جفاف الملتحمة ثم التهاب العين الشامل الذي يقود إلى العمى الكامل .

إصابة الأغشية المخاطية القموية : يتعاقب ظهور النفاطات في الفم وتؤدي بسرعة إلى تآكلات مؤلمة ، تتراجع بعد أن تترك ندبات . وإذا ما أصابت لجام اللسان أدت الندبات إلى تحدّد في حركته . وإذا أصابت النفاطات الحنك في منطقة اللوزتين أو في جوف الفم أدت التقلصات الندية إلى صعوبة تناول الطعام . ويمكن أن تصاب الأغشية المخاطية الأخرى كما في الفرج وتؤدي إلى نفس الالتصاقات الندية والتضيق .

إصابة الجلد : تكون الآفات الجلدية خفيفة بعكس آفات الأغشية المخاطية للعين والفم وتبلغ نسبتها ٢٥٪ لدى المرضى . وتتنافس الإصابة الجلدية بنفاطات راجعة على قاعدة حمائية تظهر في مكان واحد أو أكثر ، وتراجع لتترك ندبات ضمورية مكانها . وإذا ما ظهرت النفاطات على الفروة أدت إلى ضمورات تشبه ندبات الحاصة الكاذبة لبروك . ونادراً ما تتضخم الفقاعات كما في الفقاعاني الفقاعي ولكن تعقبها ندبات ثانوية .

اللطاعة الخلوية : لا تشاهد الخلايا المنحلة الأشواك .

التشريح المرضي النسيجي : فقاعته تحت بشرية ولا توجد فيها خلايا منحلة الأشواك . توجد رشاحة التهابية تتألف من

اللمفيات . وخلايا مصورية وحمضات في الأدمة العليا . ثم يظهر بوضوح فعالية الأرومة الليفية التي تؤدي إلى تليف وتنسج وعائي وتندب في الأدمة العليا تحت الغشاء القاعدي .

التشريح المرضي المناعي : يبدي الومضان المناعي المباشر ترسب الغلوبولينات المناعية ، وخاصة IgG و IgA ، والمتعمة C₃ ، C₄ في منطقة الغشاء القاعدي ، وتشكل خطأ متجانساً يشبه ما هو عليه الحال في الفقاعاني الفقاعي . وتظهر إيجابية الأضداد المضادة للغشاء القاعدي بالطريقة غير المباشرة بنسبة أقل من ١٠٪ . وبعبارة خفيفة . ينصح بخزعة جديدة من الحمامي بجانب الاندفاعات إذا كانت الطريقة الومضانية المباشرة سلبية الومضان في الخزعة الأولى .

السير : يمر بفترات من النكس والتحسن لسنوات عدة دون تأثير ملحوظ على الصحة العامة . وكلما ترقى الداء بسرعة كلما كان الإنذار أسوأ . نتيجة لصعوبة تناول الطعام ونقص التغذية والهزال . يحدث العمى بنسبة ٢٠ - ٦٠٪ من الحالات . ولقد ذكر حدوث سرطانات في مكان الندبات المزمنة في الأغشية المخاطية في حالات نادرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق المرض في توضعاته الفموية عن الفقاع الشائع ، والحزاز المسطح التأكلي ، وداء خلوصي بهجت ، والذأب الحمامي . ويفيد في تفريقه عن هذه الآفات فحص اللطاخة الخلوية والضحوص النسيجية والمناعية . ويكون تشخيص المرض عند حدوث التصاقات الفرجية سهلاً . ويجب تفريق المرض عند إصابته للجلد عن انحلال البشرة الفقاعي الكسبي .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعتبر المعالجة بالستيرويدات أو بالهرمون الوجه لقشر الكظر ACTH ناجعة في الحالات المتعممة ، ولكن ليس في إصابات اللتحممة المزمنة أو الأغشية المخاطية . يمكن تجربة الدابسون والسولفابيريدين ، والأترينينات والإيزوترينينون أو السيكلوفوسفاميد .

المعالجة الموضعية : يجب استشارة الطبيب العيني في حالات إصابة العين . وتتضمن احتمالات المعالجة حقن الستيرويدات داخل الآفة ، وكذلك وضع العدسات للوقاية ، وتعالج الآفات الفموية عرضياً بالستيرويدات وبالصادات موضعياً . وتتأصل التفلصات والتضيقات في الأغشية المخاطية ويوضع طعم جلدي مناسب . وتكون الطعوم الجلدية ناجحة في الإصابات الجلدية المحددة .

حالات خاصة نادرة من الفقاعاني الندي :

الفقاعاني الندي الموضع [Brunsting and Perry]
[1957] :

يتصف بظهور فقاعات ندية ، وأكثر ما تظهر على الفروة ، والجهة والعنق ؛ ولكن دون إصابة العين والفم .

الفقاعاني الممتثر [Pemphigoid]
[Provost 1979] :

يعتبر هذا الشكل نادراً جداً ، ويتصف بآفات جلدية دون إصابات عينية أو فموية . وتظهر الفقاعات التي يعقبها التندب بشكل رئيسي على الجذع ، ولكنها قد تظهر على الأطراف أيضاً . يمكن أن نجد لطخات حمراء أو بيضاء متناثرة ضامرة أو متندبة تصل أقطارها إلى عدة سنتيمترات ، حيث تظهر فقاعات مدماة راجعة . ويمكن أن تكون هذه الآفات حاككة .

التشريح المرضي النسيجي والمناعي : الفقاعات تحت بشرية كما في الفقاعاني الفقاعي ، ولكنها تتندب ثانوياً (تنسج ليفي) . ويبين المجهر الألكتروني حدوث الفقاعة تحت الغشاء القاعدي (فقاعة بانحلال الأدمة) ولهذا يحدث التندب .

التشخيص التفريقي : يصعب تمييز هذا المرض عادة ، وقد يشخص على أنه التهاب جلد مفتعل (صناعي) ، وقد يشخص أكالاً مزمناً بسبب الحككة . ويشير توضع المستضدات تحت الصفيحة الكثيفة من الغشاء القاعدي في هذه الحالات إلى أنها مماثلة لانحلال البشرة الفقاعي الكسبي .

المعالجة : يصعب معالجة هذه الآفات المزمنة ، وقد تكون معالجتها بالستيرويدات القشرية ، أو الدابسون ، أو أرتابرين ، أو الريتينويدات العطرية (إترينينات) مفيدة .

الحلأ الحمل [Herpes Gestationis]
[Bunes 1811,]
[Milton 1872] :

المرادفات : الفقاعاني الحمل ، الفقاع الحمل ، التهاب الجلد عديد الأشكال الحمل .

التعريف : الحلأ الحمل مرض فقاعي عديد الأشكال . يتصف بحكة شديدة يستمر حتى نهاية الحمل وبعد الوضع . ثم يشفى الحلأ الحمل عادة عفوياً ، وقد ينكس في الحمول اللاحقة .

الحدوث : جلاد حمل نادر ويشاهد بنسبة واحد لكل خمسة آلاف إلى عشرة آلاف حمل . وقد اعتبر في الماضي أنه شكل من التهاب الجلد الحلئي الشكل وذلك بسبب تنوع اندفاعاته . إلا أنه في الوقت الحاضر يعتبر وحدة مرضية مستقلة أكثر قرباً إلى

لنقاعني نفقاعي . ويتكرر وجود الأنماط النسجية - HLA DR3, HLA - B8, DR4 في هذا الجلاد .

إمراض: تبدي الدراسات المناعية ترسب الأضداد الذاتية من نوع IgG ويدعى عامل الحلاّ الحلمي ، وله قيمة كبيرة في حيث هذا التهاب الجلدي الفقاعي الحلمي . يمكن أن تنتقل هذه الأضداد من الأم إلى الجنين ، وهذا ما يفسر الولادات سكرة وإملاصات لدى الأمهات المصابات بالحلاّ الحلمي "حيث" . يؤدي توضع عامل الحلاّ الحلمي في منطقة الغشاء القاعدي إلى تفعيل المتممة ، ويحتمل أن يكون لهذا تأثيراً سميّاً على غشاء الخلوي . ومن الملاحظ أن تحرّج خلايا الطبقة القاعدية في هذا المرض يفوق ما هو عليه في الفقاعاني الفقاعي . وتتوضع المعقدات المناعية من نوع IgG ، IgM ومكونات المتممة في الأوعية الدموية الصغيرة وما حولها . هذا ويمكن أن تعب هرمونات دوراً في إمراض الحلاّ الحلمي . كما في التهاب حد شروجرستروفي المناعي الذاتي (Shelly et al 1964) . ومما يؤيد هذا الرأي تقادم الداء بعد الوضع اثر تناول مانعات الحمل Gestagens . ويفترض في إمراض الحلاّ الحلمي أن يكون هناك دور للأضداد المضادة للهلا HLA والموجهة ضد المستضدات لأوعية .

وفي نهاية يمكن القول إن عدم استجابة الداء جيداً سولفون يدل على أنه لا يماثل التهاب الجلد الحلثي الشكل إضافة إلى أن الموجودات المناعية غير متماثلة بينهما أيضاً .

الموجودات السريرية: تبدأ الإصابة بالحلاّ الحلمي عادة في ثلث شفي أو ثلث من خمس . ويتظاهر باندفعت عديدة لأشكال . نسبة باندفعت نفقاعي نفقاعي . وهي حمامية حكة بشمة ومرتفعة أو شروية أو حويصية . و فقاعية متوترة . وتتوضع في منطقة السرة والأطراف . (راجع الشكل ١٥ - ١٧) . وقد يصاب الصدر ، والوجه ، والراحتان ، ولأخصان .

ويمكن أن تكون علامتا نيكولسكي I ، II إيجابيتين ، كما في الفقاعاني الفقاعي . تصاب الأغشية المخاطية بنسبة ٢٠٪ من حالات ويصاب الولدان من أمهات مصابات بنفس لاندفاعات بنسبة ٥٪ منهم ، حيث يوجد عامل الحلاّ الحلمي في دم الحبل السري . ويمكن كشف ترسب IgG والمتممة في منطقة الغشاء القاعدي عند بعض الولدان مع غياب التظاهرات سريرية للمرض .

الأعراض: يمكن أحياناً أن تعاني الحامل المصابة من ضعف عام وحى . وتؤدي الحكة الشديدة إلى كرب نفسي عند المصابة . وقد تزداد الحمضات في الدم إلى أكثر من ٥٠٪ .

اللطاخة الخلوية من الحويصل: اللطاخة الخلوية سلبية من الخلايا المنحلة الأشواك التي تشاهد في الفقاع . ويمكن أن نجد كثرة في الحمضات .

التشريح المرضي النسجي: النفاطة في هذا المرض تحت بشروية ، ويمكن أن نجد في منطقة الحمامي عدة حويصلات صغيرة بشروية ، ونجد في الأدمة تفاعلاً التهابياً خلوياً فيه خلايا لمفية ، وقليل من العدلات ، وأعداد متفاوتة من الحمضات ، وتكسر في الكريات البيض أحياناً . ويبين المجهر الألكتروني أن تشكل النفاطة يحدث من جراء انحلال خلايا الطبقة القاعدية .

التشريح المرضي المناعي: تكشف الطريقة الومضانية المباشرة ، كما في الفقاعاني الفقاعي ، خطأ متجانساً من الغلوبولين المناعي IgG و IgA في منطقة الغشاء القاعدي تحت البشرة بنسبة ٣٠ - ٤٠٪ من الحالات والمتممة C₃ في كل الحالات ، وأحياناً C₄ و C₃ و C₁ وكذلك البرويردين Properdin وعامل البرويردين ب . وتلاحظ هذه الموجودات في النفاطات وما حولها في الجلد السليم . وتكشف الطريقة الومضانية غير المباشرة أضداداً جوالية في المصل من نوع IgG بعيارات خفيفة في ١٠ - ١٥٪ من الحالات . ويمكن تحري عامل الحلاّ الحلمي HG Factor بالومضان غير المباشر في المصل ، حيث يفعل المتممة في الغشاء القاعدي للجلد السليم بالطريقتين العادي والبدلي .

الإنذار: يزداد المرض شدة أثناء الوضع ويميل إلى التراجع خلال ٢ - ٣ أسابيع بعده . والنكس في الحمول التالية وارد ، ويحرض امراض بتناول الاستروجينات أو الجستاجين Gestagen . وينصح بمثل هذه الحالات بمانعات الحمل غير الهرمونية . يحدث موت الأجنة أو تحدث الولادة قبل الأوان بنسبة ١٥ - ٣٠٪ من الحالات .

التشخيص التفريقي: يجب التفكير بتشخيص الحلاّ الحلمي في حالة إصابة الحامل بطفوح عديدة الأشكال ، ويجب نفي الحمامي عديدة الأشكال دوائية المنشأ . ويفرق الحلاّ الحلمي عن التهاب الجلد الحلثي الشكل استناداً للتشريح المرضي والنسجي والمناعي . بالإضافة إلى أن التهاب الجلد الحلثي يحدث قبل الحمل ويستمر بعده ويستجيب للسولفون أيضاً .

المعالجة:

المعالجة الجهازية: يجب تجنب المعالجة الجهازية في الحالات الخفيفة . ولا تفيد فيه المسكنات ولا مضادات أهستامين أو السولفون . يعطى البيريدوكسين (vit B6) بمقدار ٤٠٠ - ٩٠٠ ملغ يومياً ، وقد يكون ذو فائدة في بعض

الحالات . ويعطى في الحالات الشديدة وفي الأسابيع الأخيرة من الحمل البرينيزولون بمقدار ٢٠ - ٨٠ ملغ أو ما يعادلها من الأنواع الأخرى من الستيرويدات .

وتستعمل مانعات الحمل ذات التأثير البروجستروني بعد الولادة .

المعالجة الموضعية : يمكن تطبيق الريمات الستيرويدية بكثافات خفيفة ومحاليل الزنك ومضادات الحكاك كالإيكثامول Ichthammol ٢ - ٦٪ أو المنظفات الكربونية السائلة أو مضادات الهستامين . وينصح بالمغاطس التي يضاف إليها مضادات الالتهاب أو التي يضاف إليها الزيت ، وكذلك المطهرات إذا احتاج الأمر .

التهاب الجلد الحلي الشكل Dermatitis Herpetiformis [Duhring 1884] :

المرادفات : مرض دورنك - بروك ، التهاب الجلد عديد الأشكال المؤلم .

الصريف : التهاب الجلد الحلي الشكل مرض حميد ، متناظر ، مزمن ناكس وتتصف اندفاعاته بأنها عديدة الأشكال ، وبأنها حاككة وحارقة ، وتكون حويصلات حليية الشكل . يغلب ترافقه باعتلال أمعاء تحمسي نحو الغلوتين .

الحدوث : المرض نادر (مريض واحد من كل ٨٠٠ مريض جلدي) . تغلب مشاهدة حوادثه عند البالغين ، ولكن قد يشاهد عند الأطفال . يكون سن البدء عادة ٣٠ - ٤٠ سنة من العمر ، ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، وبنسبة ٣ إلى ٢ . ولا توجد دلائل على كونه مرض وراثي ، ولكن عامل التوافق النسيجي HLA - B8 يكون لدى المصابين بنسبة ٨٠٪ من الحالات و HLA - DR3 و HLA - A1 بنسبة ٩٠٪ من الحالات . يترسب IgA على شكل حبيبي في ذرى الحلييات المصاية من الغشاء القاعدي . يرتبط اعتلال الأمعاء بالتحمس للغلوتين دون وجود التهاب جلد حلي وذلك بوجود المستضدات HLA - B8, HLA - A1, HLA - DR3 .

الإمراض : أسباب الداء غير معروفة . يشير ارتفاع عدد الحمضات في الدم والنسج إلى أنه تفاعل أرجي . بينا تشير الدراسات المناعية الحديثة إلى أنه مرض مناعي ذاتي . وثمة ترافق للداء باعتلال أمعاء ملحوظ ، وكذلك تحسس المصابين للهاليدات Halides ، وخاصة يود البوتاسيوم . ولذلك ينبغي الانتباه إلى وجود الهالوجينات في الحشوات التي تحتوي البود ،

أو الأطعمة الطبيعية مثل لآلئ عشب البحر (غني باليود) ، أو اليود في السمك البحري .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض فجأة أو ببطء . ويشكو المرضى من حس حرقان أو حكة . تتوضع الاندفاعات بشكل متناظر على الكتفين ، والمنطقة الأليوية ، والفروة ، والأوجه الباسطة للذراع . وتشمل منطقة المرفقين والركبتين وأسفل الساقين . (راجع الشكل ١٥ - ١٨) ولا تصاب الأغشية المخاطية للحم في أغلب الحالات أبداً . تتزامن الآفات الجلدية مع بعضها ، أي أن أعمارها واحدة ، وخاصة في الحالات النموذجية . وفي بادئ الأمر تظهر الحمامي ، أو الاندفاعات الشروية ، أو الحطاطية وذلك في المناطق المفضلة لتوضع الداء . وحالما تظهر مجموعات الحويصلات الحليية الشكل يسهل تمييز المرض . وتكون الحويصلات صغيرة جداً ، بحيث يكون جسمها أفضل من مشاهدتها . ويمكن أن تتواجد الحويصلات المتوترة عند الأطفال والمسنين . كما يمكن أن تصبح الاندفاعات أكبر حجماً بعد إيقاف المعالجة وتشبه فقاعات الفقاعاني الفقاعي (التهاب الجلد الحلي الشكل الفقاعي) . وقد تشاهد تغيرات إكريمية تؤدي إلى التحرز . وتترك الاندفاعات تصبغات لدى ٥٠٪ من المرضى .

الأعراض : يشكو المرضى من حكة حارقة في مناطق الإصابات . وقد يؤدي التخديش الشديد إلى تسحجات متقوبقة ، الأمر الذي يجعل تشخيص الداء صعباً ، ويؤدي النكس والسحجات Excoriations والتقويؤ إلى ما يشبه جلد المشردين Vagabonds' Skin .

اعتلال الأمعاء التحمسي للغلوتين في التهاب الجلد الحلي الشكل : توجد تغيرات اعتلال أمعاء في الصائم في حوالي ٧٠٪ من حالات الداء ، وهذه التغيرات شبيهة بتلك المشاهدة في الإمهال الدهني الغامض (ضمور زغابات بدرجات مختلفة ، رشاحة لفية ، ونقص في الفعالية الإنزيمية) . هذا وتندر مشاهدة التهاب الجلد الحلي الشكل عند المرضى المصابين بالداء الزلاقي Celiac Disease . ولعلم أن حوالي ٣٠٪ من مرضى التهاب الجلد الحلي الشكل لديهم مخاطية صائمة طبيعية من الناحية الوظيفية والنسجية . تتحسن التغيرات المعوية والاندفاعات الجلدية على القوت الخالي من الغلوتين لدى المصابين بالإسهالات في هذا المرض . وبالمقابل يتحسن اعتلال الأمعاء في بعض المرضى بواسطة القوت الخالي من الغلوتين . دون تحسن الأعراض الجلدية .

التهاب الجلد الحلي الشكل والسيل المعدي المعوي : يمكن أن نجد العلامات التالية :

- ضمور زغابات الصائم مع فرط تنسج خفي .
- تضيق مري ، رتوج في المري .
- سعال دهني .
- التهاب معدة ضموري .
- حنل شحمي معوي .
- التهاب مستقيم وقولون .

الأعراض العامة : لا توجد عادة أعراض عامة . تزداد حمضات في الدم المحيطي غالباً وبشكل جلي كما تزداد في سائل لنفخات وفي نقي العظم أيضاً .

خاصية لليود : تتفاقم الاندفاعات باليود وهذا التفاقم غير نوعي . ويؤدي إعطاء يود البوتاسيوم (١٠ غ يود بوتاسيوم تناب في ١٥٠ مل ماء مقطر ويعطى المريض نصف ملعقة إلى منقعة شاي من مرة إلى ٣ مرات يومياً) إلى تفاقم المرض وإلى خطورة سورته أحياناً . يؤدي تطبيق مرهم يود البوتاسيوم على الجند (١٠ - ٣٠ ٪ يود بوتاسيوم في مستحلب زيتي) إلى تشكل اندفاعات حليّة الشكل مكان التطبيق غير أن هذا الاختبار ذو قيمة قليلة في تشخيص المرض .

اللطاحة الخلوية من الحويصلات : لا توجد فيها خلايا منحلة الأشواك فقاعية لأن الحويصل تحت بشروي . ونجد أعداداً من الحمضات في اللطاحة .

التشريح المرضي النسيجي : نجد بالتشريح المرضي ، نفاطة تحت بشروية ، دون وجود خلايا منحلة الأشواك . تحوي الحويصلات عدلات وحمضات ويبقى الغشاء القاعدي إيجابياً الباس PAS مثبتاً إلى الأدمة العليا . ويمكن أن نجد وذمة ورشاحة النهاية في الأدمة الحليمية مؤلفة من ناسجات ، ولمفيات وعدلات في الخزع المأخوذة من البقع الحامية أو من محيط الحويصلات . ونجد خراجات مجهريّة في ذرى الحليّات تحوي على عدلات وحمضات وغبار نووي . ويكون التحوصل تحت الطبقة المتقرنة نادراً .

يبين المجهر الإلكتروني أن بدء تشكل الحويصل هو في المنطقة الحليمية وتحت منطقة الغشاء القاعدي ، حيث تحدث الوذمة والبلى الفيزيولوجي في ألياف الكلاجين وتفاعل خلوي التهابي أيضاً . أما التغيرات النموذجية فتحدث في منطقة الغشاء القاعدي وفي الغشاء الهويلي للخلايا القاعدية مع اضطراب في استمرارية الموصل البشروي الأدمي . (راجع الشكل ١٥ - ١٩) .

النساعات في التهاب الجلد الحليّ الشكل : لا توجد أضرار مضادة للبشرة عند المرضى المصابين بهذا المرض . ولكن توجد أضراراً جوالاً من نوع IgG ، IgA تتفاعل مع الألياف الشبكية

أو مع الغليادين Gliadin ، وتكشف بطرائق مختلفة ، ونسبة ٤٠ - ٦٠ ٪ من الحالات . وتحتوي مصول مرض التهاب الجلد الحليّ الشكل والمتراقي باعتلال معوي ، على أضداد مصلية من نوع IgA مضادة لمكونات غشاء الليف العضلي Endomysium في العضلات الملساء (IgA - EmA) . ولا توجد هذه الأضداد عند المصابين بالتهاب جلد حليّ الشكل غير-متراقي باعتلال أمعاء بالتحسس نحو الغلوتين ، وهي علامات نوعية لالتهاب الجلد الحليّ الشكل المتراقي باعتلال أمعاء . ينقص مقدار IgM في المصل ويرتفع مقدار IgA كما هو الحال في الداء الزلاقي عند البالغين . يكشف الومضان المناعي المباشر ترسب IgA في ذرى الحليّات الأدمية وأحياناً الغلوبولينات IgG ، IgM والتممة C₃ في ٨٥ ٪ من الحالات ، ويمكن أن نجد C₃ أيضاً . وإن لتوضع IgA الحبيبي على الغشاء القاعدي قيمة كبيرة في تشخيص الداء ويعتبر علامة وصفية له ، وبأخذ في ١٥ ٪ من الحالات شكلاً خطياً . (راجع الشكل ١٥ - ٢٠) .

يمكن أن نجد الفيبرينوجين و IgA في الشعيرات الدموية وما حولها في الأدمة الحليمية ، وقد يترافق الداء باعتلال أمعاء في جميع الحالات التي يكون فيها ترسب IgA حبيبيّاً ، بينما لا يترافق ترسب IgA الخطي باعتلال أمعاء بالتحسس نحو الغلوتين . ويمكن أن نجد معقدات مناعية جوالاً في الدم .

مسار الداء : المرض سليم . يبدأ بشكل حاد أو تحت حاد ، ويتصف المرض بسيره الناكس مع هدأت تستمر حتى أشهر وتقتصر أعراضه على أعراض خفيفة أو حتى دون أعراض . ويبقى الداء سنوات عديدة ، وبذلك يؤثر على حالة المريض النفسية وعلى حياته وذلك بسبب شدة الأعراض وخاصة الحكّة الحارقة .

التشخيص التفريقي : تتصف الصورة النموذجية للمرض بالاندفاعات الحويصلية التي تتشكل على قاعدة حمامية ، وهي متناظرة وعديدة الأشكال وحكة حكة حارقة شديدة . ويعتبر الومضان المناعي الذي يجري على خزعة مأخوذة من حويصل حديث التشكل أو من الحمامي بجانب الاندفاعات ذو أهمية أساسية في التشخيص (الطريقة المباشرة) . وتفيد استجابة الداء للسولفون في تشخيصه ، إذ يستجيب المرض بسرعة وخلال أيام من بدء المعالجة (دابسون ٥٠ - ١٥٠ ملغ/يومياً) . يجب نفي الحمامي عديدة الأشكال وذلك في بدء الداء ، وكذلك الفقاعاني الفقاعي ، والداء البشري (البشار) تحت الطبقة المتقرنة في الحالات التي يأخذ بها التهاب الجلد الحليّ الشكل أشكالاً متحلقة . ويدخل

في التشخيص التفريقي الإكزيمة التأتبية أو الحكاك الحاد البسيط . ويغلب على الأخير الحطاطات الأكالية والعقيدات .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : السولفون (الدابسون) ويعطى للبالغين بمقدار ٥٠ - ١٥٠ ملغ/يومياً ، وتعتبر هذه الجرعة كافية لاختفاء الأعراض . وتختلف الجرعة باختلاف الأشخاص ، حيث أن ٥٠ ملغ كل يومين قد تكون كافية أحياناً . بينما يلزم في بعض الحالات ١٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يومياً . ومن الواجب مراقبة المريض والتأثيرات الجانبية الدموية (تشكل ميتموغلوبين ، فقر الدم مع جسيمات هنز Heinz Bodies وانحلال الدم ، وخاصة عند من لديهم عوز في خلية G6PD ، حيث يصابون بانحلال دم شديد) . أما آلية تأثير فعل هذا الدواء فغير معروفة بشكل نهائي .

إضافة لذلك ، تفيد بعض أنواع السولفاناميدات وخاصة السولفاميدازين وتعطى بمقدار ٠,٢٥ - ٠,٥ غ ثلاث مرات يومياً . وتعطى في حالات عدم تحمل الدابسون لدى الأشخاص المسنين ، أو عند المصابين بأفات رئوية قلبية . ويمكن الحصول أحياناً على نتائج جيدة بإعطاء السولفاناميدات المسددة كالسولفاميتوكسي بيريدازين Sulfamethoxypyridazine . يجب تخفيض جرعة الدابسون أو السولفاناميدات إلى الحد الأصغري وذلك بعد اختفاء الأعراض ، وتستمر هذه المعالجة الموقفة لأعراضه واندفاعاته سنوات عديدة ، وحتى مدى الحياة أحياناً . ويجب إجراء الاختبارات الدورية مخافة حدوث التأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث .

الكولشيسين : يعطى بمقدار ٠,٥ ملغ ثلاث مرات يومياً .

تعطى العادات المناسبة عند حدوث التقيح الثانوي .

أما الستيروئيدات القشرية فتؤثر تأثيراً معتدلاً ولذلك تعطى بجرعات عالية . ويمكن أن تؤدي إلى تأثيرات جانبية .

تعطى مضادات الهستامين للتخفيف من الحكة الشديدة لفترات محدودة . ويعطى منها الفينوتيازين ليلاً ، أما الأدوية الجهازية الأخرى فليس لها قيمة تذكر .

يعتبر القوت ذو أهمية في تدبير المرض ، فالقوت الحالي من الغلوتين ضروري للمرضى الذين يدون علامات اعتلال معوي بالتحسس نحو الغلوتين سريراً ونسجياً . أما المرضى الذين لا يدون علامات اعتلال أمعاء نحو الغلوتين فيفيد القوت الحالي منه في التقليل من جرعة الدابسون اللازمة لتدبير المرض .

ويجب حذف أملاح اليود ، والسماك البحري ، والأدوية الحاوية على اليود من طعام المصابين .

المعالجة الموضعية : تطبق المعالجة الموضعية للتخفيف من الحكة والحرقان وتشمل دهونات Lotion الزنك ومطهرات كربونية سائلة بنسبة ٥ - ١٠٪ ، أو الإكثامول Ichthammol بنسبة ٥ - ١٠٪ ، ورهيمات أو هلامات مضادات الهستامين ، والستيروئيدات في راغ مائي ، وحمامات القطران .

الجلاد خطي Linear IgA Dermatitis [Chorzelski and Jablonska 1979]

التعريف : يتميز المرض عن التهاب الجلد الحلي الشكل وعن الفقاعاني الفقاعي بترسب IgA في الغشاء القاعدي ، آخذاً شكلاً خطياً ، ولا يترافق باعتلال أمعاء نحو الغلوتين . يكشف المستضد B8 - HLA في ٣٠٪ من حالاته . ويرجح أن الجلاد خطي IgA هو شكل وسط أو مشترك بين الفقاعاني الفقاعي والتهاب الجلد الحلي الشكل . ويمثل الشكل الكهلي من المرض الفقاعي السليم الزمن لدى الأطفال .

الموجودات السريرية : يتظاهر باندفاعات حويصلية - فقاعية ، تأخذ ترتيباً حلي الشكل ، وتتصف بالحكة وحس الحرقان . ولا يوجد ميل لتوضعها في منطقة معينة من الجلد ، غير أن الثنيات أكثر إصابة .

التشريح المرضي النسيجي : يتصف بنفاطات تحت بشرية ، وقد نجا خراجات مجهرية داخل حلجية .

التشريح المرضي المناعي : يعتبر توضع IgA الخطي في منطقة الغشاء القاعدي وصفيًا للمرض ، وقد توضع المتسمة . وبين المجهر الألكتروني توضع IgA في الصفيحة الصافية في أعلى الأدمة كما هو الحال في الفقاعاني الفقاعي وفي غالبية الحالات - وليس في الصفيحة الكثيفة في أعلى الأدمة - كما في الحالات النموذجية من التهاب الجلد الحلي الشكل ، ونادراً ما نجد أضداداً جواله من نوع IgA مضادة لمكونات غشاء الليف العضلي الأملس (IgA - Ema) .

المسار : يبقى الداء سنوات عديدة . ولا يترافق باعتلال أمعاء تحسسي بالغلوتين .

المعالجة : يستجيب في البداية للسولفون والمعالجة المثلي هي إشراك السولفون مع الستيروئيدات بكميات قليلة .

الأمراض الفقاعية المختلطة Mixed Bullous Dermatoses

قدمت الدراسات المناعية بالطريقتين المباشرة وغير المباشرة

فهماً أفضل للأمراض الفقاعية ، وبينت وجود تشارك بعض هذه الأمراض مع بعضها أو تشكيل حالة وسط بين مرضين قاعيين .

مشاركة الفقاع الشائع والفقاعي الفقاعي [Chorzelski and Jablonska 1974] :

هذه المشاركة نادرة جداً . وتوجد الأعراض والعلامات السريرية والنسجية والنسجية المناعية للمرضين معاً في نفس نوقت أو تباعاً . مما يحتم ضرورة إجراء الدراسات النسجية ونسجية المناعية دوماً إذا كانت الصورة السريرية غير مؤكدة . وقد ذكرت حالات عن مشاركة الفقاع الشائع ونهاب الجلد الحلثي الشكل [Emmerson and Wilson 1968] ، وكذلك الفقاع الورقي والفقاعي الفقاعي [Harrington and Sneddon 1978] وأخيراً ورد ذكر فقاع شائع ترسب فيه IgA بين الأحياز الخلوية للبشرة .

الجلادات الفقاعية المزمنة عند الأطفال :

يصاب الأطفال بأمراض فقاعية كسبية إضافة إلى انحلالات لبشرة الفقاعية الوراثية الأكثر مشاهدة لديهم . الأمر الذي يشكل معضلة تشخيصية أحياناً .

الفقاع الشائع :

نادر المشاهدة في الطفولة . وتتطابق الصورة السريرية لديهم مع الصورة السريرية التي تشاهد عند الكبار . أما نتائج اللطاخة الخلوية والتشريح المرضي النسجي والتشريح المرضي المناعي فهي نفسها في الفقاع الشائع عموماً . يدخل في التشخيص تفريقي : نهاب النغم المزمن ، واحمامى عديدة الأشكال أو النهاب النغم الفقاعي . يصيب الفقاع الورقي الأطفال أيضاً . وقد يشخص على أنه إكزيمة مثية ، أو قوباء معدية ، أو إكزيمة مزمنة . وإن عدم الاستجابة للمعالجات المناسبة لهذه الأمراض يجعلنا نفكر بالفقاع الورقي . ويجب إجراء الاختبارات الأخرى المساعدة في تشخيصه .

الفقاعي الفقاعي عند الأحداث Juvenile Bullous Pemphigoid :

المترادفات : فقاع الأحداث .

التعريف : جلاد فقاعي مزمن ناكس يصيب الأطفال . والمناطق الجلدية التي تميل الاندفاعات للظهور بها هي الوجه ، والمناطق التناسلية وتغلب إصابته للأطراف .

الحدوث : المرض نادر جداً . يبدأ غالباً قبل سن الخامسة أو تغلب إصابته للذكور ، أما تأثير العوامل الوراثية فغير مؤكد .

الإمراض : السبب فيه غير معروف وقد تكون العوامل المسببة كما في الفقاعي الفقاعي ، ويغلب تراجعه قبل البلوغ .

الموجودات السريرية : يتصف بظهور نفاطات متوترة تظهر على جلد سليم أو على قاعدة حموية وذلك في مركز الوجه والمناطق التناسلية والأربية (التوزع المركزي) أو يميل إلى التوزع والانتشار في الأطراف (التوزع المحيطي) . يكون محتوى الفقاعات مائياً رائقاً عادة ، ولكن قد يكون مدمى أو قيحياً بسبب الأخماج الثانوية . تميل النفاطات لتشكيل مجموعات أو حلقات أو أشكال عديدة الحلقات . تندمل التآكلات ببطء ولا تصاب الأغشية المخاطية الفموية عادة . تبقى الحالة العامة جيدة ، والمرض غير حاك . يتفاقم الداء بأملاح اليود (يود البوتاسيوم) كما في التهاب الجلد الحلثي .

التشريح المرضي النسجي والمناعي : تتطابق الموجودات النسجية والنسجية المناعية فيه مع مثيلاتها في الفقاعي الفقاعي ، (انظر الفقاعي الفقاعي) .

سير المرض : يمر المرض بهدآت بعد أسابيع أو أشهر ولكنه قد يستمر عادة ٣ - ٤ سنوات . ولا يشاهد بعد البلوغ .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن التهاب الجلد الحلثي الشكل عند الأطفال . وتتطابق بعض حالاته مع الجلادات الفقاعية المختلطة أو مع الجلاد خطي IgA .

المعالجة : تجرب المعالجة بالسولفايريدين أو بالسولفون (دابسون) قبل تقرير المعالجة الستيرويدية ، وإلا تعطى الستيرويدات بكميات متوسطة كما في معالجة الفقاعي الفقاعي .

التهاب الجلد الحلثي الشكل عند الأحداث Juvenile Dermatitis Herpetiformis :

التعريف : هو شكل من التهاب الجلد الحلثي الشكل ، حيث يبدأ في الطفولة وله صفات خاصة نوعية .

الإمراض : إمراضه كما في إمراض التهاب الجلد الحلثي الشكل عند الكبار . وهنا لا بد من الإشارة إلى أن الاحتشار بالديدان وأملاح اليود تفاقم الداء . وتكون أهبة المستضد B8 - HLA متمثلة بتواتر متزايد (في ٥٠٪ من حالاته) وكذلك HLA - DR3 .

الموجودات السريرية : الصورة السريرية في هذا المرض مطابقة للصورة السريرية في التهاب الجلد الحلثي الشكل عند الكبار . ويشاهد عادة عند الأطفال فوق السادسة من أعمارهم . ويتصف باندفاعات متناثرة أو مجتمعة مؤلفة من حطاطات شروية ، أو حطاطية حويصلية ونادراً ما تكون نفاطية .

وتتواجد التآكلات دوماً وذلك بسبب الحكمة الشديدة . وغالباً ما تجتمع الحويصلات بجانب بعضها وتأخذ شكلاً حلياً أو متعدد الحلقات . وقد تأخذ الصورة أشكالاً مختلفة نتيجة وجود التآكلات بسبب الحكمة والأحماج الثانوية . أما التصبغ فهو خفيف نسبياً .

الأعراض : حكة واضحة وقد تكون حارقة ومؤلمة أيضاً .

التشريح المرضي النسجي والمناعي : كما هو الحال في التهاب الجلد الحلي الشكل عند البالغين (انظر التهاب الجلد الحلي الشكل) .

المسار : يمر بفترات من التراجع والنكس ، تراجع بعض حالاته قبل سن البلوغ ، وقد يستمر بعضها حتى بعد البلوغ .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي الفقاعاني عند الأحداث . يتفاهم هذان المرضان بأفلاح اليود . وتجري للمريض خزعة نسجية ونسجية مناعية وذلك من حويصلات حديثة التشكل ومن محيطها . ويجب نفي الإكزيمة التأتبية والحرب .

المعالجة : كما في معالجة التهاب الجلد الحلي الشكل .

الجدول ١٥ - ٥ : بين صفات الفقاعاني الفقاعي (فق) والتهاب الجلد الحلي الشكل (ت ج) والجلاد الفقاعي المزمن السليم في الطفولة (ج ف م س ط)

الومضان المناعي				تشريح مرضي نسجي	إصابة الأغشية الحطاطية	الحكمة	من البدء	الظواهرات السريية	المرض
غير مباشر	مباشر	IgA	IgG						
IgG	C ₃								
+	+	-	+	فقاعية تحت بشروية	لا يصيب الأغشية الحطاطية	غير موجودة عادة	غالباً < ٥ سنوات	حويصلات وفقاعات متناثرة	فق
-	-/+	+	-/+	نفاطة تحت بشروية ، خراجات مجهرية في الحليات ، حمضات	لا تصاب عادة	حس حرقان شديد	عادة < ٥ سنوات	مجموعات من حويصلات حليية الشكل	ت ج
-/+	-/+	+	-/+	حويصل تحت بشروي	لا تصاب عادة	متباينة من حالة لأخرى	أقل من ٥ سنوات	حويصلات عادة أقل من ٥ سنوات	ج ف م س ط
								الوجه ، وأسفل الجذع ، والناحية	

الجلاد IgA الخطي عند الأطفال :

يمكن مشاهدة الجلاد IgA الخطي للبالغين عند الأطفال ، وهو أكثر شيوعاً من الفقاعاني الفقاعي عند الأطفال .

الجلاد الفقاعي المزمن السليم عند الأطفال Benign [Bean] Chronic Bullous Dermatosi in Children : [et al 1971

التعريف : مرض فقاعي مزمن غير وراثي يصيب الأطفال ، وهو أكثر مشاهدة عند الأطفال الأفارقة والآسيويين منه عند

الأطفال الغربيين . يماثل هذا المرض الجلاد خطي IgA في الطفولة . (انظر الجدول ١٥ - ٥) وتتطابق صورته السريية مع صورة الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث في بعض الحالات . وييدي الومضان المناعي توضع IgA خطي على طول الغشاء القاعدي . ولا تكشف الأضداد الفقاعانية (IgA, IgG) في المصل . ومن الأهمية بمكان إعادة الاختبارات المناعية كل ٢ - ٣ أسابيع . ويدخل في التشخيص التفريقي معه الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث ، والتهاب الجلد الحلي الشكل عند الأحداث ، والجلاد خطي IgA .

التشريح المرضي النسجي : نفاطة تحت بشروية ، ويلاحظ أحياناً خراجات مجهرية في الحلقات في محيط الآفات .

السير : مزمن .

المعالجة : يعالج بالستيروئيدات القشرية ، ويفضل تجربة الدابسون في البدء .

الموجودات السريرية : يتصف بظهور اندفاعات حويصلية مدّعية مع ميل لإصابة المنطقة التناسلية . تجتمع الحويصلات خلية الشكل على هيئة إكليل الزهر أو الحلقات . لا يترافق مرض باعتلال أمعاء بالتحسس نحو الغلوتين .
الأعراض : حكة أو حكة حارقة .

الفصل السادس عشر

الأمراض البثرية

Pustular Diseases

د . صالح داود

الراحي الأنخصي ، ويعود ضمور الجلد وانحلال العظم فيه إلى شدة المرض .

ولقد سجل ترابط الداء مع B27 - HLA .

الموجودات السريرية : يبدأ الداء غير متناظر ، حيث يمكن أن يصيب أية سلامة قاصية ، إما بشكل عفوي أو بعد رضح Trauma (كوخزة شوكة ، أو لسعة ، أو التهاب حول الظفر) .

تظهر البثرات المعادة (الناكسة) فيه على قاعدة حمائية ملتية محدودة في جوار الظفر ، ثم تندج مع بعضها وتأخذ أشكالاً مختلفة . يكون محتوى البثرات عقيماً دوماً . وتراوح أحجامها بين رأس الدبوس وحتى عدة ملمترات . يؤدي جفافها وتجلبها إلى تشكل وسوف صفاحية وإلى جانبها بثرات ومفرزات قيحية .

تطور البثرات الجديدة والبثرات الجافة بجانب بعضها ، وهي أقل على ظهر السلاميات القاصية منها على الأوجه الراحية . (راجع الشكل ١٦ - ١) . وتكون حواف الآفات مقطوعة الحدود وتأخذ أشكالاً مقوسة في الغالب . ويحدث تعجر Clubbing السلاميات في المراحل المتأخرة . ويمكن أن يؤدي استمرار تشكل البثرات في سرير الظفر إلى حثول الأظفار ، وبالتالي إلى انحلالها . ويفقد الجلد حروفه الطبيعية في المناطق المصابة ، ويبدو لماعاً وضامراً .

والضمور هذا ليس ضموراً حقيقياً وإنما هو ضمور ثانوي باعتبار أن المعالجة المناسبة تعيد الجلد إلى حالته الطبيعية .

الأعراض : لا يؤدي المرض إلى الدعث Malaise ، ولكنه قد يشوه اليدين ، وقد يشعر المريض أحياناً بالحكة وحس الحرقان . وقد وصفت تغيرات عظمية في عظام السلاميات الإنتهاية بتصويرها بالأشعة السينية .

التشريح المرضي النسجي : تبدي الحالات النموذجية وجود بثرات ذات مسكن وحيد وذلك في أعلى الطبقة المالبليكية تحتوي العدلات وخاصة في القسم العلوي منها ، ويلاحظ تنكس إسفنجي في خلايا البشرة بسبب الكريات البيض (البثرة الإسفنجية الشكل لـ كوجوج Spongiform Pustule of Kogoj) . ونجد توسعاً وعائياً في الأدمة الحليمية ، ورشاحة النهائية مؤلفة من اللمفيات ، والمنسجات والعدلات .

المسار : يبقى المرض في البداية موضعاً على أصبع واحد أو أكثر أو على عدة أصابع لبعض الوقت . يمكن أن تنتشر البثرات أو تراجع في أي وقت ، وقد تنتشر الاندفاعات البثرية على مناطق واسعة من الجلد نتيجة إصابات مجموعة شديدة . وتصاب

يطلق مصطلح الأمراض البثرية على أمراض بدئية غير معروفة الأسباب . أما الأمراض التي تتصف باندفاعات بثرية ومن منشأ خمجي بالحلمات الراشحة ، أو بالجراثيم ، أو بالفطور ، أو التي تظهر في تفاعلات عدم التحمل الدوائي فستدرس في فصولها المناسبة من هذا الكتاب ومن ضمنها الصدف البثري الذي سيدرس مع الصدف .

تصيب الطفوح البثرية البدئية النهايات ، وخاصة اليدين والقدمين ، أو أنها تنتشر في أنحاء الجلد الأخرى . ويُمكنُها التوضع أو الانتشار من التفريق بين أدواء النهايات البثرية والأدواء البثرية المعممة .

بثر النهايات Acropustuloses :

التهاب جلد النهايات المستمر المقيح Acrodermatitis Continua Suppurativa [Hallopeau 1897] :

المترادفات : التهاب الجلد الزاحف (Crocker 1888) .

التعريف : مرض مزمن وناكس ، يتظاهر باندفاعات بثرية على قاعدة محمرة ملتية ، تتوضع على السلاميات القاصية لأصابع اليدين والقدمين ، حيث قد تؤدي إلى تشوهات شديدة وإلى فقدان الأظفار . ويمكن أن يترافق باندفاعات بثرية معممة دورية ، وقد يؤخذ المرض على أنه شكل من أشكال الصدف البثري الراحي الأنخصي .

الحدوث : المرض نادر المشاهدة جداً ، يصيب النساء أكثر من الرجال .

الإمراض : السبب فيه غير معروف . ويذكر المرضى أحياناً بدءاً بعد أذية أو بعد خميج موضعين . تتطور آفاته مترافقة بآفات صدفية شائعة ، أو مع آفات صدف بثري معمم (نموذج فون زامبوك) . ويشابه المرض سريرياً الصدف البثري الراحي - الأنخصي (نموذج Barber - Konigsbeck) ، هذا بالإضافة إلى التشابه النسيجي في كلتا الحالتين : أي التهاب جلد النهايات المستمر المقيح والصدف البثري . كل هذا يدعو للافتراض بأن هذا المرض شكل من أشكال الصدف البثري

الحدوث : تتعرض النساء للإصابة بهذا الداء أكثر من الرجال بقليل . وتبدأ الإصابة غالباً في سن ٣٠ - ٦٠ سنة من العمر .

الإمراض : يرى أندروز أن الداء عبارة عن طفحة (id) تفاعلية نحو خمج بدئي جرثومي ، وإن استئصال هذه البؤرة ومعالجتها بقي من الرجوع ، وبالتالي يؤدي إلى الشفاء من الداء . غير أن ذلك ليس بقاعدة . والظاهرة المفاجئة هي إيجابية حقن الجلد بمستضدات المكورات العقدية والعنقودية . ولم تعرف بعد حقيقة العلاقة بين الصدف البثري الراجحي الأخصي (نموذج Barber - Königsbeck) وهذا المرض . هذا وإن التأب Atopy عند المصابين غير نادر ، وقد يكون المرض تفاعلاً دوائياً .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٦ - ٢) . يصيب المرض مركز الراحة والأخصين ، يكون في البدء في ناحية واحدة لا يلبث أن يترق ليصيب الناحية الأخرى ، وتتناظر الإصابة بعد ذلك . لا تصاب الأقدام ولا أصابع اليدين والقدمين على الأغلب ولمدة لا بأس بها . تظهر الاندفاعات البثرية العقيمة بشكل عفوي ، وتتراوح أقطارها بين ١ - ٢ إلى ٥ ملم . ولا تتمزق البثرات ، لكنها تجف وتتوسف بعد ذلك . وتبدى اللوحة السريرية تزامناً وصفاً للمرض بين بثرات حديثة صفراء اللون ، وبثرات صفراء أخذت بالجفاف تكسوها جلب ووسوف بنية اللون ، وتحدث كل هذه التطورات بجانب بعضها البعض . وترك الجلب طويلاً وسفياً عندما تنفصل عن مكانها . يبدى الجلد المحيط بالبثرات الحديثة درجة صفراء من الالتهاب وهي علامة مميزة للداء ، وحينئذ يستمر الداء يصبح الجلد حمائياً قليلاً . وغالباً لا يبدى هامشاً واضحاً .

الأعراض : لا توجد تغيرات أو أعراض مجموعية . ويمكن أن نجد كثرة العدلات مع اضطراب في وظيفة البلعمة . وقد وجد تحمل للسكر غير طبيعي . وقد تحدث حكة معتدلة .

التشريح المرضي النسيجي : تكون البثرات وحيدة المسكن وتحتوي العديد من العدلات التي تهاجر من الأدمة العليا إلى البشرة ، وقد تصاب البشرة بالشواك ، ويمكن أن نجد تفاعلاً التهابياً في الأدمة العليا مع تكسر في الكريات البيض .

السر : سير المرض مزمن حيث يستمر سنوات عديدة أحياناً . ويمكن أن يمر بهدأت قصيرة . لم تسجل عقايل خطيرة للداء كما لم يسجل انتشار الآفات إلى أجزاء أخرى من الجلد . قد يختلط المرض بأخماج جرثومية أو فطرية (وهذا يستدعي الفحص المجهرى) . والعبور إلى الصدف البثري الراجحي الأخصي وارد كما أسلفنا .

لأغشية المخاطية للفم في مثل هذه الحالات وتبدو البثرات بيضاء اللون بقدر رأس الدبوس على اللسان . ولا يمكن تمييز هذا المرض عن الصدف البثري المعمم نموذج فون زامبوك . وإن احتمال حدوث مثل هذه الاندفاعات المعممة تجعلنا نتحفظ بالإنداز .

التشخيص التفريقي : يستثنى عند الأطفال أخماج المبيضات البيضاء وكذلك حبيوماتها عند مضعفي المناعة . ويصيب الداء الخلد المخاطي بالمبيضات البيض (حبيومات المبيضات) الأجفان ومنطقة حول الفم . ويدخل بالتشخيص التفريقي أيضاً التهاب جلد النهايات معوي المنشأ بعوز الزنك حيث يصيب النهايات وحول الفوهات وقد يترافق بالبثرات ويسهل تفريق التهابات ما حول الأظفار المزمنة الجرثومية أو الفطرية ، وذلك بالفحوص الجرثومية والفطرية .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الإترتينيات Etretinate (بمقدار ٥٠ - ٧٥ مغ/يومياً) وتعطى في الحالات الشديدة الميتوتركسات كما هو الحال في الصدف البثري المعمم . تعطى الستيرويدات القشرية بمقدار ٤٠ - ٦٠ ملغ يومياً ثم تخفض تدريجياً ، ولها تأثيرات جانبية خطيرة . يمكن إعطاء الكولشيسين بمقدار ١ - ٢ ملغ يومياً ، والدابسون ١٠٠ ملغ يومياً ، وقد نلجأ لإعطاء التتراسكلين . تستطب المعالجة بالمعالجة الكيميائية - ضوئية « البوفا » وقد تشترك مع الاتريتينات . ويجب معالجة البثور الخمجية . راجع بحث ١٤ . (المعالجة الجهازية في الصدف) للاستزادة .

المعالجة موضعية : ينصح بالضخات الرطبة والمغاسل المقيضة في البداية ، ويمكن تطبيق الستيرويدات المفلورة في سواغ مائي تحت ضماد كيم ، وبالتناوب مع الأترالين أو القطران . ويمكن تطبيق الأشعة الطرية في الحالات المعتدلة (١ - ٢ Gy ٣ مرات) وبفاصلة أسبوع . ويمكن استعمال حقن معلق بلورات ترياميسنولون أسيتونيد (محلول ١ : ٣ إلى ١ : ٥ مع مخدر موضعي) . وتفيد المعالجة بالبوفا كما أسلفنا .

البثور الراجحي الأخصي Pustulosis Palmaris et Plantaris [Andrews 1943] :

المترادفات : الطفحة الجرثومية البثرية .

التعريف : مرض مزمن يصيب الراحة والأخصين . يتظاهر باندفاعات بثرية عقيمة ناكسة على جلد سليم . ويفترض ترافقه مع بؤرة خمجية . ويرجح كثيراً أن هذا المرض يشبه الصدف البثري الراجحي الأخصي .

عمر آخر إصابة مسجلة ٧ أشهر ، والذكور أكثر إصابة من الإناث .

الإمراض : الأمراض غير واضح ، وذكر في سوابق بعض الحالات إصابة المرضى بالجرب . مما يجعلنا نفترض أن بثرات النهايات عند الأطفال إن هو إلا تفاعل مناعي ثابت تجاه هامة الجرب . غير أنه لم يعثر لدى أغلبية الحوادث على إصابة بالجرب .

الموجودات السريرية : يصيب الراحتين والأخصص بصورة رئيسية . ولكن توجد الآفات في بعض الحالات على الفروة ، والحنك والأقسام الدانية من الأطراف أيضاً . تكون الاندفاعات حاككة بدرجة معتدلة إلى شديدة . وتتصف هذه الاندفاعات بأنها حويصلات قطرها ١ - ٢ ملم عقيمة على قاعدة حطاطية حمامية تتبثر خلال ٢٤ ساعة ثم تحف مشكلة جلياً مسمرة مع وسوف طوقية الشكل .

الأعراض : تبقى الحالة العامة للطفل طبيعية ، ويصاب بحكة معتدلة إلى شديدة ويلاحظ كثرة الحمضات في بعض الحالات .

التشريح المرضي النسجي : يبدى التشريح المرضي النسجي حويصلياً بشروياً وحيد المسكن مع سفاج خفيف في محيطه ، أو سفاجاً في طبقات البشرة السفلى كما ذكر (Wallach, Vignon, Pennamen) . تحتوي النفاطة خلايا مقرنة وخلايا التهابية من حمضات ، وعدلات ، ووحيدات الخلايا . أما دراسات الومضان المناعي المباشر فهي سلبية .

التشخيص التفريقي : يشمل التشخيص التفريقي الجرب ، والتهاب الجريبات البثري عند الأطفال ، والحمامى السمية عند الوليد ، والملان البثري عند الوليد ، والأمراض الخمجية كالقوباء ، وداء المبيضات ، والحلل البسيط . أما بالنسبة للحلل التعرق والصداف البثري فلا يعرف أنهما يصيبان الصغار في هذه السن المبكرة ، ويستجيبان للستيروئيدات .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات (الإريثروميسين) ، الستيروئيدات القشرية ، السولفاميدات (السولفايريدين) ، والسولفون (٢ ملغ/كغ من وزن الطفل يومياً) ، والتأثير غير محددة : غير أن إعطاء السولفون بمقدار ٢ ملغ/كغ/يومياً أدى إلى إيقافه للمرض Morbidostatic ويجب أن نضع في بالنا التأثيرات الجانبية للسولفون وخاصة انحلال الدم لدى الأطفال . ولذا يجب مراقبة هذه المعالجة توتياً .

المعالجة الموضعية : لا يفيد تطبيق الستيروئيدات القشرية أو

التشخيص التفريقي : تتوضع البثرات في البثر الراحي الأخصص في مركز الراحتين والأخصص كما ذكرنا ، وتعاكس بهذا توضع آفات التهاب جلد النهايات المستمر المقيح ، وخلل التعرق ، وإكزيمة خلل التعرق والسعفة من شكل خلل التعرق في القدم واليد . ويكون الفحص النسجي من حويصل حديث ضرورياً للتشخيص التفريقي ، ويسمح بنفي حالات خلل التعرق والتهاب الجلد بالتماس الأرجي . ويمكن إثبات تشخيص السعفة من شكل خلل التعرق بفحص القطور . ويصعب تحديداً التفريق بينه وبين الصداف الراحي الأخصص نموذج (Königsbeck - Barber) حيث يترافق الأخير ببثرات سفاجية الشكل وحيدة المسكن بشروية ودون تفاعل سفاجي . ومن المهم نفي التهاب الأوعية .

المعالجة : ليس التحسن بقاعدة بعد معالجة البثر الخمجية ويجب البحث عن الأدوية المحرشة للداء .

المعالجة الجهازية : تعطى الاريثينينات والميتوتركسات بنفس الجرعات العلاجية للصداف في الحالات المزمنة والشديدة فقط . وهذه الأدوية موقفة للمرضة فقط . ومن المعالجات أيضاً السولفون (دابسون ١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً) ، أو الصادات (تراسكلين ، إريثروميسين) ، أو الكولشيسين أو المنبهات المناعية كالكلوفازيمين ٣٦٠ ملغ يومياً . ومن الأهمية بمكان مراقبة التأثيرات الجانبية حيث يجب الأخذ بالحسبان عوامل الخطورة الناجمة عن أية معالجة من هذه المعالجات .

المعالجة الموضعية : يمكن تجربة الستيروئيدات الموضعية بسواغ مائي تحت ضاد (فيلم بلاستيكي) كيمي وحقن الآفات بمحلول التريامسينولون (نسبة ١ : ٣ إلى ١ : ٥ مغ مبنج موضعي) ولا ننسى المعالجة الكيما - ضوئية باستعمال المحسسات الموضعية أو عن الطريق التحسيس الضوئي بمادة ٨ - ميتوكسي بسورالين .

بثر الأطراف الطفلي Infantile Acropustulosis

[Kahn and Rywlin 1979] :

المترادفات : بثر الأطراف في الطفولة .

التعريف : مرض جلدي يصيب صغار الأطفال ويتصف باندفاعات حاككة حويصلية بثرية ناكسة تتوضع على الراحتين والأخصص .

الحدوث : سجلت حالات ٤٠ طفلاً صغيراً في الأدب الطبي العالمي ، ولم تقتصر الإصابات على السود فقط كما ذكر سابقاً . يبدأ المرض عادة خلال الأشهر الأربعة من عمر الطفل وبلغ

لصدت موضعياً . يمكن تجربة دهونات الزنك أو الدهونات
خضدة لنحكة .

بثر الأطراف الحاد Acropustulosis Acute :

وهو ضرب من البثر الحاد المعمم ، كما سيأتي ذكره في هذا
الفصل .

**جلاد الفروة البثرى التآكلي Erosive Pustular
Dermatosis of the Scalp** [Pye, Peachey and
Burton 1979] :

مرادفات : جلاد الفروة البثرى التقرحي .

التعريف : جلاد بثرى تآكلي ، ندبي على الفروة مجهول السبب
يؤدي إلى حاصة ندية [حاصة (ثعلبة) كاذبة] .

الحدوث : مرض نادر يصيب النساء المسنات ، وذكرت بعض
حوادثه عند الذكور الأفارقة ، ووصفت بعض الحالات على أنها
تقيح جلد مواتي .

الإمراض : الأمراض غير معروف . ولكن وجد في بعض
الحالات التهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، ولهذا يفترض
بأن المرض قد يكون تفاعلاً يشبه تقيح الجلد المواتي . ولقد بين
الفحص الجرثومي وجود المكورات العنقودية المذهبة
والعنقودية سلبية المخثرة Coagulase في بعض الحالات ولكنها
قد تكون ثانوية .

الموجودات السريرية والأعراض : يتصف المرض بإزمانه
وباندفاعاته البثرية والمتجلبة . ويؤدي أحياناً إلى آفات تآكلية في
فروة الرأس ، ينجم عنها حاصة ندية محددة أو ما يسمى أيضاً
بالخاصة الكاذبة . وتكون البثرات غير مرتبطة بالجريات
الشعرية .

التشريح المرضي النسيجي : نجد رشاحة النهاية غير نوعية ، مع
نخر في ملحقات الجلد وتشكلات ندية . ويلاحظ في بعض
الحالات زيادة عدد الخلايا المصورية والتهاب أوعية كاسر
للكريات البيض ، ويكون الفحص الومضاني سلبياً .

السير : سير المرض مزمن ويؤدي إلى ضمور يشبه الخاصة
الكاذبة على الفروة ، ولقد شوهدت سرطانة كعقائيل لهذا
التندب .

التشخيص التفريقي : يتضمن التشخيص التفريقي الإكزيمة
الحمجية ، وتقيح الجلد التنبقي المزمن ، وتقيح الجلد المواتي ،
والتهاب الجريات الخاص Decalvans والصداف البثرى ،
والجلاد البثرى تحت الطبقة المتقرنة ، والتهاب الجريات البثرى
اليوزيني ، والأمراض الجرثومية والفطرية على الفروة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يمكن أن تستطب المعالجة بالستيروئيدات ،
وبالأخص في الحالات التي لا تستجيب للمعالجة بالستيروئيدات
الموضعية . وليس للصادات أية تأثيرات مفيدة . يمكن تجربة
سولفات الزنك وبجرعات متوسطة كالتي توصف في تقيح الجلد
المواتي .

المعالجة الموضعية : تفيد الستيروئيدات القوية موضعياً طالما
تطبق (تأثير موقف للمراضة) ، ويجب معالجة الأنحاج الثانوية
جرثومية كانت أو فطرية (المبيضات) .

البثرات المعممة Generalized Pustuloses :

**الجلاد البثرى تحت الطبقة المتقرنة Subcorneal
Pustular Dermatitis** [Sneddon and Wilkinson
1956] :

المرادفات : مرض سنيدون ويلكنسون ، البثر تحت الطبقة
المتقرنة .

التعريف : مرض جلدي مزمن ، يتصف بظهور بثرات عقيمة
تصيب الجذع بشكل رئيسي . ويؤدي التشريح المرضي بثرات
تحت الطبقة المتقرنة في بشرة سليمة . ويترافق أحياناً بنظائر
البروتينات في الدم (البارابروتينية Paraproteinemia) .

الحدوث : المرض نادر وأكثر ما يصيب النساء بأعمار
٣٠ - ٧٠ سنة وليس للداء أهمية عائلية . وتوجد تقارير تشير
إلى اعتلال غاما غلوبولين IgA و IgG مرافقة للمرض وإلى
التهاب قولون قرحي .

الإمراض : لم يتمكن الباحثون من إيجاد عامل ممرض في بثرات
الداء المتشكلة حديثاً ، ولم يلاحظ ترافقه مع أمراض أخرى
كالقلاع الورقي ، أو التهاب الجلد الحليئي الشكل ، أو الصدف
البثرى . والأمراض فيه غير معروف في الوقت الراهن . ومما
يجدر ذكره ، ترافقه في بعض الحالات مع تقيح الجلد المواتي .

الموجودات السريرية : يصاب الجذع والمناطق الدانية من
الأطراف . (راجع الشكل ١٦ - ٣) . وقد تصاب الشيات
المقابلة أحياناً . ويقلب ألا تصاب الفروة والراحتين والأنخصين
والأغشية المخاطية . وتكون الاندفاعات البثرية متناظرة في
توزعها . تتألف الاندفاعات الأولية من بثرات صغيرة متوترة
قيحية صفراء اللون ، ثم تصبح رخوة حيث تكبر وتحاط
بحمامى النهاية ضيقة . ويمكن أن تجتمع البثرات على هيئة
مجموعات . ترسب الكريات البيض في قاع البثرات الكبيرة ،
ونظراً لرقعة سقف البثرات تنفجر وتؤدي لتآكلات متحلقة أو

القوباء الحلثية الشكل Impetigo Herptiformis

[Hebra 1872, Kaposi 1887] :

التعريف : مرض جلدي نادر جداً . يتصف بحمامى وبثرات على مساحات واسعة من الجلد تترافق بأعراض أساسية ، وقد تؤدي إلى الوفاة . وتعتبر القوباء الحلثية الشكل بكل الاختلالات شكلاً من الصدف البثري المعمم نموذج فون زامبوك مع اختلال في وظيفة الدريقية .

الحدوث : المرض نادر المشاهدة . يبدأ عادة في منتصف الحمل وقد يرجع (ينكس) مع كل حمل لاحق . ولقد شوهد حدوثه بعد الولادة وبعد استئصال الدرق . ويمكن أن يصيب النساء غير الحوامل وتندر إصابته للرجال .

الإمراض : البثرات عقيبات دوماً ، والصورة السريرية مشابهة تماماً للصدف البثري نموذج فون زامبوك ، والموجودات النسجية مطابقة للموجودات النسجية في الصدف البثري والتهاب الأطراف المستمر القحيح Acrodermatitis Continua Suppurativa . وتوجد في بعض الحالات علامات نقص نشاط الدريقيات (تركزز Tetany ، ونقص كالسيوم المصل ، وارتفاع في فوسفات المصل) . ويحتمل أن يكون المرض ليس سوى تظاهرة لصدف بثري كامن معمم اشارة عوز هرمون الدريقيات خلال الحمل أو تطور بعد استئصال الدرق أو الدريقيات .

الموجودات السريرية : أماكن توضع الداء هي الجذع ، وأغلبية الثنيات والطيات الجلدية ، ويمكن أن تصاب الأطراف أيضاً . تتشكل البثرات في هذا الداء على قاعدة حمامية ، قد تتطور وتصبح رخوة . وبعد ذلك يحف مركزها ويتوسف محيطها وتؤدي إلى طوق وسفي . وقد يؤدي توضع البثرات إلى أشكال متحلقة أو زاحفة ، ويمكن أن تترك تصبغات ثانوية . يمكن أن يصاب الغشاء المخاطي في الفم وتأخذ الآفات فيه شكلاً نقطياً أيضاً غيمي اللون على الظهارة ، وقد تتطور الحالة إلى أحمرية تقشرية .

الأعراض : تكون المريضة منهكة وتصاب بالقهم والصداع والحمى مع عرواءات مرافقة لظهور الطفوح البثرية . ويكون المرضى غليولون إلى درجة الخطر . وتشير الفحوص البولية إلى التهاب الكلية . وتوجد علامات تشير إلى نقص نشاط الدريقيات (إيجابية علامة شفوستوك وتروسو ، ونقص مستوى كالسيوم المصل والتركز) . وقد ينخفض ألبومين المصل ويمكن أن يكون مستوى كالسيوم المصل طبيعياً وترتفع سرعة التثفل . وقد يظهر خلل بروتينات الدم وكثرة العدلات . ويمكن أن نجد عوزاً في الحديد خلال سير الداء . قد يصاب

متعددة الدوائر وتبقى بقايا سقف البثرات في المحيط . وقد يستمر ظهور البثرات في هذه المناطق التي ظهرت فيها سابقاً . وغالباً ما تترك بعد تراجعها فرط تصبغ في مكانها .

الأعراض : تبقى الحالة العامة للمصاب طبيعية ، ويصاب بحكة خفيفة .

التشريح المرضي النسجي : تكون البثرات وحيدة المسكن وتحتوي أعداداً كبيرة من العدلات وهي تحت الطبقة المتقرنة مباشرة . والبثرات كما ذكرنا عقيمة لا تحتوي على جراثيم . وقد تبدي البشرة شواكاً خفيفاً وتبقى الطبقة الحبيبية طبيعية . ويظهر أيضاً سفاج دون وجود انحلال أشواك . ويلاحظ وجود تفاعل التهابي حول الأوعية في الأدمة العليا .

السير : سير المرض مزمن . حيث قد يبقى لمدة عشرين سنة أو أكثر . وقد يصاب المريض بورم المصوريات (المصوروم Plasmacytoma) وبالأخص عند المسنين .

التشخيص التفريقي : إن وجود البثرات في الداء البثري تحت الطبقة المتقرنة والتي يزداد حجمها تدريجياً وتحتوي على تجمعات من الخلايا القحيبة تجمعنا بفكر بنفي القوباء الفقاعية ، والصدف البثري المعمم نموذج فون زامبوك الذي يترافق بالحمى Pyrexia . ويجب أن نلاحظ بالتشخيص التفريقي أيضاً الصدف البثري الشبيه بالحمامى الحلثية النابذة ، والحمامى النخرية ، والتهاب الجلد الحلثي الشكل ، والفقاع الوري .

أما تفريقه عن الطفحة الجرثومية البثرية المعممة الحادة (البثر المعمم الحاد) فيرتكز إلى أن هذا المرض الأخير يحدث بثرات تحت الطبقة المتقرنة لكنه مرض حاد يحمى بسرعة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعطى الدابسون بعمار ٥٠ - ١٥٠ ملغ يومياً كما في التهاب الجلد الحلثي الشكل حيث تحققت فائدته ، ولكن تأثيره بوجه عام ليس أكثر من تأثير موقف للمراضة Morbidostatic . ويؤدي إعطاء مضاد المستامين Mebhydroline ٣ - ٥ مرات يومياً إلى تخفيف تطور الداء في بعض الحالات . ويمكن تجربة الاتريينات وإيزوتريتينون أيضاً .

المعالجة الموضعية : تطبق المطهرات المناسبة في مناطق التآكلات . ويمكن تطبيق الستيروئيدات القشرية على شكل رهيات ودهونات ولكن لا يستحب تطبيق المراهم الدهنية .

سعي - إقواء . والإسهال ، والتهاب الصفاق والشلل حركي . هـ . ويذكر أن المرض ميم أحياناً في الحالات التي عصف فيه لاندفاع بالترقي والصورات الدورية Periodic Exacerbation أما بالنسبة للجنين فقد يولد خديجاً أو مليصاً Still Birth أو غير قابل للحياة .

تشريح المرضي النسجي : يتصف التفاعل النسجي بتشكيل سعة سفاجية والمطابق تماماً للموجودات النسجية في الحصف البشري ، ويوجد في محيط البثرة خلايا منحلّة لأشوك . يوجد في أعلى الأدمة والبثرة أحياناً خليط من حمضات والعدلات .

المس : مرض خطر ، وقد تمتد خطورته عدة أشهر . ولقد سجت حالات حادة منه انتهت بالوفاة بسبب فرط الحرارة ، أو بسبب القصور الكلوي . أو القلبي ، وخلال أيام أو أسابيع . والرجوع (النكس) وارد في الحمل اللاحقة أو مع تولد مانعات الحمل .

التشخيص التفريقي : يتم تشخيص القوباء الحلثية الشكل استناداً إلى الآفات الموضعية المترافقة بعلامات نقص نشاط الدريقات . وفي الحالات الأخرى ، تتوافق المتلازمة السريرية مع أهداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك . ويجب نفي خلل البثري تحت الطبقة المتقرنة .

المعالجة : يتوجب إنهاء الحمل في الحالات الخطيرة ، إذا لم تستجب الحالة الخطرة للمعالجة الدوائية .

المعالجة الجهازية : إنه لمن المهم معالجة نقص نشاط الدريقات بعقار Dihydrotachysterol (A. T. 10) وبمشاركته مع أملاح الكالسيوم حقناً وريدياً . ويجب مناظرة Monitoring (مراقبة دورية) مستوى الكالسيوم في اندم خلال المعالجة ووظيفة الكلية أيضاً . يمكن إعطاء الفيتامين D₂ بمقدار ١٠ آلاف وحدة يومياً بعد ذلك . تعضي الستيروئيدات عن الطريق العام بمقدار ٣٠ - ٨٠ مغ يومياً غير أنها لا تؤثر على نقص نشاط الدريقات . أما العلاج المنتخب في الوقت الحاضر فهو إشراك A. T. 10 والستيروئيدات . والمعالجة بسامات الخلايا (الميتوتركسات) أو الاتريتينات غير مستطبة في الحمل . كما أن معالجة بالبوفا PUVA مع الاتريتينات أو ما يسمى (Re - PUVA) فيمكن التفكيك به في حالات خاصة . ويمكن لاستطيب بهذه معاجات ثناء الحمل أيضاً .

وفي حالات خصرة جدياً أو إذا كان الحمل بعمر متقدم يمكن تفكيك بجرء فيصرية قبل الآوان .

معدة موضعية : يمكن تطبيق المواد المقبضة Astringent

كدهون الزنك ، وبعض الأصبغة والستيروئيدات المفلورة بسواغ مائي . ويجب أخذ الحذر والحيطه من حدوث الأنحاج الثانوية وخاصة بالمبيضات البيض .

وبسبب الخطورة العالية على حياة الأم والجنين يمكن التفكير جدياً بإيقاف الحمل مستقبلاً حفاظاً على حياة الأم .

البشار الحاد المعمم Pustulosis Acuta Generalisata [MacMillan 1973, Tan 1974] :

المرادفات : الطفحة الجرثومية المعممة الحادة ، البشار الحاد المعمم Acute Generalized Pustulosis .

التعريف : المرض حالة حادة ، ويتصف باندفاع بثري معمم ، وهو معدد لذاته أو يشفى عفويّاً خلال بضعة أسابيع . ويرجع أن يكون منشؤه أرجياً نحو خمج و/أو أدوية .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : البثرات عقيمة ويرجع أن يكون المرض تفاعلاً أرجياً نحو خمج حاد (التهاب قصببات ، التهاب بلعوم وغيرها) ، أو قد يكون تفاعلاً دوائياً . وتبين الموجودات المنساعية النسجية والتشريحية المرضية ، وهي عبارة عن التهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، بأن المرض هو تفاعل من نمط أرتوس (التهاب أوعية بمعقدات مناعية) .

الموجودات السريرية : تلاحظ البثرات المنتشرة على الفروة ، والجذع ، وعلى الأقسام القاصية من الأطراف ، مع كثافتها على اليدين والقدمين وثنيات الرسغ . (راجع الشكل ١٦ - ٤) . ويعف عن الرحتين والأخصين والأغشية المخاطية للفم . تكون البثرات صفراء اللون ، تنفجر وتبقى بقايا سقفا في المحيط ، وبعد ذلك يتظهن مكانها ، ويجف بعضها ويأخذ لوناً بنياً . ومما يجدر ذكره هو إصابة المرض لليدين والقدمين فقط ويدعى في هذه الحالة بثار النهايات الحاد Acropustulosis Acuta .

الأعراض : يمكن أن تتأثر الحالة العامة للمصاب . وتشمل ترفعاً حرورياً وزيادة سرعة التثفل ، وكثرة العدلات وأحياناً الحمضات . وذكر كذلك حدوث حَبَر Petechiae ، وبيلة دموية في بعض الحالات ووجود معقدات دموية جواله .

اللطاسخة الحلوية من البثرات : تحتوي على عدد كبير من العدلات .

الجرثوميات : البثرات عقيمت لا تحتوي على جرثيم .

التشريح المرضي النسجي : تتصف البثرات بأنها داخل بشروية أحادية المسكن مع وجود خلايا منحلّة الأشواك إفرادية في محيطها . وقد تبدي البشرة سفاجاً إكريمياً . تبدي الأدمة

رشاحة النهاية مع علامات التهاب أوعية كاسرة للكريات البيض .

التشريح المرضي المناعي : يترسب الغلوبولين IgG والمتممة C₃ في جذر الأوعية . وقد نجد ترسباً حبيبياً خطياً بالغلوبولينات والمتممة C₃ على الغشاء القاعدي . هذه الموجودات تشابه الموجودات في الصدف البثري .

المسار : يبدأ المرض بعد ٧ - ١٠ أيام من إصابة خمجية بالمكورات العقدية الحالة للدم - بيتا والتي عولجت بالصادات . ويتراجع المرض عفوياً خلال عشرة أيام إلى ٤ أسابيع ، وقد يحدث نكس بعد إيقاف المعالجة .

التشخيص التفريقي : يجب نفي الحالات الخمجية المنشأ (التقيحات الجلدية ، والدخنيات البثرية) والصداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك ، والأدواء البثرية المعممة الأخرى . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار الأمراض التي تصيب اليدين والقدمين والأغشية المخاطية والناجمة عن حمة كوكساكسي .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : الستيروئيدات القشرية بعبارات متوسطة ٦٠ ملغ بريدنيزولون يومياً .

المعالجة الموضعية : دهونات الزنك ورهيات الستيروئيدية .

البثر اليوزيني العقيم Sterile Eosinophilic Pustulosis
[Ofuji et al 1970] :

المترادفات : التهاب الجريبات اليوزيني البثري ، البثر اليوزيني .

التعريف : يصيب الداء اليافعين ويتظاهر باندفاعات بثرية فيها الكثير من الحمضات مع ارتفاع نسبتها في الدم أيضاً .

الحدوث : المرض نادر . يصيب الشباب الصغار وخاصة الذكور . ونادراً ما يصيب الأطفال ، ولقد شوهد الجلاد عند المرضى الخموجين بحمة المعمم (HIV) .

الإمراض : آليته الإمراضية غير واضحة . ويؤدي التفاعل الالتهابي في الجلد إلى تشكل بثرات يوزينية بشرية مع التهاب أدمي حول الجريبات الشعرية تحوي الكثير من الحمضات (التهاب جريبات) .

الموجودات السريرية : يتظاهر باندفاعات حطاطية عمرة منتشرة قطرها ١ - ٣ ملم حكتها معتدلة . يمكن أن تتلاقى

وتؤدي إلى مساحات أكبر . وتشكل البثرات العقيمة في الحطاطات نتيجة تطورها ثم تتراجع تاركة ندبات وفقرط تصبغ . ويحدث أحياناً آفات عقيدية مع تشكلات خراجية . ولقد ذكرت حالات أخذت أشكالاً حلقية أو عديدة الدوائر مع شفاء مركزي ، وترقي محيطي نتيجة تشكل بثرات في المحيط . تبدأ بأفة على الوجه ثم تنتشر إلى الجذع ، وخاصة في منتصف القص والنهايات وتصاب الراحتين والأخصصين ، وتؤدي إصابة الفروة إلى حاصة ندبية تشبه الحاصة الكاذبة .

الأعراض : يتصف الداء بحكة خفيفة . ولا توجد أعراض عامة ولا أرج لمؤرجات جرثومية . يرتفع الغلوبولين IGE في المصل ، وترتفع الكريات البيض قليلاً ، وتصل الحمضات حتى ١٠ - ٢٠٪ في الدم المحيطي .

التشريح المرضي النسيجي : تحوي البثرات الجريبة داخل البشرة أعداداً كبيرة من الحمضات ، ويتواجد تفاعل التهابي غير نوعي مع كثير من الحمضات في كل من الجريبات الشعرية والغدد الزهمية والغدد العرقية الناحية .

التشريح المرضي المناعي : لا توجد ترسبات مناعية ، ونادراً جداً ما توجد أضداد مضادة للبشرة من نوع IgG و IgM بالومضان المناعي المباشر في الآفات وفي مصل المرضى .

المسار : المرض مزمن وناكس ، وقد يحدث تراجع عفوي بعد عدة سنين ويتلو تراجع الآفات فرط تصبغ ونادراً ما تتلوه الندبات .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي ، الصدف الشائع مع بثرات الإكزيمة الثمية المتقوשה ، وداء المبيضات البيض ، والإفرنجي البثري ، والبثر الراجي الأخصي . وإذا ما انحصرت الآفة في الفروة يجب نفي التهاب الجريبات الخاص وذلك بالفحص الجرثومي والنسجي وتنفي سعة الرأس بالتحريات الفطرية .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعطى السولفون بمقدار ١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً ويمكن إعطاء الستيروئيدات القشرية لفترة طويلة وقد تشرك مع الإريثرومايسين .

المعالجة الموضعية : المقبضات (الكليوكينول ، دهونات الزنك ٥٪) ، الدهونات الستيروئيدية أو الرهيات .

الفصل السابع عشر

التقرانات

Keratoses

د . وليد حناوي

الخلايا بعد انقسامها في الطبقة القاعدية . وإذا ما تخربت هذه الوظيفة ، كما في الفقاع الشائع ، فيكون نتيجه انحلال الأشواك . وتغلف مادة الكنان السكري Glycocalyx الغشاء الخلوي للخلايا المتقرنة من الخارج ، وهذه المادة هي طبقة من الغليكوزأمينوغليكسان Glycosaminoglycans وتعادل الملاط بين الخلايا .

تتألف البشرة من عدة طبقات :

طبقة الخلايا القاعدية Basal Cell Layer (الطبقة القاعدية) : وترتب الخلايا فيها على محاور أفقية طويلة ، وتحتوي هيولاهها على بروتين بنياني ، وعلى خيوط موترة قائمة اللون الكترونية القد ، ويتراوح قطرها بين ٥ - ٨ م . تشكل هذه الخيوط الألياف الموترة والتي يبلغ قطرها ٢٥ م تقريباً ، وفيها يبدأ تشكل القرنين . ولهذا السبب توصف الخلايا البشرية بالخلايا المتقرنة .

طبقة الخلايا الشائكة أو الوسفية Spinous or Prickle Cell Layer (الطبقة الشائكة) : تخضع الخلايا المتقرنة لإعادة ترتيبها البنياني في هذه الطبقة ، فتصبح أكثر تسطحاً وتعدد زواياها ، وتبدو الجسيمات الرابطة بالمجهر الألكتروني أكثر وضوحاً كروابط للخلايا ببعضها . كما تلج حزم من الخيوط الموترة في الجسيمات الرابطة وترافقها ارتباطات بين الخلايا أكثر ديمومة وترقياً ، وهذا يؤدي إلى ثبات البشرة واستقرارها . وفي القسم العلوي من الطبقة الشائكة والطبقة الحبيبية ، تشكل الخلايا المتقرنة الجسيمات المتقرنة Keratinosomes (أجسام أودلاند Odland Bodies أو الحبيبات المغلفة بالغشاء) . وتتألف هذه الجسيمات من حبيبات صفاحية يتراوح قدها بين ٦٠ - ٢٠٠ م ، كما توجد في هذه الخلايا عضيات هيولية تحت مجهرية تتوضع على الغشاء الهيولي للخلايا المقابل لسطح الجلد . وتحرر هذه العضيات في الأحياء بين الخلايا ، وتصنف بانئائها إلى النظام اليحلوي . وتتميز بأهميتها في ربط الخلايا المتقرنة ببعضها ، وبالتوقيت الصحيح لتوسف هذه الخلايا على سطح الجلد .

الطبقة الحبيبية Granular Layer : ويبلغ سماكة هذه الطبقة بين ٢ - ٣ طبقات من السماكة الخلوية باستثناء الراجتين والأخصين ، وتأخذ اسمها من وجود حبيبات الكيراتوهيالين في خلاياها والتي يتراوح قدها بين ١٠ م إلى عدة ميكرومترات ، وتظهر هذه الحبيبات الخشنة والغنية بالهستيدين بالمجهر الضوئي بعد تلوينها بالملون الأسسي ، بينما تظهر بشكل عتات متجانسة بالتصوير المجهر الإلكتروني . ولا تنجم هذه الحبيبات عن تنكس عادة ، إلا أنها قد تتداخل في التقرن

البشرة Epidermis :

تشكل البشرة طبقة الجلد الخارجية والتي تحمي الإنسان من يسه ، وتتواجد الطبقة المتقرنة في أعلاها ، بينما تتكون بنية البشرة الوسفية المتقرنة من الأديم الظاهر ، وتتألف هذه البشرة الوسفية من الطبقة القاعدية ، ومن الطبقة الشائكة والطبقة الحبيبية اللتين تشكلان من الخلايا المتقرنة Keratinocytes ومن الطبقة المتقرنة التي تحوي على الخلايا المتقرنة Conneocytes ، كما توجد في الجلد أنماط خلوية أخرى تقدر بحوالي ١٠٪ تقريباً من عدد الخلايا الكلي ، وتضم كلاً من :

- الخلايا الملانية التي تشكل الملانين وتشاهد في المنطقة العابرة بين البشرة والأدمة وتتوضع بين الخلايا القاعدية .
- خلايا لانغرهانس التي تنتمي إلى نظام البلاعم الوحيدة وتتوضع في الطبقات السفلى من البشرة .
- خلايا مركل التي ينظر إليها كخلايا متقرنة متمايزة .
- ومن خلايا شوان القادمة من العرف العصبي والتي قد تقوم بعملها في المحاور العصبية كمستقبلات آلية .

الشكلياء Morpholog : تشكل البشرة باستطاعتها أبعاداً ثلاثية تتداخل بشكل شبكة مع حلقات الأدمة بنسجها الضام . وتشكل أنصاف الجسيمات الرابطة والموصل البشري الأدمي المعقد الارتباط الأقوى بين البشرة والأدمة . ويحدث انفصال البشرة عن الأدمة (نفاطة تحت بشروية) بعوامل حرارية (تسخين الجلد ما يقارب ٥٦٠) أو بعوامل آلية (احتكاك) . كما يضمن النظام ثلاثي الأبعاد للليفات الموترة داخل الخلية - التي ترى بالمجهر الألكتروني - لثبات الآلي للبشرة ذاتها . وتتألف هذه الليفات من حزم من الخيوط الموترة والتي تلج أنصاف الجسيمات الرابطة على جدار الخلية القاعدية أو بالتماس مع هذه الجسيمات في أي مكان داخل الخلية ، بينما تشكل هذه الجسيمات توضعات خاصة لمركز بين الخلايا . وتتألف بنيتها المعقدة من زوج متقابل من قطع من الغشاء الخلوي . أما في النضقات السفلية من البشرة ، فتكون بنية هذه الجسيمات وقبة حيث تنفتح وتنغلق كي تسمح بهجرة بعض

الأخير ، ويفترض أنها تتشكل من بروتين غني بالمستيدن حديث التركيب ومن شحوم ولييفات موترية أيضاً . (راجع الشكل ١٧ - ١) .

الطبقة الشفافة Stratum Lucidum : وتبلغ سماكة هذه الطبقة في الحالة الطبيعية سماكة طبقة خلوية واحدة فقط ، وذات بنية مستقل في الراحتين والأخمصين فقط ، حيث تتطور فيها بشكل جيد . وتسير الخيوط الموترية في هذه الخلايا متوازية مع سطح الجلد ، وتنغمس في مادة خيطية غنية بالكبريت ، وذات كثافة الكترونية سميكة نسبياً . وتسطح هذه الخلايا ذاتها ولكنها ليست كالعصيات المسطحة أو المجردة التي توجد في خلايا الطبقة المتقرنة .

الطبقة المتقرنة Stratum Corneum : وتتخذ الأغشية الخلوية فوق الطبقة الحبيبية والشفافة ، كما توجد منطقة انتقال مفاجئة إلى الطبقة المتقرنة . ويجب أن تكون هذه المنطقة ، والتي تقع في قاعدة الطبقة المتقرنة ، مكاناً لجميع الأحداث ، وفيها تتحول الخلايا الحية المتواة وعصياتها الهيولية وبروتينها البنيوي (اللييفات الموترية) إلى خلايا قرنية ميتة خلت من نواها ومن عصياتها الهيولية ، وتحتوي هذه الخلايا على تراكيز عالية من الأنظيمات التقوية والمحللة كالاسترازات ، والفوسفاتازات التي تنفوس بدورها في الحدث النهائي للتقرن ، ولهذا فمن الواضح وجود منطقة ولوعة بالماء تحت الطبقة المتقرنة مباشرة ، وهي غنية في شحومها وعديدات السكر فيها والمركبات المعقدة الأخرى . وهذا يجعلها تقوم بدور الحاجز الذي يمنع نفوذ المواد المنحلة في الماء .

هذه المواد معاً ، والتي تنجم عن تقويض الخلايا البشرية ، هي المسؤولة عن ارتباط الماء بالمواد في الطبقة المتقرنة ، وتمثل ما يسمى الجزء غير المتقرن من الطبقة المتقرنة . وإذا تحطم هذا القسم الذي يسمى العامل المرطب الطبيعي Natural Moisturizing Factor نتيجة الغسل الزائد أو تطبيق ضادات مرطبة لفترة طويلة تفقد الطبقة المتقرنة قدرتها الرابطة للماء ، ويصبح سطح الجلد جافاً خشناً وقشياً (انعدام الزهم ، جفاف الجلد) .

ويكشف المجهر الإلكتروني عن نموذج القرنين في الخلايا المتقرنة ذات اللييفات منخفضة التباين والتي يبلغ قطرها حوالي ٧ ن م ، وعن الم طرق المتجانس (البروتين الغني بالكبريت فلاغرين Fillagrin) . ويكون تقرن الغشاء الخلوي واضحاً ومن الواضح أن البنية هنا أقوى مما عليه في الطبقات السفلية من البشرة ، وينجم هذا البنية عن الكسائين Involucrin ، وهو بروتين غني بالسستين غير ذواب ويغلف الخلية . وتبلغ سماكة

غشاء الخلايا المتقرنة حوالي ١٧,٥ ن م ، هي عادة ما تكون مترابطة مع الجسيمات الرابطة المتجانسة بين هذه الخلايا ، والتي تصل سماكتها إلى ٢٠ ن م .

وتسطح هذه الخلايا بشكل مترق ثم تنسج على سطح الجلد أخيراً نتيجة للانحلال الخلوي ، وتقرن الخلايا الكلي ، وضياح الماء المستمر . ولا يلاحظ هذا الحدث بشكل طبيعي ، ولذا يوصف بالتوسف غير المحسوس (اللا حسوس) ، وقد قورنت الخلايا المتقرنة والمادة بين هذه الخلايا - مكونا الطبقة المتقرنة - بالملاط والقرميد . كما ينتج قرنين الطبقة المتقرنة نموذجاً خاصاً انعراجياً بالأشعة السينية (قرنين ألفا) ، ومن المقبول به حالياً ، أن ارتباط السلاسل عديدةات البيتيد خيطية الشكل في القرنين مترابط بروابط ملحية وهيدروجينية ، وبروابط ثنائية الكبريت بشكل خاص ، وتجعل هذه الروابط الثنائية الكبريت من القرنين مادة قاسية غير ذوابة في الماء . كما تؤدي حدثية التوجج الدائم في الأشعار إلى اختزال الروابط ثنائية الكبريت إلى مجموعة هيدريل الكبريت ، والتي تعالج رأب الأشعار ، حيث يعيد التأكسد التالي الحزم ثنائية الكبريت للحالة السابقة ، وكنتيجه لذلك تحتفظ الأشعار بالشكل المرغوب فيه .

تشكل البشرة Epidermopoiesis : لا توجد جلدية خاصة أو وسوف صلبة أو مخاط يحمي البشرة الإنسانية من العوامل المحيطية ، ولكن تحميها الخلايا المتقرنة فقط ، والتي تنفصل بشكل مستمر عنها ، ثم تتشكل ثانية من جديد ، ويمكن اعتبارها شكلاً من الإفراز الغدي المنقرز ، ومن وجهة نظر وظيفية ، يمكن تقسيم البشرة إلى قسمين :

القسم التكاثري Compartment of Proliferation : ويتضمن هذا القسم كل من طبقة الخلايا القاعدية والقسم السفلي من الطبقة الشائكة ، وحيث تكون البشرة ذات شواك .

القسم التمايزي Compartment of Differentiation : ويتضمن كل من القسم العلوي من الطبقة الشائكة ، والطبقة الحبيبية ، والطبقة المتقرنة .

يحدث الانقسام الفتيلي في طبقة الخلايا القاعدية فقط ، وبمعدل انقسام فتيلي واحد في كل ٤٠٠ خلية قاعدية تقريباً ، وتبين باستعمال التيميدين الموسوم [3H] أن ما يقارب ٥٪ من الخلايا البشرية القاعدية تكون في طور تركيب الدنا DNA من دور الخلية بشكل طبيعي . وتنطلق بعد هذا الانقسام الفتيلي خلية قاعدية واحدة فوق القسم القاعدي ، وتهاجر ببطء إلى سطح الجلد . ويعتقد أن زمن العبور من طبقة

خلايا متعددة إلى الطبقة الحبيبية يعادل الأسبوعين تقريباً ،
من صفعة الخلايا الحبيبية إلى سطح البشرة يعادل أسبوعين
حزب نصف . ولذا فإن زمن العبور الكلي يعادل ٢٨ (٤٠ -)
يوم . وقد أصاب تشكل البشرة تسارع معين كما في الصدف
انتشع أو نخالية الحمراء الشعرية Pityriasis Rubra Pilaris
تتبع جميعه التكاثر فوق طبقة الخلايا القاعدية إلى الخلايا المقرنة
حرف متعددة ، ويقصر زمن العبور الكلي إلى حد كبير في مثل
هذه حالات . بحيث لا يزيد هذا الزمن على ٥ - ١٠ أيام في
عده .

وعند تسارع تشكل البشرة ، فقد يبقى التقرن سويّاً
تقرن سوي (Orthokeratosis) أو يصبح مرضياً (خطل
تقرن Parakeratosis) . ويظهر ذلك أن تمايز البشرة محكوم
بممن أخرى أكثر مما هو محكوم بعوامل التكاثر (الكمية)
وحده .

ولا يوجد جواب محدد عن العوامل التي تسيطر على تجديد
لبس بشرى المستمر ، ويعتبر ضمن هذه العوامل كل من
لكتيكول أمين ، والنيوكلويدات الحلقية داخل الخلية
cGMP ، cAMP) ، وتأثيرات الوسطاء مثل
بروستغلاندين . وقد تؤثر الستيروئيدات وأشكالها الأخرى
- إضافة إلى الهرمونات الجنسية (اندروجين) هنا على تشكل
لبشرة أيضاً . ومن المعروف جيداً الفعل المثبط لهذه
ستيروئيدات .

وظيفة البشرة : تعتبر الحماية الوظيفة الأساسية للبشرة ، فتقي
لبشرة المتقرنة الجسد من الماء الزائد أو من نقص الحرارة ،
ويصح هذا واضحاً عندما يتأذى التقرن كما في الصدف ،
حيث يضيع كل من الماء والحرارة أكثر بعدة مرات منها في
حد سوي ، كما تغطي طبقة رقيقة (فلم) من الشحميات
سطح الطبقة المتقرنة ، ويصنع أكثر من ٩٠٪ من هذه
لشحميات الزهمية من الشحميات التي يمكن استخلاصها ، بينما
يشق أقل من ١٠٪ منها من البشرة نفسها (شحميات
لبشرة) . وتشكل طبقة الشحم مستحلباً يجعل من الطبقة
تقرنة ناعمة ملساء ، وأقل نفوذية للمواد الذوابة في الماء .
ويسمى أن الشحميات البشروية وخاصة السراميدات مسؤولة
بشكل خاص عن قدرة البشرة للارتباط بالماء وعن نعومة
لبشرة المتقرنة .

يكون سطح البشرة حامضياً وتبلغ درجة الباهاء (PH) فيه
حوالي ٥.٥ - ٧.٥ . ويحتمل أن يكون لحمض المانتل أهمية في
حمية البشرة من الأتجاج الجرثومية ، ويتخرب هذا الحمض في
صيت حند (المناطق المذحية) بشكل عام ، وقد يصبح الباهاء

فيها قلوياً وهذا يزيد من خطورة حدوث الأتجاج الجرثومية
والفطرية (كالسغة القدمية) ويثيرها التطهير الحيوي المتكرر
باستعمال « الصوابين » الحمضية (منظفات درجة الباهاء فيها
حمضية) . وليست القدرة الدائرة للبشرة نحو السوائل
الحمضية والقلوية كبيرة كما هو واضح في الأذيات الأتجاجية .
وينطبق هذا على وظائف البشرة الواقية والآلية وخاصة وظائف
الطبقة القرنية منها ، حيث يسبب التشعيع بالأشعة فوق
البنفسجية ب تسمكاً في الطبقة المتقرنة (الشن الشعاعي) .

اضطرابات التقرن : وفي جميع التقرانات ، يوجد تبدل نسبي
بين الاستبدال Replacement والتوسف ، ولذا يزداد عدد
كل من الوسوف والخلايا المتقرنة الملتصقة بثبات ، ويوجد
بالإضافة إلى ذلك شذوذات كيفية في حديثة التقرن والتي تثبت
نسجياً ، وبالمجهر الألكتروني ، وبالطرق الكيميائية الحيوية .
وإن سببات اضطرابات التقرن هذه غير معروفة عموماً ،
وتحدد وراثياً في كثير من الحالات والتي تعرف بالجلادات
الوراثية Genodermatoses ، كما يتصف العديد من هذه
الجلادات بسير شديد ، ولذا من الأهمية بمكان أن ينصح هؤلاء
المرضى بما يناسبهم إذا رغبوا بانجاب الأطفال (استشارة
وراثية) . ويمكن التنبؤ بهذه الحالات بإجراء الاختبارات
المجهرية الالكترونية ، والكيمائية الحيوية خلال الحمل وبعد بزل
السلى Amniocentesis ، وبالتالي التنبؤ بعدم إصابة الجنين
بأحد هذه الأمراض .

ويكتسب التقرن أحياناً ، كما في التفاعلات الدوائية ، أو قد
يكون علامة لمرض بدئي مختلف ، وينجم تسمك الطبقة المتقرنة
أي فرط التقرن ، بشكل أساسي عن أحد الحدين التاليين :

١ - تسارع في تكون البشرة ، ويتشكل فيها كثير من
الخلايا المتقرنة ، وهذا هو فرط التقرن التكاثري (مثال :
الصدف ، النخالية الحمراء الشعرية) .

٢ - تأذي حديثة التوسف ، وينفصل فيها قليل من الخلايا
المتقرنة عن سطح الجلد ، وهذا ما يسمى بفرط التقرن
الاحتباسي (مثال : السماك الشائع) .

ويحدث تخرب نوعي في حديثة التمايز أحياناً ، فتصبح خلايا
المعزولة متقرنة في مرحلة باكراً من تمايزها في البشرة الحية ،
وبجدية تدعى خلل التقرن Dyskeratosis ، أو قد تبقى النوى
في الخلايا المتقرنة في الطبقة المتقرنة ويسمى هذا الحدث خطل
التقرن Parakeratosis . وفي مثل هذه الحالات ، قد تحتوي
الطبقة المتقرنة على إنظيمات وركائز توجد بشكل سوي في
المنطقة المولدة للقرنين فقط (خطل التقرن الكيميائي
النسجي) ، أو قد يكشف المجهر الألكتروني عن قطيرات

شحمية وتعضيات هيولية جزئية في الخلايا المتقرنة المتأيزة (خطل القرن بالمجهر الإلكتروني) . وأخيراً ، قد يسبب كل من تلاشي الليفيات الموترة الباكر ، وتخرب تشكل الكيراتوهيالين ، تنكساً حبيباً (فرط القرن الحال للبشرة) في أعلى الطبقة الشائكة .

ويتوافق تمايز القرن مع المناطق المتأثرة :

– القران المنتشر (أدواء السماك) .

– القران الراجي الأخصي .

– انقران الجريبي .

– القران المحدد الذي لا يرتبط بالجريات .

القران المنتشر Diffuse Keratoses

ويتألف القران المنتشر من أشكال من السماك يمكن تمييزها على أسس سريرية ، ووراثية ، ونسجية مرضية ، وبنيتها المستدقة ، وبمميزات الكيمائية الحيوية في بعض الحالات ، ولكن يصاب كامل الجلد بقرن شاذ في أغلب هذه الحالات .

الجدول ١٧ – ١ : تصنيف القرانات

I – القران المنتشر (أدواء السماك) .

آ – أدواء السماك الوراثية .

١ – زمرة السماك الشائع .

السماك الشائع (صبغي جسدي سائد) .

السماك الصاغر الصبغي X .

متلازمة ريفزوم Refsum's Syndrome .

٢ – زمرة السماك الولادي .

السماك الولادي الوخيم I. C. Gravis .

السماك الولادي الخفيف الشدة I. C. mitis .

السماك الولادي المتأخر .

السماك الصفاحي ، الصاغر .

السماك الصفاحي ، السائد .

متلازمة جوكرين – لارسون Sjögren – Larsson .

متلازمة رود Rud's S. .

متلازمة ويتثال Wubenthal's S. .

٣ – زمرة السماك القنفذي .

السماك القنفذي (Ichthyosis Hystrix Lambert)

Curth Macklin, Rheydt, and Böffversedt

. Types)

الأحمرية سماكية الشكل الولادية الفقاعية .

ب – أدواء السماك المكتسبة (العرضية) .

المواكية للأورام .

المواكية للأخماج .

في عوازل الفيتامين .

المحدثه بالأدوية .

الأخرى (المجلد الشيعي ، الديال ، الغذائي

. (Trophic) .

II – القران الراجي الأخصي .

القران الراجي الأخصي المنتشر والمحدد .

القران الراجي الأخصي النافذ .

قران الأطراف الوراثي المترقي .

القران الراجي الأخصي الخطاطي البقي .

القران الراجي الأخصي البقي .

أشكال نادرة : متلازمة بايلون لوفيفر – Papillon

، Lefevre, S. ، القران الراجي الأخصي الجادع ،

متلازمة ريشنر – هانهارت Hanhart – Richner ،

القران الراجي الأخصي مع سرطان المري .

III – القران الجريبي .

القران الشعري .

الحمامي التنديية محجية المنشأ .

فرط القران الجريبي ونظير الجريبي في الجلد الناقب .

القران الجريبي .

IV – القران المحدد وغير المحصور بالجريات .

قران النهايات التؤلولي .

فرط القران العدسي المستمر .

قران لعوة الثدي وحي الشكل .

القران المسامي لمبيلي .

القران المسامي السفعي السطحي المنتشر .

احمرار الجلد القرني الشكلي المتغير .

احمرار الجلد القرني المتناظر والمترقي .

الأحمرية الولادية المترافقة بالصمم .

السماك الخطي المنعطف .

القران الحزازاني المزمن .

القران الوراثي Hereditary Keratoses :

زمرة السماك الشائع Ichthyosis Vulgaris Group :

السماك الشائع Ichthyosis Vulgaris :

المترادفات : السماك الشائع بالصبغي الجسدي السائد ، السماك البسيط .

التعريف : السماك الشائع حالة وراثية من التقرن الشاذ المعمم ودرجات مختلفة الشدة ، ويتم بوسوف جافة تلتصق بالجلد ببيت .

الحدوث : يشيع حدوث هذا الاضطراب نسبياً ، وتبلغ نسبة مراضة فيه حوالي ١ : ١٠٠٠ ، وقد يتظاهر كتقرن جريبي وحيد او منفرد ، ويبدأ هذا الاضطراب في نهاية السنة الأولى من النعمر ، ويترقى حتى سن البلوغ ، ثم يميل إلى التراجع ببعدها .

الوراثة : وتكون الوراثة في هذا السماك بالصبغي الجسدي سائد .

الأعراض : يبدى تصوير الإشعاع الذاتي سوية كل من معدل شكائر البشري وزمن عبور الخلايا المقرنة ، ولذا يجب أن يعزى التفران إلى نقص في انفصال الخلايا المقرنة عن البشرة ، وتوصف هذه الآلية على أنها فرط تقرن احتباسي ، ويبدو أن خلل الأساسي في هذا السماك يتواجد في تشكّل الكيراتوهيالين (تشكّل كيراتوهيالين شاذ وبكمية قليلة جداً) .

الموجودات السريرية : تتجلى التبدلات المتناظرة لهذا الداء جلدية واضحة وخاصة على السطوح الباسطة للأطراف ، وكامل جذع ولا سيما القسم السفلي منه ، بينما تبقى السطوح المثنية كبيرة غير مصابة بشكل ملفت للنظر . (راجع الشكل ١٧ - ٢) يكون الجلد في هذا الداء جافاً دائماً لانعدام الزهم فيه ، كما لا تصاب به المخاطيات واستناداً على وخامة التبدلات الجندية السرية ، يمكن تمييز الأشكال التالية .

– السماك البسيط *Ichthyosis Simplex* : وتصلق هذه العبارة على الشكل البسيط من هذا الاضطراب ويتم لحد فيه بجفافه وخشونته وسوية نمونه ، وتوسف دقيق ناعم نخالي الشكل ، رمادي اللون أبيضه ، وإذا جر ظفر الأصبع على الجلد ، فإن علامة التخديش هذه تشبه « الطحين » .

– السماك الشائع *Ichthyosis Vulgaris* : ويحدث تأذي التقرن فيه بشكل أكثر وخامة من مثيله في السماك البسيط ، وتكون توسفاته عاكسة للضوء وتشبه بحراشف السمك ، وتلتصق بالجلد بشدة .

– السماك الأسود *Ichthyosis Nigricans* : وتكون وسوفه وسخة داكنة اللون .

– السماك الثعباني *Ichthyosis Serpentina* : والوسوف فيه أكبر من أظفار الأصابع ، تلتصق في مركزها وترتفع قليلاً في حوافها ، ولذا فإنها تذكرنا بجلد الأفعى .

وفي جميع هذه الأشكال ، يصاب الوجه والفروة بوسوف

جافة ناعمة فقط في أغلب الحالات ، وقد ترافق بحاصة منتشرة معتدلة الشدة أيضاً ن بينا تتضخم العلامات السوية في الراحتين والأخصين أي تصبح أكثر عمقاً ووسعاً وتعدداً ، ولذا يبدو الجلد فيهما سميكاً لامعاً ويدل على كبر السن بشكل مبكر (سماك اليد ، سماك القدم) . (راجع الشكل ١٧ - ٣) .

السماك الجريبي : وقد يبدى مريض السماك الشائع ذو الإصابة المعتدلة الشدة تفراناً جريبياً أيضاً ، فيصيب الجذع والأقسام الدانية من الأطراف بشكل خاص ، وتوصف مثل هذه الحالات بالسماك الجريبي ، وهو مجرد تصادف ليس أكثر . ويقترح هذا الترافق الاستقصاءات العائلية .

الأعراض : الأعراض الشخصية في السماك الشائع قليلة نسبياً ، فالحكة فيه خفيفة الشدة دائماً ، ويحدث جفاف الجلد فيه في فصل الشتاء بشكل رئيسي ، كما ينقص التعرق والزهم .

الاضطرابات المرافقة : لا يعتبر كل من فرط البيلة الحمضينية ، ونقص تركيز المغنيزيوم في الكريات الحمر علامات قليلة الحدوث ، كما يترافق هذا السماك بإكزيمة تأتبية أيضاً (حتى ٥٠٪ من المرضى) أو بحالات تأتبية أخرى . ويصاب بعض مرضى السماك باضطرابات عقلية تتجلى بنقص في الذكاء أو بتبدلات في مخطط كهربية الدماغ (جلادات الأديم الظاهر العصبية) . وقد يترافق هذا الداء بشذوذات عينية وأذنيقوسنية وعظمية أيضاً . وقد وصف براون فالكو ولاندثالر Broun – Falco and Landthaler 1978 متلازمة تتألف من سماك شائع وأشعار ملتوية Pili Torti ، وصمم ، وشذوذات سنية .

التشريح المرضي النسيجي : وتكشف نسيجات هذا الداء عن فرط تقرن سوي بين الجريبات وجريبي في بعض الحالات ، وتغيب فيه الطبقة الحبيبية في مناطق واسعة ، كما يبدى المجهر الإلكتروني خللاً في بُنى الكيراتوهيالين .

المسیر : لا يبدى هذا السماك أية تبدلات جلدية عند الولادة ، ولكنه يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر ، ويندر أن يسبب هذا الداء آفات جلدية شديدة ، ويميل للتحسن العفوي مع تقدم عمر المريض ، كما يترطب الجلد بشكل أفضل في فصل الصيف ، وتكون آفاته أقل وضوحاً في هذا الفصل مما هي عليه في فصل الشتاء .

المضاعفات : يكون مرضى السماك عرضة للتأكزم بسبب نقص مقاومة طبقاتهم المقرنة للفسولات المتكررة والمواد التماسية المختلفة ، ويكثر حدوث الإكزيمة السمية التراكمية في هؤلاء المرضى لتلك الأسباب والتي يطلق عليها التهاب الجلد في السماك . ويكون التأتبيون منهم أكثر أهبة للإصابة بهذه

الإكزيمة ، وبالإضافة إلى ذلك ، يشيع حدوث التحسس بالتماس الثانوي ويسبب التهاب جلد أرجي .

ويجب أن يتجنب اليفعان من مرضى هذا الداء العمل بالمواد المحسنة بالتماس واستعمال مذيئات الشحوم ، أو حيث يضطرون فيها للقيام بالإجراءات التنظيفية المتكررة .

التشخيص : ويتم تفريقه بالقصة المرضية ، وصورته السريرية ، وغياب آفاته عن ثنيات المفاصل الكبيرة ، وطرار انتقاله ، ونسجيته .

التشخيص التفريقي : ويجب استبعاد كل الأشكال الأخرى من السماك ، والتقران المحدد ، والإكزيمة أيضاً .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : لقد أصبح ممكناً علاج السماك بالإيتريتينات Etretinate أو بمستقلبه الرئيسي إترتين Etretin . ويتراوح معدل الجرعة منه للبالغين بين ٢٥ - ٥٠ ملغ يومياً . ويندر إعطاء جرعة ٧٥ ملغ منه في هذا العلاج العرضي .

المعالجة الموضعية : ويتألف العلاج العرضي من حمل الماء والشحوم إلى الطبقة القرنية ومن إجراءات تساعد على التوسف ، وتفيد الحمامات التي فيها كميات كبيرة نسبياً من كلور الصوديوم الصناعي (١٪ - ٣٪ أي ١ - ٣ كغ لكل حمام) ، أو الحمامات بالزيت في علاج هذا السماك . ويحدث الاستحمام في البحر تأثيرات مماثلة ، كما يفيد تكرار تطبيق البارافين اللين الأبيض أو مستحلب زيتي مائي في هذه الآفات ، لأن هذه المواد تثبط التعرق اللاحسوس وتضمن ترطيب الطبقة المتقرنة بشكل أفضل ، كما تبدي مستحلبات كلور الصوديوم أو البولة فعالية خاصة .

كلور الصوديوم	١٠,٠
بولة	١٠,٠
ماء مقطر	٢٠,٠
مرهم دهني صوفي ميمه	١٠٠,٠

إن المستحضرات التجارية الحاوية على البولة متوفرة . أعطى تطبيق التريتينون موضعياً نتائجاً جيدة (فيتامين آ الحامضي) . ويتطلب العلاج بالتريتينون تراكيزاً أقل في علاج هذا الداء منه في المستحضرات التجارية المعيارية التي تستعمل في علاج العد ، ولذا يجب أن تمزج هذه المستحضرات بسواغ من المراهم ونسبة ١ : ١ أو ٢ : ١ .

السماك الصاغر الصبغي X - Chromosomal X Recessive Ichthyosis [Wells and Kerr 1965] :

المترادفات : السماك الشائع الصاغر ، السماك الشائع المرتبط

بالجنس ، السماك الصاغر المرتبط بالصبغي X الصاغر .

التعريف : وهذا الداء هو شكل من السماك الذي يشبه السماك الشائع سريرياً .

الحدوث : ويندر حدوث هذا الداء ، وينحصر ظهوره في الذكور كلياً ، ويكون البنين من الإناث غيريات الزيجوت حملة لهذا الداء ، وقد يبدي هؤلاء الحملة شذوذات خفيفة ، وتغم في القرنية أحياناً .

الوراثة : الوراثة في هذا السماك وراثية صاغرة بالصبغي X .

الإمراض : يبين التصوير الإشعاعي الذاتي سوية معدل التكاثر في البشرة وزمن العبور البشري ، ولذا يجب أن يتجلى فرط تفرغ احتياسي في هذا الداء . ويكشف المجهر الألكتروني عن تشكل الكيراتوهيالين السوي وعن نقص عدد الجسيمات المتقرنة أيضاً ، وهذا مخالف للسماك الشائع . وتدعم هذه الموجودات نظرية مفادها أن للجسيمات المتقرنة دور في حدوثية التوسف السوي في الطبقة المتقرنة . ويفسر نقص التشكل في الجسيمات المتقرنة وتنكسها المتأخر انطراح الخلايا القرنية المتأخر .

ومن الأهمية بمكان في التشخيص ، إثبات نقص فعاليات Arylsulfate E و Steroid Sulfate في كل من البشرة والأرومات الليفية والكريات البيض والأرومة الغازية المشيمية في هذا النوع من السماك .

الموجودات السريرية : تعتبر السطوح الباسطة في الأطراف والأقسام السفلية من الجذع ولا سيما البطن ، من المناطق ذات الإصابات الأكثر شدة تماماً كما في توضعات السماك الشائع ، ولكنه يختلف عنه بإصابته للسطوح المثنية الكبيرة أيضاً ، كما يغيب فيه كل من « سماك اليدين » و « سماك القدمين » ، والسماك الجريسي . وتتجلى المظاهر السريرية النموذجية في هذا الشكل من السماك بتوسفات كبيرة بنية متسخة وملتصقة بثبات كما في جلد التمساح وفي السماك الأسود . ويندر أن يصنف الطفل الكولوديني ضمن هذا السماك المرتبط بالجنس .

الاضطرابات المرافقة لا يبدو أن هذا السماك يترافق بالأهبة للتأب . ولا يزال أهمية ترافقه بالتخلف العقلي ، والشذوذات الهيكلية ، واعتلال الغدد الصماء الذي يضم اختفاء الخصية وقصور القنذية ، مثار للجدل . ويكثر ظهور العتات القرنية العرضية نقطية الشكل ، أو التي تشبه الفاصلة ، في أعمار تتراوح بين ١٠ - ٣٠ عاماً لدى كل من المرضى والإناث متغايرات الزيجوت الحاملات لهذا الداء .

التشريح المرضي النسيجي : ويكون فرط التفرغ بين الجريبات في الطبقة المتقرنة سويًا فيها وتعادل سماكته عشرة أضعاف

الجلدية لهذا السماك في الشكل البسيط من السماك الشائع في ٥٤٪ من الحالات .

وتتضمن الموجودات المجموعية كل من العمى الليلي ، واضطرابات الرؤية الأخرى التي تترافق بالتهاب الشبكية الصباغي الشاذ ، وفقد السمع العصبي الحسي (ويتراوح من ٥٠٪ - ٦٠٪ تقريباً وحتى فقد كامل السمع) ، والتهاب الأعصاب المتري المزمن مع شلول في الأطراف القاصية ، وثنان مفصلي ، وعلامات دماغية كالفرع .

التشخيص : ويعتمد تشخيص هذا السماك على الصورة السريرية ، وإثبات وجود الحمض الفيتاني بالمصل بطريقة الاستشراب الغازي Gas Chromatography .

المعالجة : وتم كما في أشكال السماكات الأخرى ، فالمعالجة ملطفة ، وتعطي الحمية الخالية من الكلوروفيل تحسناً لهذا الداء .

زمرة السماك الولادي Ichthyosis Congenita Group :

وتتصف هذه الزمرة من السماكات بتبدلات كبيرة ، وينتقل معظمها بالصبغيات الجسدية الصاغرة ، كما تلتبس تسمياتها حسب القصة المرضية . وبالاعتماد على الأسس السريرية ، فقد ميز ريك Riecke ثلاث درجات من الشدات لهذه السماكات هي (زيك I ، II ، III) أو السماك الولادي الوخيم ، والسماك الولادي الخفيف الشدة ، والسماك الولادي المتأخر . ويتناسب هذا التصنيف مع الناحية العملية ، ويمكن تفريق هذه السماكات بالطرق التشخيصية الحديثة جداً .

السماك الولادي الوخيم

Ichthyosis Congenita Gravis :

المترادفات : الجنين المارج Harlequin Fetus ، التقشر الصفحي عند الوليد ، السماك الولادي الميت ، التسوس الصفحي عند الوليد ، السماك الولادي نمط ريك الأول ، القرنوم الخبيث .

الحدوث : يندر حدوثه كثيراً ، ومن المحتمل أنه ينتقل عن صبغي جسدي صاغر . يمثل هذا المرض نمطاً وراثياً مميتاً من القرن الشاذ ، ويحتمل أن يحدث تشكّل الكيراتين بيتا مكان تشكّل الكيراتين ألفا الطبيعي ، ويعتبر الكيراتين بيتا من المكونات السوية في جلد الطيور والزواحف ، كما يوجد زيادة في عدد الجسيمات الشحمية في هذا الشكل من السماك .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ١٧ - ٤) . يولد الأطفال المصابون بهذا الداء خدجاً ، ويدون شذوذات غريبة من تسمك في الجلد شبيه بالأمور Amor . ويتصف بوجود شقوق عميقة فيه ، ومن تقفعات ، وشتر خارجي في الأجناف

سحكه نضيجية تقريباً ، بينما تكون الطبقة الحبيبية طبيعية وكما هي في جميع الطبقات الأخرى من البشرة ، وبشكل مغاير سمك الشائع .

السرد : تظهر علامات هذا الاضطراب في الرضع دائماً ، ولكن قد توجد عند ولادتهم أحياناً ، وتختلف الشدات فيه ولكن اتسمت قليلة في ذات المريض ، كما يتصف هذا السماك بميله نحو قتيلاً خلال حياة المريض .

التشخيص : يعتمد التشخيص على كل من القصة المرضية ، والصورة السريرية التي تتصف بوجود وسوف كبيرة قائمة بحمض الفيتات ، وغياب المرض عن الراحتين والأخصين وغيب انقتران الجريبي أيضاً ، وطراز انتقاله ، ونسجياته مرضية بوجود الطبقة الحبيبية ، والاختبارات الكيميائية حيوية التي تبدي غياب فعالية الستيرويد سلفاتاز الصغرية في لكريات البيض .

تشخيص التفريقي : يمكن أن يفرق هذا الاضطراب عن جميع أشكال السماك الأخرى .

المعالجة : المعالجة ملطفة ، ويجب أن تتبع ذات الطرق العلاجية في سمك الشائع ، ولكن استجابة هذا الداء لهذه المعالجة ضعيفة نوعاً ما .

متلازمة ريفزوم Refsum's Syndrome [1946] :

مترادفات : الاعتلال الوراثي الرنخي ذو الالتهاب العصبي تشكّل ، داء ريفزوم ، الكناز بالحمض الفيتاني .

الحدوث : يندر حدوث هذا الداء المسترقي كثيراً ، وتبدأ تظاهراته في الطفولة المبكرة عادة .

الإمراض : ينجم هذا الداء عن شذوذ إنظيمي ولادي ، ويتقل هذا الشذوذ بصبغي جسدي صاغر ، ولقد سجلت حوالي ٦٠ حالة تقريباً في الأدب الطبي ، حيث يمنع هذا الإنظيم المعيب (هيدروكسيلاز حمض الفيتاني) من حدوث الاستقلاب الطبيعي للحمض الفيتاني في الطعام ، وهذا الحمض هو حمض شحمي ذو سلسلة فرعية (حمض رباعي ميثيل هيكزاديكاهيكسانويك Tetramethylhexadecanoic Acid) . ويسبب هذا الاضطراب تراكم الحمض الفيتاني الذي توجد آثار منه فقط في أجزاء من الشحوم في عديد من الأعضاء بشكل طبيعي . ويعتبر حمض الفيتاني ناتج نكوصي للفيترول ، حيث يرتبط الكحول بحلقة البيروكس الرابع في الكلوروفيل ، ويتناوله مريض في طعامه .

الموجودات السريرية : توضع التبدلات النسجية في كل من الجلد والعينين والأعصاب هذه الحالة ، ولقد وصفت التبدلات

وفي مخاطية الفم والناحية التناسلية ، ويكون الأطفال في هذا السماك غير عيوشين Viable دائماً ويموت كثير منهم في الرحم ، ولقد تحسن أطفال عديدون بالمعالجة الستيررويدية أو بالريتينيديات الجهازية .

السماك الولادي الخفيف الشدة والسماك الولادي المتأخر : Ichthyosis Congenita Mitis and Tarda

المرادفات : الأحمرية السماكية الشكل الولادية غير الفقاعية ، السماك الولادي نمط ريك II ونمط ريك III .

التعريف : ويعتبر هذا الداء تفرناً شاذاً ذو شدات مختلفة ، ويتنقل بصبغي جسدي صاغر .

الحدوث : يندر حدوث هذا الشكل من السماك كثيراً .

الإمراض : ينجم هذا الداء عن عيب وراثي يحدث ازدياداً كبيراً في تكاثر البشرة ، ويكون فيه مرور الخلايا المقرنة عبر البشرة سريعاً جداً ، كما تنقص فيه كل من الليفيات الموترية وحبيبات الكيراتوهالين ، ولا يكشف المجهر الإلكتروني أية تبدلات كيفية . وتمثل سماكة الطبقة المقرنة توازناً بين معدل الاستبدال الزائد وانفصال الوسوف ويعني هذا فرط تقرن تكاثري .

الموجودات السريرية : تختلف الصورة السريرية لهذا الشكل من السماك في شداتها ، ولذا ، واستناداً لهذه القاعدة ، قد يوصف فيها كل من السماك الولادي الخفيف الشدة ، المتأخر أو الخفي ، ويكون التقرن الشاذ ذو الوسوف السمكية الشكل واضحاً عند الولادة عادة ، ولكنه يتظاهر بذاته في الأشكال الأقل شدة في الأشهر الأولى من الحياة فقط (السماك الولادي المتأخر من نمط ريك الثالث III) وتطلق عبارة السماك الولادي الخفي على الحالات السليمة التي تتلاشى العلامات فيها ببطء ، تاركة جلدًا سويًا تمامًا ، وتبقى بقايا تبدلات هامة في أغلب الحالات . يصاب الجلد بكامله في مثل هذه الحالات ، وتشمل الإصابة كلاً من ثنيات المفاصل والراحتين والأخمصين ، بينما يبدو جلد الوجه شبيهاً بورق البرشمان Parchment ، ويشكل مع شتر الأجفان الخارجي المرافق تعبيراً صملياً ، ويكون جلد الجسم جافاً ورخواً وينثني بسهولة ، وتغطيه وسوف قرنية صفيحية الشكل (راجع الشكل ١٧ - ٥) . كما يترافق هذا الشكل من السماك بشذوذات في الأظفار ، وينقص في الأشعار ، ويتخلف عقلي ، وبقامة صغيرة ، وبعيوب قلبية ، وبشبهات أخرى أحياناً . كما تحدث في الفم آفات شبيهة بالطلوان في بعض الحالات .

التشريح المرضي النسجي : الآفات هي نفسها في جميع أشكال

هذا الداء ولكنها تختلف في درجاتها ، تبدي البشرة فيها شواكاً غير منتظم ، وتشحن فيها الطبقة الحبيبية أيضاً ، بينما تبدي الطبقة المقرنة فرط تقرن سوي ككلي الشكل وقد تزيد عدد الطبقات فيها إلى مئة طبقة من الخلايا بدلاً من ١٥ - ٢٠ طبقة في المنطقة السوية . كما تحتوي البشرة على مناطق من خلل التقرن البقي أحياناً .

المعالجة : أثبتت المعالجة الموضعية والجهازية بالستيرويدات قدرتها على إنقاذ حياة الولدان المصابين بالسماك الولادي ، كما يمكن تجربة الريتينيديات العطرية ، ومن ناحية أخرى ، يتوافق العلاج العرضي في هذا الشكل من السماك مع الطرق العلاجية التي تطبق في جميع أشكال السماك كافة (انظر معالجة السماك الشائع) .

السماك الصفاحي Lamellar Ichthyosis :

المرادفات : السماك الصفاحي ، التقشر الزيفي عند الوليد ، التوسف الصفاحي في الوليد .

التعريف : يعتبر بعض المؤلفين هذا السماك الصفاحي حالة معزولة ، بينما يعتبره آخرون شكل من السماك الولادي .

الحدوث : يندر حدوث هذا السماك جداً ، ويوجد له شكلين ، أولهما يتنقل بالصبغي الجسدي الصاغر ، بينما يتنقل ثانيهما بالصبغي الجسدي السائد .

الموجودات السريرية : لقد وصفت درجات مختلفة في شدتها في هذا السماك ، وقد يبدي الولدان احمراراً منتشرًا وتوسفاً صفاحياً ، ويولد الطفل أحياناً مغطى بغشاء يشبه الفلم ، ويكون جافاً ومتشعباً ، وبني اللون مصفرة فيذكرنا بالفلم الكولوديني أو بورق البرشمان ، ويختفي هذا الغشاء عادة بعد ثلاثة أسابيع بتوسفه أو بتبدله إلى صورة نموذجية للسماك الولادي .

ومن ناحية أخرى ، فإن الطفل الكولوديني يمثل متلازمة سريرية ذات تأويلات عديدة ، وقد تصنف في بعض الحالات كشكل آخر من السماك (ومثاله : الشكل السائد بالصبغي X) ، أو كاضطراب مختلف تماماً (ومثاله : الخلل الغضروفي التكلسي الولادي) .

المعالجة : وتم بالستيرويدات الموضعية . كما يمكن المعالجة بالستيرويدات الجهازية (راجع معالجة السماك الشائع) .

متلازمة سوجرين - لارسون [Sjogren - Larsson Syndrome 1957] :

تكشف كل من الموجودات السريرية والنسجية

و موجودات بالمجهر الإلكتروني عن آفات جلدية تتوافق مع موجودات السماك الولادي ، وبالإضافة إلى ذلك ، تضم هذه المتلازمة تبدلات أخرى ثابتة من تخلف عقلي وشلل مزدوج أو رسمي تشنجي ، كما ترافق هذه المتلازمة بالصرع أو تبدلات سببية وهيكلية وشبكية أحياناً ، وتنقل هذه المتلازمة بصبغي حسي صاغر ، ومنذ أن وصفت هذه المتلازمة لأول مرة في شتل السويد عام ١٩٥٧ ، سجلت حالات عديدة في الأدب الطبي ومن بلدان متعددة أصابت القوقازيين والأشخاص ذوي الخلفيات النحيفة .

متلازمة رود (Rud's Syndrome (1927 :

يُشار إلى هذا المرض حول اعتبار هذه المتلازمة حالة مستقلة ، ويُحتمل أن تنتقل هذه المتلازمة بالصبغي X الصاغر ، وتتألف من آفات جلدية تشبه آفات السماك الشائع ، ومن شواك سوداء وقامة قصيرة ، وتخلف عقلي ، والتهاب الأعصاب ، وقصور القننية ، ومن صرع أيضاً .

متلازمة ويتال (Wubenthal's Syndrome :

ترادفت : عنه سماكي مع رخ .

التعريف : وصفت هذه المتلازمة الصاغرة والنادرة جداً في مجموع وحيدات الذبجوت ، وتتألف من سماك ، وتأخر في النمو ، وتغصن (تسنين) متأخر ، وتخلف عقلي ، ورخ دماغي ، ورعاش أيضاً .

زمرة السماك القنفذي (Ichthyosis Hystrix Group :

المرادفات : فرط التقرن المسخ ، السماك Sauriasis .

التعريف : لا تصف عبارة السماك القنفذي مرضاً متجانساً في علم تصنيف الأمراض ، وتطلق هذه العبارة على جميع أشكال السماك التي تتظاهر على شكل حروف مفرطة التقرن كثيرة الشدة . وذات لون بني مسود ، وتؤلولية تشبه البوركوبين Porcupine (حيوان شائك) ، وحيثما تحدث هذه الآفات في أمراض محددة يجب أن توصف بأنها من أدواء السماك القنفذي . وقد تصنف هذه المتلازمات النادرة جداً كأشكال من السماك القنفذي ، وسوف تذكر بشكل موجز فيما يلي .

السماك القنفذي من غط Gravior - Lambert : وصفت هذا النمط من السماك لأول مرة عام ١٩٣٧ لدى عائلة لامبرت في بريصانيا ، وفيه يغطي فرط التقرن الذي يشبه جلد البوركوبين - كامل الجلد باستثناء الوجه والناحية التناسلية والبراكين والأخصصين (الأشخاص البوركوبين) ، وتنقل هذه الحالة بصبغي جسدي سائد ، ولم تذكر الفحوص

النسجية لهذا النمط من السماك في الأدب الطبي .

السماك القنفذي من غط Gravior - Curth - Macklin :

لقد وصفت الصورة السريرية لهذا النمط من السماك لأول مرة عام ١٩٥٤ ، حيث تبدو على شكل تبدلات شبيهة بالقنفذ وترافق بتقرن راحي أخصص ، وتختلف الموجودات النسجية وبالمجهر الإلكتروني في هذا الداء عن تلك الموجودات في جميع أشكال السماك . حيث يرتفع فيها معدل الانقسام الفتيلي ، وتحدث الخلايا ذات النواتين في جميع طبقات البشرة فوق الطبقة القاعدية . وبالإضافة إلى ذلك تتشكل ليفيات موترة شاذة في الطبقة الشائكة وتبقى مرتبطة بالجسيمات الرابطة . ولهذا يبدو من الناحية الإيمراضية إمكانية حدوث فرط تقرن تكاثري في ارتباطات هذه الخلايا وتأذي في تمايزها .

السماك القنفذي من غط Gravior - Rheydt : لقد وصف شتايدر Schnyder ورفاقه هذه الحالة لأول مرة عام ١٩٧٧ في مريض يقطن في Rheydt ، ولذا أطلقت عليها هذه التسمية ، ويتألف هذا النمط من السماك من تقرن غطه قنفذي يصيب الأطراف خاصة بما فيها الثنيات ، أما امتداده إلى الوجه والأذنين فقليل ، كما يترافق بتقرن منتشر في الراحين والأخصصين ، وبصمم في الأذن الداخلية . ويكشف المجهر الإلكتروني عن علامة نموذجية تتألف من حبيبات مخاطية تتوضع في تخوم الأغشية الخلوية في الطبقة الحبيبية من البشرة .

السماك القنفذي من غط Gravior - Bafverstedt : لقد وصفت الحالات معزولة فقط عن هذا النمط من السماك .

احمرار الجلد السماكي الشكل الولادي الفقاعي Erythrodermia Ichthyosiformis Congenitalis

[Brocq 1902] Bullosa

المرادفات : فرط تقرن الحال للبشرة ، الأحمرية سماكية الشكل الولادية الفقاعية ، التقرن الأحمر الولادي .

التعريف : وهذا الداء عبارة عن تقرن شاذ ولادي يرافقه احمرار معمم وسفي وحويصلي أحياناً .

الحدوث : ينذر حدوث هذا الداء ، وينتقل بشكل غير منتظم عن صبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية : ويتظاهر هذا الداء باحمرار الجلد ويعني احمرار كامل الجلد وتوسفه الصفاحي منذ الولادة عموماً ، وتظهر فيه طفوح دورية تتألف من فقاعات كبيرة رخوة تتمزق تحت الضغط الميكانيكي ، ثم تترك مكانها تآكلات تشفى دون تندب ، وغالباً ما تصيب المكورات المقيحة محتويات الفقاعات ، ولكن تندب إصابة الوجه في هذا الداء ، بينما يمتد

وفي القوت ، وعواز الفيتامينات (عواز فيتامين آ ، البلاغرا) .

ومن المعروف حدوث هذه السماكات في كل من الديال ، وقصور الدرقية ، ومتلازمة داون ، واضطرابات التغذية العصبية أيضاً . كما يمكن أن يثار حدوث هذه السماكات بالأدوية كحمض النيكوتينيك ، وتري بارانول Triparanol ، وبنزمالاسين Benzmalacene .

إن الآفات السماكية الشكل والتي تعرف بالنخالية الشبخية ، هي فيزيولوجية غالباً ، وتعزى إلى نقص الزهم لدى المسنين ولا سيما على الساقين والساعدين . وقد تعقب هذه الحالة الغسول المبالغ فيه ، أو اعتياد الاستحمام بالصوابين المزيلة للشحوم أو بالمنظفات وذلك في الأشخاص الذين تتصف جلودهم بانخفاض مستوى شحومها كالتأبيين .

التقرانات الراحية والأخصية

: Palmar and Plantar Keratoses

يوجد في هذه الزمرة من الاضطرابات تفران شاذ يصيب الراحين والأخصيين بدرجات مختلفة ، وتستعمل كل من عبارتي التفران Keratosis وتقرن الجلد Keratoderma كمرادفات لهذه التفرانات .

التفران الراجي الأخصي المنتشر المحدد Keratosis Thost] Palmoplantaris Diffusa Circumscripta : [1880, Unna 1883

المرادفات : تفران الجلد الراجي الأخصي الوراثي ، داء توس - أونا .

الموجودات السريرية : يبدأ هذا التفران الذي ينتقل بصفي جسدي سائد في السنة الأولى أو الثانية من العمر ، وتكون الآفات فيه متناظرة ، وتتألف من تسمك منتشر في الطبقة المتقرنة ، والذي يبدو شمعي المظهر مصفر اللون مع علامات مميزة ، وتشققات أحياناً ، ويحدد فرط التفران الراجي الأخصي بهامش واضح ، أحمر وردي اللون (تفران النهايات الاحمراري Arcoerythrokeratosis) ، ويصل عرض هذا الهامش حتى ١ سم ، وقد يختفي أخيراً . ويترافق هذا التفران بفرط ترق غالباً ، كما تنقص مهارة اليد المصابة وتتحدد حركتها كثيراً نتيجة تسمك الطبقة المتقرنة المنتشر ، ولا يترافق هذا الداء بأية أعراض أخرى .

التشريح المرضي النسخي : ويعتبر تسمك الطبقة المتقرنة الكتلي العلامة الوحيدة المميزة لنسجات هذا الداء .

التفران المنتشر فيه على الراحين والأخصيين إلى ظهر اليدين والقدمين أحياناً ، ويتناقص ميل الإصابة لحدوث النفاطات فيها خلال سير الحياة ، ولكن يصبح فرط التفران الأصفر الصفيحي الشكل رطباً غالباً وأكثر وضوحاً ، ولا سيما على الجذع والإبطين ، وأخيراً فإن الصورة السريرية لهذا الداء تشبه صورة السماك الولادي ، ولكن يسهل تمييزه نسجياً .

التشريح المرضي النسخي : ويكشف عن فرط تفران حال للبشرة مع تنكس واضح في الطبقة الحبيبية بشكل مميز (التتنس الحبيبي) ، وعن التهاب خفيف الشدة في الطبقة الحليمية ، ويظهر المجهر الإلكتروني وجود شذوذ في الليفات الموترة والحسيمات الرابطة ، ويتسارع التكاثر البشري بينا ينقص زمن العبور البشري بشكل ملحوظ ، أي حدوث فرط التفران التكاثري ، ويتشابه هذا الداء سريرياً ونسجياً وبالبنية المستدقة مع كل من الوحة الثلولية (شكل من أشكال الوحة البشرية) . التي ينظر إليها كنوع موضع من فرط التفران البشري ، والتفران الراجي الأخصي المترافق بتنكس حبيبي ، والوحمة الإسفنجية البيضاء .

المعالجة : وينصح بالمعالجة العرضية في هذا الداء كما في السماك الشائع . وتستطب الستيروئيدات في الحالات الالتهابية الشديدة (موضعياً) ، وفي الأشكال ذات السير الحاد (جهازياً) . ولقد فشلت المحاولات إلى حد بعيد باستعمال الإيتريتينين Etretinate أو الإيتريتين Etretin في إحداث نتائج مقنعة ، بينما تعالج الأخماج الثانوية في البقع المعرة بالصادات موضعياً أو جهازياً .

أدواء السماك المكتسبة (العرضية)

: Acquired (Symptomatic) Ichthyoses

المرادفات : التغيرات الجلدية السماكية الشكل العرضية .

الموجودات السريرية : لا يمكن تمييز هذه السماكات سريرياً أو نسجياً عن السماك الشائع غالباً ، ولكن قد تصاب ثنيات المفاصل الكبيرة فيها ، وترافق بحكة واضحة ، ومن الأهمية استقصاء القصة المرضية والسوابق العائلية لهذه الإصابة .

الأسباب : تحدث إصابات الجلدية سماكية الشكل :

- كمتلازمات مواكبة للأورام في داء هودجكين ، والفطار الفطرائي واللمفومات الخبيثة الأخرى ، والسرطانات الحشوية .
- وكعمرض مرافق للأمراض الخمجية ومشالها الجذام ، والتدرن ، والإيدز ، والحمى التيفية ، والتيفوس .

التشخيص التفريقي : يمكن استبعاد التقران الراجي الأخصي مترافق بفرط تقرن حال للبشرة نسجياً فقط في التشخيص نصريقي لهذا الداء ، بينما يعتبر تقرن الجلد التزقي متلازمة مشابهة لهذا التقران دون وجود مظاهر وراثية فيها ، وتصيب أقدام خاصة .

السر : يستمر هذا الداء خلال الحياة ، وتؤدي الشدة الآلية إلى تفاقمه .

المعالجة :

تعالجة الجهازية : لكل من الإيتريينات Etretinate والإيتريتين Etretin مستقبله الرئيسي تأثير فعال في علاج هذا التقران ، وإذا كان تأثيرهما في إيقاف ترقى هذا الداء فقط ، إلا أنهما قد يحسنا من القدرة على العمل .

تعالجة موضعية : لا يوجد علاج مرض لهذا الداء ، فقد تكون نصبة المتسمكة لينة ويمكن إزالتها آلياً كإجراء ملطف ، ويعتبر مرهم حمض الصفصاف لهراً مرهماً مفيداً في هذا التقران . ويتكون من حمض الصفصاف (٥ - ١٠ - ٢٠) ، دياكيلون Diachylon (لاصق رصاصي Lead Plaster) حتى المدة .

كما لم يحدث تطبيق التريتينون Tretinon موضعياً في علاج هذا الداء نتائج مقنعة حتى الآن ، وتتضمن الإجراءات الأخرى اخمات الحارة بالمليينات مع الصابون الأصفر ، بينما تُزال نصبة القرنية آلياً بالطريقة الجراحية أيضاً .

التقران الراجي والأخصي النافذ Keratosis Palmoplantaris Transgrediens [Stulli 1826] :

مرادفات : داء ميليدا ، القرن الجلدي الراجي الأخصي الوراثي نافذ .

الحدوث : وصف هذا التقران في البداية في جزر الأدرياتيك (جزر ميليدا) لدى القرى ، وتنقل هذه الإصابة بصبغي جسدي صاغر ، وتترافق بمظاهر أخرى ، كما تبقى مستمرة خلال الحياة .

الموجودات السريرية : يبدأ هذا التقران في سن الرضاع وغالباً ما ينتشر التقران الواضح لهذا الداء خلال سنوات إلى ظهر نيين ، والقدمين ، والبراجم ، والساعدين ، والساقين (النافذ : Transgrediens) وبشكل مغاير للتقران الراجي الأخصي المنتشر المحدد (راجع الشكل ١٧ - ٦) . وتتضمن انظواهر المرافقة لهذا التقران كلا من قصر في الأصابع ، وفرط شعرق ، وإصابة الأظفار مع تقرن تحتها أو تقعر فيها ، بالإضافة إلى وجود لويحات على المرفقين والركبتين توحى بالصداف .

التشخيص التفريقي : لا يصيب احمرار الجلد القرني المتناظر المترقي الراجين والأخصين كما تبدي متلازمة بابليون - لوفيفر لويحات صدافية وحمائية على المرفقين والركبتين ، ولكن التبدلات الفموية والسنية في هذه المتلازمة جديرة بالاهتمام .

المعالجة :

الجهازية : يمكن تجربة الإيتريينات أو الإيتريتين في علاج هذا التقران .

الموضعية : وتضم العناية بالجلد ، وسنفرته ، ويمكن تطبيق التريتينون والستيرويدات موضعياً .

التقران الوراثي المترقي على الأطراف Keratosis Niles] Extremitatum Hereditaria Progrediens [and Klumpp 1939, Greither 1952 :

المرادفات : التقران الوراثي النافذ والمترقي على الأطراف ، تقرن الجلد المترقي على الراجين والأخصين ، متلازمة Greither .

الحدوث : يندر جداً حدوث هذا الداء ، ويتنقل بصبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية : إن هذا الداء يتشابه مع التقران الراجي الأخصي النافذ ، إلا أنه ينتقل بصبغي جسدي سائد ، ويصيب هذا التقران المرفقين والركبتين ومنطقة وتر أشيل بالإضافة إلى الآفات التي ذكرت آنفاً ، وتظهر آفاته في الطفولة ، وتترقى مستمرة حتى عمر يناهز الخمس والخمسين عاماً ، ثم تميل للتراجع . (راجع الشكل ١٧ - ٧) ويعتمد تشخيص هذا التقران على صورته السريرية وسيره وطراز انتقاله .

التقران الراجي الأخصي الخطاطي البقي Keratosis Darier] Palmoplantaris Papulosa Seu Maculosa [- Calley 1879, Brauer 1913 :

المرادفات : القرنوم الراجي الأخصي الوراثي المبعثر .

الحدوث : ويندر حدوث هذا التقران ، ويتنقل بصبغي جسدي سائد منتظم ولا تبدو تظاهراته قبل بلوغ ١٥ - ٣٠ سنة عادة .

الموجودات السريرية : تحدث على الراجين والأخصين أعداد كبيرة من آفات معزولة مفرطة التقرن ذات شكل مخروطي شبيهة بحبة الخنطة . (راجع الشكل ١٧ - ٨) وتنفز هذه الآفات في الجلد بشكل يشبه الزعرورة ، وقد ترتفع فوق الجلد ، فتشكل تشلمات ذات شكل حوضي أو قمعي في مركزها ، كما تحدث تبدلات في الأظفار أحياناً .

والأعراض في هذا التقران قليلة عادة ، وليس له تراجع عفوي .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا التقران كل من الثآليل الأخمسية ، والأشنان ، واندفاعات الإفرنجي الثانوي الأخمسية الراحية ، والتقران الجريبي ، والحزاز الجريبي ، والحزاز المسطح ، والصداف أيضاً .

المرانوية القرنية في النهايات Acrokeratoelastoidosis [Costa 1953] :

وهذه الحالة نادرة جداً ، وتنتقل بصبغي جسدي سائد ، وشوهدت في البرازيل لأول مرة ، وسوف تناقش في مقطع المرات .

اشكال نادرة من التقران الراجي الأخصي :

وهي أشكال تنبثق عن التقرانات التي وصفت آنفاً بورايتها ، وصورتها السريرية ، وسيرها ، وحدوث الاضطرابات المرافقة لها ، وتواجدها في عائلات محددة ، أو كطفرة عفوية أحياناً .

وتصنف العبارات التالية بعض الاضطرابات المستقلة وبعض الأنواع من التقرانات :

التقران الراجي الأخصي الذي يترافق بأظفار محدبة وتبدلات عظمية ، وأنواع من التقران الراجي الأخصي ذات الوراثة المائدة ، والتقران الراجي الأخصي المحدد البقي ، (راجع الشكل ١٧ - ٩) ، والقرونوم الراجي الأخصي الوراثي الجزيري الشكل Insuliforme والمخطط ، والتقران العديد لتورين أيضاً .

التقران الراجي الأخصي التنكسي الحبيبي (Vorner 1919) : تشير الصورة النسجية لفرط التقرن الحال للبشرة فيه إلى علاقة هذا التقران بالأحمرية السماكية الشكل الولادية الفقاعية ، وبالوحمة الثلولية ، وبالوحمة الإسفنجية البيضاء ، وتكون الصورة النسجية مشخصة لهذا الشكل من التقران الراجي الذي يصيب مناطق الضغط الفيزيولوجي غالباً .

متلازمات تترافق بتقران راجي أخصي :

متلازمة باييلون - لوفيفر [Papillon - Lefevre Syndrome 1924] :

المترادفات : فرط التقرن الراجي الأخصي المترافق بالتهاب ما حول الأسنان .

الموجودات السريرية : يظهر التقران الراجي الأخصي وفرط التعرق معاً في السنة الثانية أو الثالثة من العمر ، ويندر ظهورهما

عند الولادة . ويمتد هذا التقران إلى مناطق أخرى أحياناً ، وقد يشكل لويمحات على المرفقين والركبتين ، علاوة على ذلك ، تصاب الأسنان الدائمة والساقطة بالتسوس ، وتصاب اللثة بالالتهاب ، كما يصاب ما حول الأسنان بالاعتلال . وتترافق هذه الإصابة بضمور سنخي وفقد الأسنان ، بينما تبقى أسنان العقل طبيعية ، ولقد سُجل وجود ضعف لدى المصابين ، وتنتقل هذه المتلازمة بصبغي جسدي صاغر .

التقران الراجي الأخصي الجادع Keratosis Palmoplantaris Mutilans [Vohwinkel 1929] :

المترادفات : متلازمة Vohwinkel ، القرونوم الوراثي الجادع .

يندر حدوث هذه المتلازمة إلى حد بعيد ، يحتمل انتقالها بصبغي وراثي سائد ، وتبدي هذه المتلازمة تقراناً كتلياً ذو حواف مزرققة على الراحتين والأخصيين ، وفرط تعرق ، وتقفعات ، وميزابات مضيقه متقرنة حلقية قد تسبب بترأ عفويًا في الأصابع (داء الأنوم الكاذب) ، وقد تبدي هذه المتلازمة أيضاً تقرانات تضم أشكالاً جريية ، وأظفاراً محدبة ، وقصوراً في القندية ، وصمماً في الأذن الداخلية أحياناً .

متلازمة ريشنر - هانهارت Richner - Hanhart Syndrome [1938/1947] :

المترادفات : التقران الراجي الأخصي المحدد والبقي ، التيروزينيمية الجلدية العينية .

هذه المتلازمة نادرة الحدوث جداً ، ويحتمل انتقالها بصبغي وراثي صاغر ، وتتألف من تقرانات محددة يتراوح شكلها بين نقطي إلى شريطي إلى ثغني . وتصيب الراحتين والأخصيين ولا سيما ذرى الأصابع ، ويرافق هذه المتلازمة حدوث حثل في القرنية ، وتحلف عقلي ، وقد صغير ، وشحومات متعددة أحياناً ، ورُجاج في الأمعاء والثانة ، وتقرن تحت الأظفار أيضاً . ومن الأهمية تشخيص التيروزينيمية .

التقران الراجي الأخصي المترافق بسرطانة المري [Clarke, Howel - Evans, and Mc Connel 1957] :

ويندر حدوث هذا الشكل من التقران ، ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي سائد . وتتألف من تقرانات منتشرة على الراحتين والأخصيين ويرافقها فرط تعرق أيضاً ، وتبدو هذه الأعراض بين الخامسة والخامسة عشرة من العمر ، ويعقبها ظهور سرطانة في المري في حوالي ٧٠٪ من المرضى (في حوالي سن الخمسين من العمر) . ويكثر شيوع هذا التقران في الذكور ، ويتوافق هذا التقران الراجي الأخصي بشلول تشنجية عائلية أيضاً .

تشخيص التفريقي للقرانات الراحية الأنحسية :

وعنه دأى القصة المرضية لهذا القران ، وصورته السريعة . وبعض الاضطرابات المختلفة ، يجب أن يستبعد في تشخيص التفريقي لهذه القرانات كل من الأكزيمة مفرطة التحرق ، وخشقة في اليدين والقدمين ، والصداف الراجي لأحمي . وداء رايتز ، والسعفة اليدوية والقدمية مفرطة التحرق . وقران الجريبي ، والقران المسامي ، والحزاز المسطح لرجي الأنحسي ، والقرانات الزرنيخية ، والأثقان الإفريقية في إفريقيا الشانوي ، والأثقان الحقيقية ، والآليل الشائعة .

القرانات الجريبية Follicular Keratoses :

يتحدد القران المؤذي في الجريبات الشعرية في هذه حالات .

قران الشعري Keratosis Pilaris :

سردفت : الحزاز الشعري ، القران الجريبي ، القران أعلى حريب .

تعريف : وينجم هذا القران عن تأذي سليم في قران الجريبات الشعرية . حيث تصبح فوهات مملئة بسدادات قرنية ترتفع فوق سطح الجلد .

خبط : ويشيع حدوث هذه الحالة نسبياً ، ويحتمل انتقال تشبه هذه الإصابة بصبغي جسدي سائد ، ويصيب هذا القران نتيات الصغيرات عادة ، منذ الولادة وحتى سن السبع . ثم يختفي تدريجياً بعد ذلك .

ويعتبر كل من زراق الأطراف والشرث الجريبي عوامل تحد مكان توضع الآفات في الكهول .

الموجودات السريرية : وتضم التوضعات المفضلة لهذا القران كل من سطوح الباسطة للعضدين ، والسطوح الخارجية الوحشية للطرفين السفليين ولا سما الفخذين والناحية الأيوية . وتوجد في هذه المناطق أعداد كبيرة من القرانات جريبية مخروضة الشكل غالباً ، وبلون الجلد عموماً ، ويبلغ قسماً في قاعدتها بمقدار رأس الدبوس تقريباً . ويبدو الجلد مصاب شبيه بالبشرة ، (راجع الشكل ١٧ - ١٠) . ويحدث زراق الأطراف بشكل منتظم أو متائل في المناطق نصبة وخاصة على الساقين ويطلق عليه اسم الشرث الجريبي Pernio Follicularis ، ويكشف إزالة هذه القرانات بالكشط عن شعر متراكم ، وإذا تبارز فرط القران شوكي أو زغبى شكل فوق مستوى الجلد بشكل ملحوظ سميت هذه الحالة

التشوك Spinulosism وعلاوة على ذلك ، فقد تعزى هذه الحالة إلى عدد من الأسباب المختلفة ومثاله الطفحة الشعرية ، ويتوافق هذا القران بالتأب أو بالحمامى التندبية محجية المنشأ كما هو الحال في السماك تماماً .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف عن فرط قران في فوهات الجريبات ، ويتواجد في كامل البشرة الجريبية فوق الغدة الزهمية ، ويتوافق بدرجات مختلفة من الالتهاب .

السور : يميل هذا القران للتحسن تدريجياً .

التشخيص التفريقي : يسهل تشخيص هذا القران ، وإذا تراقق بالسماك الشائع ، فقد يكون هذا القران نوعاً جريبياً من السماك ، أي السماك الجريبي ، وإذا حدثت القرانات الجريبية على الجسد أيضاً ، فإن الحزاز المسطح الجريبي يدخل في التشخيص التفريقي للقران الشعري من ناحية أخرى .

المعالجة : وتحسن هذه الحالة باستجابتها للمعالجة الموضعية بالمراهم الحالة للقرنين ، ومثاله حمض الصفصاف بتركيز ٣٪ - ٥٪ في الودلين الأبيض ، وأثبتت المعالجة التي ينصح بها في علاج السماك الشائع فائدتها في هذا القران ، ومثاله الحمامات الملحية ، وحمامات الزيت ، والبولة ، والمراهم الملحية أيضاً ، ومستحضرات البولة الموضعية ورهيات التريتينون ذات التراكيز المنخفضة بالتطبيق الموضعي ، وأخيراً تؤخذ المعالجة الآلية بحجر الخفاف أو اللوفا Loufa بعين الاعتبار .

الحمامى التندبية محجية المنشأ Ulerythema Ophryogenes [Unna and Taenzer 1889] :

المردفات : القران الشعري الأحمر الضموري الوجهي [Gans 1925] .

الحدوث : هذه الحمامى نادرة الحدوث نسبياً ، وتنتقل بصبغي جسدي سائد غير منتظم .

الموجودات السريرية : تبدأ هذه الحمامى بالظهور في الطفولة أو في باكورة الكهولة . وتتألف من قرانات جريبية دقيقة جداً ، تصيب الناحية الوحشية من الحاجبين ، ويكون الجلد تحتها أحمر ملتهباً . وتضرر هذه الإصابة في مركزها ، وتفقد أشعار الحاجبين فيها ، وتبدي المناطق الوحشية من الجهة والوجنتين - وليست منطقة حول الفم - احمراراً دائماً متناظراً ذو منظر زغبى على الرغم من خشونة سطحها لدى اللمس . (راجع الشكل ١٧ - ١١) . ويعزى هذا إلى القرانات الجريبية الدقيقة ، وتصيب القرانات الشعرية الساقين

والذراعين معاً في أغلب الحالات ، ولقد لوحظ قلة نطاف مزمن في بعض الحالات .

الإنذار : تتحسن هذه الإصابة مع تقدم العمر عموماً .

المعالجة : لا يوجد علاج معول عليه لهذه الحمى ، وإن تطبيق العوامل الحادة للقرنين جديدة بالتجربة كما في السبك الشائع ، وتستعمل الستيروئيدات الموضعية لفترة قصيرة في التهاب الشديد نسبياً .

فرط التقرن الجريبي وحول الجريب في الجلد الثاقب
Hyperkeratosis Follicularis et Parafollicularis in
Cutem Penetrans [Kyrle 1916]

المترادفات : داء كيرل .

وتتميز هذه الحالة النادرة بوجود حطاطات جريبية معزولة عادة ، وتتجمع أحياناً ، وتترافق بسدادات قرنية منفرزة في الجلد نبات ، وتصيب الساقين بشكل رئيسي ، وتحدث هذه الحالة مترافقة مع مرض كلوي (مرضى الديال) (راجع الشكل ١٧ - ١٢) .

النسجيات : وتبدي وجود فرط تقرن جريبي ينفذ عبر جدار الجريب إلى داخل النسيج الضام في الجلد ، ويحدث حبيبومات لجسم أجنبي .

التشخيص التفريقي : ويجب أن يستبعد في التشخيص التفريقي لهذه الحالة كل من التهاب الجريبات الثاقب ، والمران الثاقب الزحاف ، والحبيبوم الحلقي الثاقب .

التقران الجريبي Keratosis Follicularis [Darier 1889
White 1889]

المترادفات : داء داريه ، داء داريه - وايت ، خلل التقرن الجريبي .

التعريف : ويعتبر التقران الجريبي شذوذ تقرن عائلي يميل للتزايد مع تقدم العمر ، ويتظاهر سريرياً بحطاطات متقرنة ، بينما تكشف نسجياته عن خلل تقرن ، وبشكل مغاير لتوصيفه المعتاد ، فإن تبدلاته لا تنحصر في الجريبات فقط ، بل تحدث في البشرة بين الجريبات وفي الجلد الخالي من هذه الجريبات أيضاً ، كما يشاهد في المخاطيات ، ويمكن فصل وحدتي التقران الجريبي والفقاع العائلي السليم (داء هايلي - هايلي) أو اعتبارها أنواعاً من النمط الظاهري لذات الطفرة .

الحدوث : يندر حدوث هذا التقران ، ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، وينتقل بصبغي جسدي سائد ذو نفوذية متبدلة ، وليست الطفرات العنقوية فيه غير شائعة . وقد تشير أشعة

الشديدة نسبياً ، وتشير الاستقصاءات الحديثة إلى تأذي استقلاب الشديدة نسبياً وتشير الاستقصاءات الحديثة إلى تأذي استقلاب الفيتامين آ في البشرة (يتزامن انخفاض مستوى الكاروتين في المصل مع التراكيز المرتفعة للريتينول البشري) .

الموجودات السريرية : إن التوضعات المتناظرة والمفضلة لهذا الداء هي ذات التوضعات لالتهاب الجلد المني والمذح ، كما يصيب الفروة والعنق غالباً ، وتبدو مناطق الجلد المصابة وسخة في مظهرها ، خشنة في ملمسها . (راجع الشكل ١٧ - ١٣ ، ١٧ - ١٤ ، ١٧ - ١٥) .

الآفات المنعزلة : ويتظاهر هذا الداء بالحطاطات المتقرنة التي تبدو على شكل حطاطات مخروطية ، ويتراوح قدها بين ١ - ٣ ملم تغطيها كتلة متقرنة ملتصقة بها بشدة ، وتأخذ اللون الرمادي المتسخ إلى اللون البني المصفر ، وإذا كشطت هذه الطبقة المتقرنة فإنها تترك خلفها نزاً خفيفاً جريبياً أو بين الجريبات ، وقد تكون هذه الآفات منعزلة ، أو تتوضع بشكل مجموعات ، أو تتصل مع بعضها لتشكل لويحات نازة متجلبة وكبيرة نسبياً ، ويكون سطح الجلد المقابل لها مكاناً للآفات الحليمومية التنبتية والتي تخضع للتلين ، فتصاب بالخمج الثانوي وتسبب رائحة كريهة ، ويندر حدوث التشكلات العقيدية والطفوح الحويصلية إلى حد بعيد .

الرأس : تحدث في الوجه تبدلات أكثر انتشاراً ، والتي قد تقترح الإصابة بالتهاب الجلد المني وتشكل جلبيات زيتية القوام وذات رائحة كريهة على الفروة ، ولكنها لا تترافق بفقد الأشعار .

الراحتان والأخصان : وتعتبر الحروف المقطوعة في بصمات الأصابع مظهراً نموذجياً لهذا التقران ، وقد تعرض الأظلام لتشكلات تثلماص صغيرة يظهر فيها تقرنات منخفضة أحياناً ، وتحدث الأظلام الضيقة في الحروف حتى في الحالات المجهضة .

تقران النهايات الثؤلولي الشكل *Acrokeratosis Verruciformis* : وفي هذه الحالة ، تغطي ظهر اليدين والقدمين طفوحاً من الآفات الحطاطية المسطحة وذات كثافة كبيرة أو قليلة وتشبه الثآليل المنبسطة ، وتكون الصورة السريرية في هذا الشكل من الداء مشابهة لتقران النهايات الثؤلولي الشكل ، وتعتبر هذه الظاهرة إحدى تظاهرات التقران الجريبي أو نوعاً منه .

الأظفار : وتتضمن التبدلات التي تصيب الأظفار كلاً من الانشطارات الطولانية ، وهشاشة الأظفار وتسمكها ، وتقرنات تحت الأظفار أيضاً .

المخاطيات : غالباً ما يكون الحنك القاسي مكاناً لتوضع

مجموعة كبيرة من الخطاطات البيضاء الصغيرة والتي تتصف
-رى مقعرة . كما يمكن لهذه الخطاطات أن تصيب المريء أيضاً
- مع الشكل ١٧ - ١٦) .

حالة انقباضية : يبدى بعض المرضى تخلفاً عقلياً ، وقد يترافق
-بوت شذ وقد يصاب مرضى هذا الداء باكتئاب وذهان
-يف .

الأعراض : يشكو المرضى من حكة شديدة أحياناً وخاصة في
-أمت غرشة والآفات التي تتوضع في الثنيات .

التشريح المرضي النسيجي : وتتضمن العلامات النموذجية
لنحية هذا الداء كلاً من خلل التقرن ، وانحلال الأشواك فوق
الحقة القاعدية ، وجوبات في البشرة ذات الشواك البسيط ،
-إضافة إلى فرط تقرن وخطل تقرن بقعي أيضاً . وترتبط
عرة خسل التقرن Dyskeratosis بالتقرن غير الناضج للخلية
عقيرة الواحدة ، وتدعى خلايا خلل التقرن المدورة الحمضة
في طبقة الشائكة بالأجسام المدورة Corps Ronds ، كما
تسمى عبارة الخبات Grains على خلايا خلل التقرن أو الخلايا
حضة التقرن الصغيرة ، ويكشف المجهر الألكتروني عن تأذي في
توزيع الخلوي ويترافق بتجانس كل من حزم الخيوط الموترة
وحسيت الرابطة وتلازمتها .

ويعتبر خلل التقرن الحال للأشواك البؤري موجودة
سحية مميزة للتقرن الجريبي ، ولكنها وصفت أيضاً كظاهرة
عامة في أمراض مختلفة تماماً ومثالها ورم خلل التقرن المتأثل
Dyskeratoma ، والتقرن السافع ، والجلاد الحال للأشواك
نغير (داء غروفر Grover's Disease) ، والسرطانة وسفية
خلايا . كما وصفت كموجودة سريرية مرافقة في السرطانة
قعدة خلايا والأورام الأخرى .

السر : تظهر الآفات الجلدية للتقرن الجريبي بين باكورة
نصفئة والعشرين ربيعاً على وجه العموم ، وتستمر هذه الحالة
سرقية ببطء مع حدوث سوراء طوال الحياة ، كما تظهر
سرضانات وسفية الخلايا على الآفات الحليمومية في حالات
ندرة .

التشخيص : إن الصورة السريرية للتقرن الجريبي مميزة له ،
وإذا توقنا هذه الإصابة ، فإنه من الأهمية بمكان البحث عن
عده استمرارية حروف البشرة (بصمات الأصابع) ، وعن
تبدلات الأطفار والمخاطيات ، وقد تثبت الموجودات النسيجية
نمؤذجية تشخيص هذا التقرن ، بينما لا توجد قصة عائلية غالباً
(الحالات العفوية) .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي لهذا

التقرن كل من التهاب الجلد المني والفقاع العائلي المزمن السليم
(داء هايلى - هايلى) ، والجلاد الحال للأشواك المزمن (النمط
المزمن من داء غروفر) ، والوجحات مفرطة التقرن ، والشواك
الأسود ، والفقاع التنبتي أيضاً .

المعالجة : تصعب معالجة هذا الداء ، حيث لا يمكن دوماً
تصحيح التأذي المحدد وراثياً في هذا التقرن بشكل دائم ،
ويحتمل أن تحسن الإصابة بتطبيق التريتينون موضعياً ، كما
يحتمل أن تحدث المعالجة الجهازية بالإيتريتينات أو بمستقلبه
الإيتريتين تحسناً أيضاً ، ويستمر هذا التحسن فقط ما دامت
المعالجة مستمرة .

ويقتضي حدوث الأنحاج الجرثومية الثانوية استعمال
المطهرات أو الصادات موضعياً ، كما ينصح باستعمال
الاسيكلوفير في الإكزيمة الحثية . وقد تعطى الستيروئيدات
الموضعية لفترات قصيرة عند الضرورة .

التقرنات المحددة والتي لا تنحصر بالجريات :

تقرن النهايات ثؤلولي الشكل Acrokeratosis
Verruciformis [Hopf 1931] :

التعريف : هذا المرض الثؤلولي الشكل يشبه الثآليل المنبسطة
على ظهر اليدين والقدمين ، كما ويصاحب التقرن الجريبي (داء
داريه) هذا الداء .

الموجودات السريرية : تكثر الحوادث العائلية في هذا التقرن ،
وتبدأ الإصابة به في البالغين ، ويتألف من حطاطات مسطحة
متعددة الزوايا ، يأخذ لونها لون الجلد أو تحمر قليلاً ، أو
تصطبغ باللون البني ، وقد تشكل بقعاً متصلة ببعضها ومماثلة
للثآليل المنبسطة .

وتعتبر هذه الحالة عادة نوعاً من التقرن الجريبي ، وخاصة
ان ظهور الانقطاع في حروف الجلد على الراحتين والأخصين
(بصمات) أمر ليس بغير شائع ، أو قد يحدث هذا الداء ملازماً
للصورة السريرية الكاملة للتقرن الجريبي ، ولقد سجلت
استحالات خبيثة في هذا التقرن في الأدب الطبي .

التشريح المرضي النسيجي : ويكشف فيه عن شواك وفرط
تجيب دون تفجج مرافق عادة ، ولكنه يترافق بيؤر من انحلال
الأشواك وخلل التقرن أحياناً ويكون فرط التقرن من نمط أبراج
الكنائس .

التشخيص التفريقي : يجب ان يستبعد في التشخيص التفريقي
لهذا الداء كل من الثآليل المنبسطة وخلل تنسج البشرة الثؤلولي
الشكل .

المعالجة : وتطبق سنفرة الجلد في معالجة هذا الداء إذا تطلب الأمر .

فرط التقرن العدسي الدائم Hyperkeratosis Lenticularis Perstans [Flegel 1958] :

تصيب هذه الحالة العائلية أحياناً متوسطي الأعمار من الرجال ، وتتألف من حطاطات صغيرة مزمنة ذات سدادات قرنية منفردة فيها بثرات والتي تظهر على الأطراف بشكل رئيسي ، وقد تتصل هذه الحطاطات ببعضها لتشكل آفات صدفية الشكل .

التسججات : تكشف نسجيات هذا الداء عن خطل تقرن وفرط تقرن في البشرة المسطحة والضامرة ، ويرافقها رشاحة أدمية سطحية موضوعة من اللمفيات والمنسجات ، وبالاعتماد على دراسات المجهر الإلكتروني ، يبدو أن هذا الداء ينجم عن ظهور جسيمات قرنية شاذة .

التشخيص التفريقي : ويجب أن يستبعد في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من فرط التقرن الجريبي وحول الجريب في الجلد الشاقب ، والتقرن المسامي لميبيلي Mibelli ، والمران الثاقب ، وتقرن النهايات الثؤلولي الشكل .

تقران اللعوة وحبي الشكل Keratosis Areolae Mammae Naeviformis [Otto] :

الموجودات السريرية : تصيب هذه الحالة النساء على وجه الحصر ، حيث تظهر حول لعوة الحليجات زوائد مفرطة التقرن تشبه الثآليل ، ويتراوح لونها بين الأسود والبني المتسخ ، وتعتبر هذه الزوائد شذوذات وحمائية Nevoid ، ولذلك فهي لا تتراجع .

المعالجة : تؤدي المراهم الدهنية القوام والحالة للقرنين إلى تحسن عابر في هذه الإصابة أحياناً .

التقرن المسامي لميبيلي Porokeratosis of Mibelli [Mibelli 1883] :

المرادفات : التقرن المسامي خارج المركزي ، خطل التقرن لميبيلي ، خطل التقرن النابذ الضموري .

التعريف : وينجم هذا التقرن عن تأذٍ محدد ومتعدد البؤر في تمايز البشرة ، ويرافقه خطل في التقرن ، ويعتبر ترافق هذا الداء بمسامات الغدد العرقية التي اقترحت عبارة التقرن المسامي ليست إلا حادثة طارئة على الأكثر .

الحدوث : تنتقل هذه الحالة بصبغي جسدي سائد وغير منتظم ، ولكنها قد تحدث بشكل عفوي . وغالباً ما يصاب

الرجال بهذا الداء أكثر من النساء (تبلغ نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ٢ : ١) .

الموجودات السريرية : يبدأ هذا الداء بالظهور في أي سن ، وتعتبر الأطراف بالدرجة الأولى ، والذراع ، والوجه ، والحشفة ، بالدرجة الثانية أمكنة توضع لآفات هذا الداء المتعددة عادة . وتبدأ هذه الآفات تظاهرها على شكل حطاطة صغيرة ذات سداة قرنية مركزية ، وقد يكون لهذه الآفات المتعددة علاقة خطية فيما بينها . ثم تكرر الآفات في قدها ، وتشكل مناطق نموذجية من الجلد الطبيعي أو الضامر قليلاً ، يحيط بها هامش أبيض مرتفع ومتقرن ، تنفرز فيه السدادات القرنية كما في السياج ، وقد تأخذ هوامش الآفات شكلاً مدوراً أو متحلقاً أو زاحفاً ، تتواجد هذه الآفات منفردة ، وتختلف في قدها بين عدة ميليمترات إلى عدة سنتيمترات ، بينما تكون أعراض هذا الداء خفيفة . (راجع الشكل ١٧ - ١٧) .

التشريح المرضي النسجي : يكشف التشريح المرضي النسجي عن مجموعة مداخل من خطل التقرن بشكل متكدس وهذا يميز لهذا الداء ، أي يكشف عن صفاحة تقرنية فوق البشرة وتغيب معها الخلايا الحبيبية ، كما يبدي وجود خلايا قاعدية شاذة ، يعلوها طبقات شاذة في بنية البشرة . ويترافق بارتشاح باللمفيات والمنسجات في الأدمة العليا أيضاً .

الإنذار : قد يبدي هذا الداء تفاقماً تدريجياً وتراجعاً عفوياً تاركاً ندبات ضمورية بسيطة . وقد تظهر السرطانات على هذه المناطق الضمورية (داء يوفن والسرطانة قاعدية الخلايا أو السرطانة وسفية الخلايا) .

المعالجة : يمكن تجربة التريتينون Tretinon بالتطبيق الموضعي وبتركيبه المنخفضة ، كما ينصح فيه كل من الجراحة القرية باستعمال ثلج ثاني أكسيد الكربون أو سائل النيتروجين ، والتخشير الكهربائي ، والمعالجة بالليزر ، وتكون فائدة هذه العلاجات قليلة في هذا الداء .

متنوعات :

لقد وصفت تظاهرات أخرى لهذه الحالة .

التقرن المسامي الخطي Porokeratosis Linearis : وتكون آفاته وحيدة الجانب وخطية كما في الوحات البشورية الخطية ، ومن ناحية أخرى تكون صورته السريرية نموذجية للتقرن المسامي لميبيلي .

التقرن المسامي الراحي الأخصي المتثر [Guss, Osbourn, and Lutzner 1971] : وينتقل هذا الشكل من

تغرب بصبغي جسدي سائد ، ويكثر شيوعه في الذكور ، وتبدأ تظاهراته بين العاشرة من العمر والعشرون عاماً بظهور حصوات متقرنة على الراحتين والأخصيين وفي أي مكان آخر وحتى في المناطق التي لا تتعرض للضياء . ولا يمكن السيطرة على حدوث التنكسات السرطانية التالية . كما تتطلب هذه الحالة تمييزاً نسيجياً عن التآليل الشائعة ، والتقران المسامي المانتو ، والتقران الراحي الأخصي المنتثر ، والتقران الجريبي ، وتقرانات الزرنيخية .

التقران المسامي النقطي Porokeratosis Punctata : ويتظاهر هذا التقران بآفات نقطية دقيقة على الراحتين والأخصيين ، وتعتبر الموجودات النسجية النموذجية في التقران مسامي لمبيلي مشخصة ، وخاصة بإظهار الصفاحات التقرانية فيها .

التقران المسامي السطحي المنتثر السافع [Chernosky and Freeman 1967] :

الموجودات السريرية : يحدث هذا الشكل المنتثر من التقران مسامي في المناطق المعرضة للضياء من الجلد ومثالها ظهر يدين ، والسطوح الباسطة من أسفل الساعدين ، والساقين ، والوجه ، ويشيع فيه إصابة النساء أكثر من الرجال وتشبه آفاته سريرياً ونسجياً الآفات الصغيرة من التقران المسامي لمبيلي ، ولكنها قد تكون ملتية ، كما يكثر شيوع هذه الحالة لدى زمرة ذوي الأعمار المتقدمة في السن وفي المناطق المشمسة ، تؤدي أشعة الشمس إلى تفاقم آفات هذا التقران والتي تحول إلى لوحيات حمراء قبيحة المظهر ، وقد ترافق بتقرانات سافعة . ويبدو أن هذه الحالة تنتقل بصبغي جسدي سائد غير منتظم (راجع الجدول ١٧ - ١٨) .

المعالجة : ويتم معالجة هذا الداء كما في معالجة التقران المسامي لمبيلي ، وبالوقاية من الضياء .

احمرار الجلد المتقرن الشكلي والمتغير Rill [Erythrokeratoderma Figurata Variabilis] : 1922, Mendes da Costa

المترادفات : احمرار الجلد المتقرن المتغير ، متلازمة Mendes da Costa التهاب القرنية الأحمر الشكلي (Rille) .

التعريف : وهو داء يتظاهر على شكل تقرانات دائمة تحدث على حمامات متغيرة ، ويبدأ ظهورها في باكورة الطفولة .

الحدوث : يندر حدوث هذا الداء جداً ، وينتقل بصبغي جسدي سائد وبدرجات مختلفة .

الإمراض : من المحتمل أن يعزى هذا الداء الوراثي إلى تفرق شاذ يرافقه نقص واضح في أعداد الجسيمات المتقرنة في البشرة العليا .

الموجودات السريرية : تختلف شدة هذا الداء بشكل واضح في ذات العائلة وحتى في المريض نفسه ، ويبدأ هذا المرض تظاهراته في الطفولة الباكرة ، من المرحلة بعد الولادة وحتى السنة الثالثة أو الرابعة من العمر تقريباً ، على شكل آفات حمامية تقرنية متناظرة ، وذات أشكال غريبة ، ولون أحمر قاتم ، تكون هذه الآفات متعددة الحلقات أو منحنية أو هامشية أحياناً ، كما تغطيها وسوف نخالية الشكل .

وتتضمن المناطق المفضلة لتوضع هذا الداء كلاً من الوجه ، والأطراف (السطوح الباسطة) ، ومناطق وتر آشيل ، وظهر اليدين والقدمين ، والآلتين ، بينما يكون الأخصيان والراحتان طبيعيتين ، ولا ترافق بفرط في التعرق ، كما لا تصاب الأشعار ، والأظفار ، والأسنان ، والمخاطيات في هذا الداء .

وبالإضافة إلى ذلك ، وبعد ارتفاع درجة الحرارة ، قد تظهر آفات حمامية وسفية قليلاً ومحددة ، تختفي خلال عدة أيام أو تستمر بعضاً من الوقت ، وقد تصبح هذه الآفات في الحالة الأخيرة مفرطة التقرن .

الأعراض : لا تحدث أعراض شخصية في هذا الداء عادة ، ويندر حدوث المذل في مناطق الجلد المصابة ، وذكرت تقارير عن نقص الحساسية للمحرضات الآلية والحرورية في هذا الداء أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف عن شواك غير منتظم وصداقي الشكل غالباً ، ويرافقه فرط تقرن وورامات حللمية ، كما يلاحظ وجود وذمة في الأدمة العليا ورشاحة النهاية بسيطة ، وتشبه هذه الحالة النخالية الحمراء الشعرية أحياناً ، ويبقى تكون البشرة طبيعياً ، ويشير ذلك إلى احتباس في فرط التقرن ، بينما يبدي المجهر الإلكتروني نقصاً في عدد الجسيمات القرنية .

السير : يستمر هذا الداء طيلة الحياة ، ولا تتأذى فيه الصحة العامة ، ويتضح التحسن فعلياً في أشهر الصيف غالباً ، كما تتضمن المظاهر النموذجية فيه تبدلات سريعة في مدى المرض وشدته ، وتراجعاته ، وحدثت آفات جديدة في أيام عدة أو حتى في ساعات . وذكرت التقارير التحسن العفوي في الكهول .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من الأحمرية سماكية الشكل الولادية الفقاعية ، والنخالية

الحمراء الشعرية ، واحمرار الجلد المتقرن المتناظر والمترقي ، والصداف أيضاً .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يمكن تجربة الإيتريتينات ، والإيتريتين ، والإيزوتريتينون في معالجة هذا الداء .

المعالجة الموضعية : وتضم الإجراءات التكميلية كتجربة الستيروئيدات ، ويمكن مشاركتها بالتريتينون .

احمرار الجلد القرني المتناظر المترقي
Erythrokeratoderma Symmetrica Progressiva
[Gottron 1922]

المرادفات : متلازمة غوترون .

الحدوث : يندر حدوث هذا الداء إلى حد بعيد ، ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي سائد .

الإمراض : يؤدي هذا الاضطراب الوراثي إلى زيادة في تشكّل البشرة يرافقه فرط في التقرّن ، بالإضافة إلى التهاب بسيط في أعلى الأدمة .

الموجودات السريرية : يبدأ هذا الداء في الطفولة أحياناً ، وقد يتأخر حدوثه إلى عمر متقدم ، وتنحصر الآفات الحامية التقرنية في بعض المرضى في اليدين والقدمين والركبتين والمرفقين أو حتى أنها تنحصر في اليدين لوحدهما ، وتظهر الآفات أولاً على القدمين أو الذقن أو ظهر اليدين أو الأصابع غالباً ، وقد يصاب كل من العضدين والكتفين والعنق والوجه والفخذين أيضاً ، بينما يبقى الأخصصان والراحتان والجذع طبيعياً ، وتتألف هذه الآفات من حمامات متقرنة ذات هامش واضح ووسوف قليلة ، كما تتصف هذه الآفات بهوامش نموذجية مفرطة التصبغ في معظم الحالات ، ولا توجد آفات حامية منفردة ، ولقد ذكر حدوث الاستجابة المتأثلة الشكل في حالات قليلة .

التشريح المرضي النسيجي : يبدي التشريح المرضي النسيجي فرط تقرّن تكاثري مع شواك شديد وورام حليمي . تبدي الأدمة العليا توسعات وعائية وارتشاح التهابي خلوي بسيط .

السير : مزمن وتميل الآفات في هذا الداء للتراجع ببطء بعد البلوغ في معظم الحالات .

التشخيص التفريقي : ويدخل تقرّن الجلد الراحي الأخصصي الذي يصيب الراحتين والأخصصين بشكل متغير في التشخيص التفريقي ، ويميز استمرارية الآفات في هذه الحالة عن احمرار الجلد القرني الشكلي المتغير .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : ويجب تجربة الإيتريتينات والإيتريتين أو الإيزوتريتينون في معالجة هذا الداء .

المعالجة الموضعية : وتتم بالإجراءات التكميلية ، وقد يستعمل التريتينون والستيروئيدات بمشاركتهما معاً .

احمرار الجلد الولادي والصمم
Congenital Erythroderma With Deafness
[Schnyder 1964 , Marghescu, Wolff and Braun – Falco 1982]

شوهه هذا الترافق النادر في حالات معزولة من كلا الجنسين ، وتتواجد تبدلاته من احمرار الجلد القرني منذ الطفولة المبكرة ، وتميل هذه التبدلات لإصابة الوجه والأطراف (المرفقين ، الركبتين ، اليدين ، القدمين وتترافق بفرط تقرّن راحي أخصصي) . وقد توجد الطلاوات الفموية في هذا الداء ، كما يصاب المرضى الذكور بأعراض عينية شديدة إضافية (كالتهاب القرنية ، واحتمال حدوث التقرحات) ، وتكثر في هذه الحالة أخماج الجلد الجرثومية والفطرية (كالبيضضات البيض) ، وتكثر الأخماج في المخاطيات أيضاً .

السمك الخطي المنعطف
Ichthyosis Linearis Circumflexa
[Rille 1922, Comèl 1949]

المرادفات : متلازمة Netherton 1958 .

التعريف : وينجم هذا السمك عن تأخّر في التقرّن ولادي ، ويصنف بين السمك ، واحمرارات الجلد التقرنية ، ويرافقه تقرنات حمراء بنية اللون وجغرافية الشكل أو خطية أو متعددة الحلقات ، وشذوذات في الأشعار عادة .

الحدوث : يندر حدوث هذا السمك ، ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي صاغر . وتكون نسب الحدوث في هذا المرض هي ذاتها في الجنسين معاً .

الموجودات السريرية : يبدأ هذا السمك تظاهراته في السنة الأولى من العمر عادة ، ويعقب احمرار الجلد المنتشر تقرنات حمراء بنية اللون ، جغرافية في الشكل أو حلقة أو ملتفة ، ويحيط بها هامش مزدوج من الوسوف ، ويتبدل شكل هذه الآفات باستمرار وخلال ساعات أحياناً ، وتكون الأعراض الشخصية في هذا السمك قليلة ، وقد يترافق بحكة خفيفة أحياناً .

الموجودات المرافقة : يشيع حدوث شذوذات في الأشعار مرافقة لهذا السمك ، وتضم خاصة منتشرة ، أو تقصف الشعر المنغلف (شعر الخيزران Bamboo Hair) ، أو تقصف الشعر

عضو أو لأشعار المتلوية ، وإذا كان شذوذ الأشعار مظهراً
سلباً في هذه الحالة تعرف بمتلازمة Netherton عموماً ، بينما
نعم عرفت لثانوية هذا الداء كل من الثآليل والشذوذات في
سجل حمض الأميني (تحليل البول) .

التشريح المرضي النسجي : يكشف التشريح المرضي النسجي
عن شوك وفرط تقرن وخطل تقرن في بعض الحالات ،
بمفرق تنفج وتشكلات حويصلية في الطبقة المتقرنة ، كما
يسمي مجهر لآكتروني علامات تكاثر وفرط تقرن يرافقهما
تغير شاذ . وتكشف التبدلات في صفيحات الشعر بالمجهر
عوني وبفريس المجهر الكهربائي .

ملاحظة : لا يوجد علاج مرضي لهذا السماك .

حكة جهازية : يمكن تجربة الإيتريتينات أو الإيتريتين .

حكة موضعية : وتطبق الستيروئيدات تحت الضماد الكيم في
علاج هذا الداء .

التقران الحزازاني المزمن Keratosis Lichenoides Chronica :

مردود : الحزاز الأحمر المؤنف الثؤلولي والشبكي (Kaposi
1896) . والتقران المسامي الخطي (Nekam 1938) ،
جلاد لحطاضي مفرط التقرن الخطي (Bureau Barriere
1970) ، التقران الحزازاني الخطي (Degos 1974) ، التقران
حزازي ثلاثي (Pinol - Aguadé 1974) .

تعريف : يعتبر هذا التقران جلاد مزمن مترقي ، ويندر حدوثه
كثير . وهو من سبب غير معروف ، ويتألف من حطاطات
مقرنة خضية وإلى تقرنات شبيهة باللويمحات ، ومن آفات وسفية
صدفية الشكل ، وليس محدداً فيما إذا كانت هذه الحالة
مستنة ، أو أنها شكل شاذ من الحزاز المسطح الثؤلولي . وقد
قترح بأنها حالة من فرط التقرن الجريبي وحول الجريب في
جند شاقب .

لحدوث : يندر حدوث هذا التقران جداً ، ويصاب الرجال
ونساء بشكل متساو .

الموجودات السريرية : تظهر هذه الحالة في أي عمر (ذكرت
أربعة حالات ولادية على الأقل) ، وتحدث الآفات البدئية فيها
على الوجه ، أو الساعدين ، أو البطن ، أو في عدة مناطق في آن
واحد ، وتعتبر الحطاطات المتقرنة الخطية المرتفعة والمتعامدة ،
واللويمحات أكثر هذه الآفات شيوعاً ، وتذكرنا علامات
الاحمرار والتقرن التي تصيب الوجه غالباً بالإكزيمة المثية أو
بالذآب الحمامي . تصيب هذه الآفات الراحتين والأخصيين
أيضاً ، وترافق بتبدلات ظفرية أحياناً .

ولقد ذكر حدوث الآفات التناسلية والآفات القلاعية التي
تصيب مخاطيات الفم في هذا الداء ، وقد يسبب كل من التهاب
الأجفان والتهاب القرنية والملتحمة تندياً وعمى أحياناً .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف التشريح المرضي النسجي
لهذا التقران عن شوك ، وفرط تحيب متغير ، وفرط تقرن يرافقه
نفوذ متعدد وواضح داخل الأدمة (في الجلد الثاقب) ، وتقران
جريبي ، وتسرب خلوي يرافقه حدوث خراجات دقيقة في
حالات نادرة ، ورشاحة النهاية لمفية ترافق بمظاهر ارتشاح
حزازاني في البشرة غالباً ، كما تتشكل أجسام سيفات وبالعات
الصباغ في الأدمة ، وقد ترسب الأجسام الغروانية إيجابية
الغلوبولين IgM والفيبرين على منطقة الغشاء القاعدي في
الومضان المناعي المباشر .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي لهذا
التقران كل من داء رايت والصداف الشائع ، والتقران الجريبي ،
والحزاز المسطح الثؤلولي ، والنخالية الحمراء الشعرية ، والذآب
الحمامي .

السير : هذا المرض مزمن ومترقي عموماً .

المعالجة : لا توجد معالجة مرضية لهذا الداء ، وينصح بتناول
الإيتريتينات أو الإيتريتين . ويستجيب بعض المرضى للمعالجة
بالبوا PUVa . ومن ناحية أخرى تتطلب هذه الحالة معالجة
عرضية .

الفصل الثامن عشر

أمراض النسيج الضام

Diseases of Connective Tissue

د . سلوى الشيخ

لكل منها بنية جزيئية كبرى Macromolecular مميزة وتوزع نسيجي خاص . تتأثر قدرات النسيج الضام الآلية - الحيوية بشكل أساسي بنوع الكلاجين الداخل بتركيبه كما في العظام والأوتار والغضاريف والجلد .

الصفات الجزيئية لجزيعة الكلاجين : يتألف الكلاجين غمط I من سلسلتين متماثلتين من α_1 وسلسلة واحدة من α_2 ، ويشاهد في معظم الأنسجة ، وهو يُكوّن عناصر النسيج الضام الأساسية في الجلد والعظام والأوتار .

ويتألف الكلاجين غمط III من ثلاثة سلاسل متماثلة وله توزع مشابه للنمط I إلا أنه لا يوجد في العظام والأوتار ، ومن المحتمل أن يكون جزءاً من النسيج الضام الشبكي .

أما الكلاجين غمط II فيوجد في الغضروف الهيالي .

الكلاجين غمط IV هو أحد مكونات الأغشية القاعدية .

يتميز الكلاجين غمط V في العضلات .

أنماط الكلاجين الأخرى المصنفة حديثاً إما أنها مكونات صفري (غمط VI - ليفيات مجهرية ، غمط VII - ليفيات الإرساء

Anchoring Fibrils) ، وقد تم تصنيفها من قبل خلايا متخصصة (غمط VIII - خلايا بطانية) أو أنها موجودة بالغضروف (الأنماط IX ، X ، XI) .

تركيب كل سلسلة فردية من عديدات الببتيد لهذه الأنماط الكلاجينية المختلفة في الريباسات Ribosomes على شكل طليعة (طليعة الكلاجين

Procollagen) ، بالإضافة لببتيدات N - و C - الانتهاية . ثم تعرض لتعديلات بإشراف إنزيمي Enzymatically مثل

هدر كسلة Hydroxylation بعض بقايا البرولين والليزين . تحدث هذه المراحل إضافة إلى لف Coiling ثلاث سلاسل

ببتيدية لتشكيل حلزوناً ثلاثياً بداخل الخلايا في الشبكة الهيولية الباطنة . وبعد إفراز الجزيعة إلى خارج الخلايا تنفصل الببتيدات

N - و C - الانتهاية عن بعضها . ومن ثم تُرتب الجزيئات نفسها في ليفيات تثبت بارتباطات متصالبة Cross Linkage ،

تتلون هذه الليفيات بالايوزين في المحضرات النسيجية العادية وتبدي إيجابية خفيفة تجاه الباس PAS . تبدي الليفيات بالجهر

الالكتروني تخطيطات متصالبة وصفية وبطول حوالي ٧٠ نانومتر . (راجع الشكلين ١٨ - ١ و ١٨ - ٢) .

الجدول ١٨ - ١ : جزيء الكلاجين The Collagen Molecule

الطول	٣٠٠ NM نانومتر
القطر	١,٤ نانومتر
الوزن الجزيئي	٢٩٠٠٠٠
الجزء الحلزوني (Helical)	١٠١٤ حمض أميني

يبحث هذا الفصل في أمراض مختلفة تشترك بوجود تغيرات في النسيج الضام . وتتضمن تغيرات كمية كالضمور وتغيرات نوعية في العناصر البنيوية ، والخلايا ، والمواد الاستنادية Ground Substance . تصاب بالوقت نفسه أو بشكل ثانوي ، البشرة ، والملحقات ، التي يدعمها النسيج الضام تحتها ، وقد تصاب الأوعية الدموية ، واللمفية ، والأعصاب . تبدي جميع هذه الأمراض تبايناً واضحاً في اختلاف السبب والإمراضيات والعيوب الولادية ، والتغيرات الانتهاية بأسباب لا مؤكدة ، والآليات الناجمة عن اجتياح الممرضات Pathogens .

مكونات النسيج الضام :

أهم مكونات النسيج الضام :

- الخلايا : أرومات ليفية Fibroblasts (الخلايا الليفية Fibrocyte) .

- الألياف : كلاجين ، ايلاستين ، وشبكين .

- مواد استنادية : بروتيوغليكان ، أملاح ، وماء .

الأرومات الليفية Fibroblasts : يستعمل اسم الخلية الليفية أحياناً للشكل الناضج فقط من خلايا هذا النسيج الضام . تُنتج الأرومات الليفية جميع أنواع الألياف وكذلك المادة الاستنادية التي تغلفها .

ألياف الكلاجين Collagen Fibers : الكلاجين أكثر البروتينات البنيوية أهمية في النسيج الضام . يعتمد ثباته الآلي الخلوي بشكل رئيسي على بنيته الجزيئية الوصفية . وتتكون هذه البنية من ثلاثة سلاسل عديدة الببتيد ، تحتوي كل منها على حوالي ١٠٠٠ / حمض أميني تتوضع على شكل حلزون ثلاثي Triple Helix . تتطلب هذه البنية وجود الغليسرين في كل موقع ثالث من متتالية الحموض الأمينية ، كما تتطلب محتوى عالٍ من البرولين والهيدروكسي برولين . وعلى كل ، ليس للكلاجين كيان وحيد بل يوجد له عدة أنماط متميزة وراثياً ،

حرء نلاحزوني ٢٥ - ٩ حمض أميني
٣٥٪ غليسين
٢٥٪ بروتين وهيدروكسي بروتين

والبروتينات السكرية ، وغيرها . ولسوء الحظ ، لا يتوفر سوى القليل من المعلومات عن التنظيم الكمي والكيفي للمادة الاستنادية ، لاسيما المتعلق بالتأثير Interaction والتحوللات بين مختلف مكونات النسيج الضام .

متلازمات الوراثة Hereditary Syndromes :

متلازمة اهلر - دانلوس Ehlers - Danlos Syndrome : [فان ميكريين ١٦٨٢ ، تشيرتوغوبو ١٨٩١ ، اهلرز ١٩٠١ ، دانلوز ١٩٠٨]

التعريف : هو مرض وراثي في النسيج الضام ذو أنماط متعددة تتشارك بأعراض رئيسية مثل فرط التمدد Overstretchability وقابلية الجلد للتعرض للمرض Vulnerability وفرط بسوطية Hyperextensibility المفاصل . الحدوث : نادر .

الإمراض : يعتمد على النمط الذي نحن بصده . لم يكن بالإمكان التعرف على العيب الجزيئي للأنماط I ، II ، III من متلازمة اهلر - دانلوس الموروثة بشكل سائد ، بينما أمكن تحديد العيب الجزيئي في أنماط أخرى بما يكفي لوضع التشخيص .

الموجودات السريرية : تظهر الإصابة في البنات الغنية بالنسيج الضام كالجلد ، والعظم ، والأوعية الدموية فتأذى هذه البنات بسبب تركيب كلاجين غير مناسب . تسبب الرضوض البسيطة ، التي لا تؤذي الجلد السليم عادة تمزقاً في الأوعية والتاماً للجروح بطيئاً وغير مُرضٍ ، مع بشاعة منظر الالتئام من الناحية الجمالية . وقد وصفت اضطرابات مماثلة في النسيج الضام خلقية المنشأ تصيب العجول والأغنام والقطط وتدعى Dermatosparaxis .

إن فرط بسوطية المفاصل وفرط مرونة الجلد وقابلية الجلد للتعرض للمرض تشكل العلامات الرئيسية في متلازمة اهلر - دانلوس . ويمكن رفع الجلد في طيات عن أنسجته الداعمة وعند تركه فإنه يعود إلى مكانه كشرط مرن مما دعى لتسميته « بالجلد المطاطي » . يبدأ المرض عادة في الطفولة وتؤدي الأذيات الجلدية إلى نزوف شديدة بطيئة الالتئام . وتعد ندبات « فك السمك » الضامرة ، والورم الكاذب المليسائي الشكل Molluscoid Pseudotumor لاسيما على المرفقين والذراعين والركبتين والذقن والجبين علامات مميزة وتشير إلى التشخيص

ألياف الشكين Reticulin Fibers : يمكن إظهار هذه الألياف بعد تشريبها بالفضة Impregnation ، لذا تدعى أيضاً ألياف أليفات الفضة Argrophil Fibers . وتوجد بمنطقة الأغشية القاعدية وتحيط بالجريات الشعرية والغدد في الأدمة على شكل شبكة رقيقة . وهذه الألياف عبارة عن شكل من أشكال الكلاجين .

الألياف المرنة Elastic Fibers : تشكل الألياف المرنة مع ألياف الكلاجين والمادة اللحمية المتوسطة الاستنادية Mesenchymal Ground Substance الترتيب الجزيئي كجزي Macromolecular للنسيج الضام الأدمي وبذلك تشارك - إلى حد ما - بالوظيفة الآلية - الحيوية . وتشكل الألياف المرنة في الطبقة الحليمية على حافة البشرة شبكة رقيقة ذات تشعبات تدعى الضفيرة المرنة تحت البشرة . تكون الشبكة في الطبقة الحليمية أرق مما هي عليه في الطبقة الشبكية ، ويمكن مشاهدتها بالمجهر الضوئي كشرط متموج عديم الشكل عاكس للضوء بشدة ، تقع بين ألياف الكلاجين وفيما حولها . تستعمل تلويينات خاصة في الفحص النسيجي لإبراز هذه الألياف كتلويين الأورسين (تانزر - أونا) وتلويين تريزورسين - فوكسين (Weigert) أو طرق الألدهيد - فوكسين (Gomori) . تتألف البنية المستدقة Ultrastructure للألياف المرنة من مركبين : مركب ليفي صغري Microfibrillar ، ومادة عديمة الشكل Amorphous . وتكون الألياف المرنة مقاومة بشدة للحلمة Hydrolysis بالحموض أو بالقلويات الممددة . ولذلك تم تعريفها ببقايا ما بعد الحلمة بماءات الصوديوم (NaOH) لمدة ٤٥ دقيقة وبدرجة حرارة ١٠٠°م (راجع الشكل ١٨ - ٣) .

يمكن للألياف المرنة أن تصبح ذات انكسار مزدوج Birefringent للضوء إذا مططت وذلك بسبب إعادة ترتيب بيتيدات الايلاستين بشكل أكثر توازياً .

المادة الاستنادية Ground Substance : كثيراً ما يقلل من شأن الوظيفة الآلية - الحيوية للمادة عديمة الشكل التي تنظم فيها ألياف النسيج الضام . تتكون هذه المادة من عديدات السكر المخاطية المتعادلة Neutral والحمضة كالحمض هيالوروني ، وسلفات الدرمانتان ، وسلفات الكوندرويتين ، وترتبط بالبروتينات ، والبروتيوغليكان ، والماء ، والأملاح ،

(راجع الأشكال ١٨ - ٤ ، ١٨ - ٥ و ١٨ - ٦) .
ومن المظاهر الإضافية فتوق النسيج الضام ، وتمزق خياطة الشقوق الجراحية ، واسترواح الصدر العفوي ، وانتقاب الأمعاء ، والجنف ، وفرط انتشائية المفاصل Hyperflexibility - خاصة مفاصل الأصابع واليد والمرفق - ونقص التوتر العضلي Hypotonia . وهكذا يمكن ثني أصابع اليدين لأكثر من زاوية قائمة . ومن الشائع حدوث خلوع

مفصليّة كاملة وخلوع جزئية . تقود هشاشة جدر الأوعية إلى تمزقها في أماكن الرضوح الآلية بالإضافة إلى تمزق الأوعية الكبيرة (الأبر) . ويستطيع كثير من المرضى لمس الأنف بمقدمة اللسان . وتكون إصابة العين واضحة في كثير من الأشكال . إن الأعراض السريرية ونمط الوراثة والعيب الجزيئي للأشكال المختلفة ملخصة بالجدول ١٨ - ٣ والجدول ١٨ - ٤ .

الجدول ١٨ - ٣ : التصنيف السريري لتلازمة اهلر - دانلوس

النمط	نموذج الوراثة	الأعراض السريرية	نسبة الحدوث %
I	صبغي جسدي سائد	فرط مرونة واضح ، قابلية شديدة للتعرض للمرض وميل لحدوث النزوف الجلدية ، أورام كاذبة مليسائية الشكل Molluscoid ، فرط بسوطية المفاصل مع خلوع مفصلي ، تمزق مبكر للأغشية الجنينية مع ولادة مبكرة ، اضطراب الثام الجروح	٤٠
II	صبغي جسدي سائد	كالنمط I ولكن أخف شدة	٣٠
III	صبغي جسدي سائد	فرط بسوطية المفاصل ، نمط مفرط التحرك (بهلوان) ، فرط تمديد الجلد بالحد الأدنى	١٢
IV	صبغي جسدي سائد / صبغي جسدي صاغر	جلد رقيق شاف غير مرن قابل للعطب بسهولة . تمزق الأوعية والأعضاء الجوفاء . فرط التملط محصور بالأقسام البعيدة للأطراف	٦
V	صبغي جنسي X / صاغر	فرط مرونة الجلد ، فرط حركة المفاصل بالحدود الدنيا	٤
VI	صاغر	فرط مرونة الجلد ، زيادة الميل للنزوف ، فرط بسوطية المفاصل مع تشوهات (حنف القدم ، حداب جنفي) ضعف عضل ، اختلاطات عينية تتميز بالصُّلبة والقرنية ، تمخرط القرنية Keratoconus ، قرنية صغرية ، زرق	٢
VII	صبغي جسدي سائد/صاغر	فرط بسوطية المفاصل ، خلوع مفصلي ، أعراض جلدية قليلة	٣
VIII	صبغي جسدي سائد	هشاشة جلدية ، نديبات حول الظنبوب ، التهاب ما حول السن Periodontitis ارتشاف سنخي عظمي . فقدان أسنان مبكر	
IX	صبغي جنسي X	مشابه للجلد الرخو Cutis Laxa ، تشوهات عظمية ، رتوج مثانية ، فتوق	٣

الإنداز : يختلف حسب نمط الإصابة .
المعالجة : عرضية مع المراقبة العظمية والعينية والاستشارة الوراثية في الحالات الشديدة .
الجدول ١٨ - ٤ : أنماط متلازمة اهلر - دانلوز وعيوبها الجزيئية

النمط	العيب الجزيئي Molecular Defect	الجلد الرخو (اليرت ١٨٥٥) Cutis Laxa :
III - I	مجهول	المراذفات : ارتخاء الجلد Dermatochalasis ، الجلد الأعرج (Limp Skin) ، الجلد الفضفاض (Loose Skin) ، المران العام ، متلازمة زيادة الجلد Too Much Skin Syn .
IV	فقدان الكلاجين نمط III	التعريف : مجموعة متغايرة من اضطرابات النسيج الضام الولادية المعممة تتميز بزيادة الجلد أو بجلد رخو . وتكون
V	عيب في ليزيل أو أكسيداز Lysyl Oxidase	
VI	طفرة في الليزين هيدروكسيلاز ، ولهذا لا يوجد ارتباط متصلب لجزيئة الكلاجين	

الشكل - انتنوية أو المكتسبة للجلد الرخو لا وراثية . (راجع اشكر ١٨ - ٧) .

خصو ث : نادر جداً . يحدث الجلد الرخو الثانوي كشكل غير كمن مجهض Abortive ، مثال : ارتحاء الجفن Blepharochalasis .

الإمراض : هو مرض عديد السبببات ويجب التفريق بين أشكال انوراثية والأشكال الثانوية .

- لأشكال انوراثية : تمثل متلازمة الجلد الرخو بمجموعة متنوعة من الأمراض ذات نماذج مختلفة وراثية :

- النموذج السائد The Dominant Type : تكون المظاهر حسيبة بارزة ، بينما تكون إصابة الأعضاء الداخلية محدودة .

- النموذج الصاغر The Recessive Type : وهو اضطراب معمم في النسيج الضام يترافق بانتفاخ رئة ، وذات رئة متكررة . وقلب رئوي ، ورتوج معوية ، وفتوق ورتوج في عر تي البولية - التناسلية . وفي الشكل المرتبط بالجنس X-Linked ثبت وجود نقص في خميرة ليزيل - أوكسيداز في الجسد ، والتي تقود إلى نقص الارتباط المتصالب في داخل حريسة الكلاجين والايلاستين . ويصنف هذا المرض الآن كمتلازمة أهرل - دانلوس نمط IX .

ب - الأشكال الثانوية : يحدث الجلد الرخو المكتسب عادة بعد تبدلات جلدية التهابية ، كالشرى والتفاعل الموضعي بحرارة ، والتهاب الجلد التماسي الأرجي Allergic Contact Dermatitis ، والتهاب جلد الأطراف (النهايات) المزمن مضمّر ، وإن ارتحاء الجفن هو شكل ثانوي يحدث بعد مرحلة نهائية - وذمية لتورم مزمن بالجفن . (راجع الشكل ١٨ - ٨) .

الموجودات السريرية : يمكن للجلد ذو الحركة الحرة أن يسحب بعيداً عن الأنسجة العميقة ليعود ببطء إلى وضعه بدني . ويتبدل الجلد برخاوة وعلى شكل كيس وذلك بسبب وزنه ولاسباً في الأجفان العلوية والسفلية . وكما في كلاب سلاكسة Boxer Dogs فإن كمية الجلد الموجودة تكون كبيرة . وعندما يصبح رفع الجفن صعباً فقد يغطي الجفن العلوي المتهدل الحدة . وقد يحدث جلد رخو محدد في المنطقة الأنفية - الشفوية ، (Nasolabial) أو في السرة ، ومناطق أخرى كثيرة . وقد يترافق الشكل الوراثي مع انقلاب موضع في الأحشاء Situs Inversus وفتوق ، وهبوط الشرج ، ورتوج . ويبدو جميع مرضى الجلد الرخو بحالة شيخوخة باكراً لكثرة التجاعيد .

التشخيص التفريقي : يجب نفي أمراض الكلية عندما تصاب الأجفان ، كما يفرق عن ضمور الجلد الشيخوي الرخو ومتلازمة أشر (Ascher) .

المعالجة : عرضية . يمكن اللجوء إلى الجراحة الرابية (Plastic) للأجفان في الحالات المؤثرة على الرؤية أو لأسباب تزويقية . ويمكن استئصال ثنيات الجلد المزعجة إلا أن الرجعة Recurrences غالباً ما تحدث وتحتاج إلى إعادة إجراء العمل الجراحي . وقد يحتاج الوضع في الإصابات الداخلية إلى استئصال الفتوق والرتوج .

متلازمة أشر ١٩٢٠ Ascher Syndrome :

التعريف : حدوث ارتحاء جفن Blepharochalasis مع تورم معاود في الشفة (ضخامة شفاه Macrocheilia) يؤدي لإحداث شفة مضاعفة Double Lip ودراق (Goiter) .

الحدوث : نادر جداً ويصيب النساء بشكل رئيسي .

الإمراض : غير واضح ومن المحتمل أن يكون مرضاً وراثياً وقد تكون له علاقة بالأمراض الرئوية .

الموجودات السريرية : تتضمن الأعراض النموذجية في الشكل المكتمل ظهور ارتحاء جفن وتورم شفة معاود يتحول إلى ضخامة الشفاه ، وتضاعف الأغشية المخاطية المؤدي لإحداث شفة مضاعفة . يقتصر حدوث تهدل الجفن غالباً على الجفن العلوي . تكون الودمة في البداية قابلة للشفاء (عكوسة) وأخيراً تتحول إلى كتلة نسيجية تليفية ثابتة تقود إلى ارتحاء الجفن والشفة المضاعفة .

التشخيص التفريقي : التهاب الشفة الحبيومي Cheilitis Granulomatosa ومتلازمة ميلكرسون - روزنثال .

الإنذار : جيد .

المعالجة : تجميع ترتبي عرّضي لطيات الجلد والأغشية المخاطية .

متلازمة مارفان ١٨٩٦ Marfan's Syndrome :

المرادفات : الأطراف الطويلة الرفيعة Dolichostenomelia لمارفان ١٨٩٦ ، عنكبوتية الأصابع Arachnodactyly لأرشارد ١٩٠٢ .

التعريف : اضطراب خلقي في النسيج الضام يصيب العيون ، والمهكل ، والجهاز القلبي الوعائي . توجد غالباً خطوط متباعدة (فرز) ، مع ندرة حدوث المران الثاقب الساعي .

الوراثة : صبغي جسدي سائد . تكون الإصابة فردية Sporadic في ١٥٪ من الحالات . وقد يكون عمر الأب عامل

تكون العظم الناقص Osteogenesis Imperfecta :

[سارتوريوس ١٨٢٦ ، فروليك ١٨٤٩]

المرادفات : متلازمة فروليك ، العظم الهش ، تخلخل العظام الجنيني ، تكون العظم الناقص (غونثر Gunther) .

التعريف : آفة وراثية معمة في النسيج الضام تنتقل بصبغي جسدي سائد أو صاغر ولها أربعة أشكال رئيسية يتضمن كل واحد منها عدداً من المجموعات وتتميز بفرط الهشاشة العظمية .

الإمراض : تتركز جميع الأشكال على تغيرات في استقلاب الكلاجين . لقد وصفت العيوب الجزيئية للكلاجين نمط I . ومن المحتمل أن العيوب في تركيب الكلاجين (زيادة نسبة النمط III) ، أو اضطراب في تنظيم التعديلات بعد النقل Posttranslation (زيادة هدر كسلة بقايا الليزين) يقود إلى نقص تركيب الليفيات ، وهذا قد يفسر الموجودات النسيجية المتضمنة زيادة في ألياف الشبكين .

الموجودات السريرية : سريرياً ووراثياً يمكن تمييز أربعة أنماط رئيسية :

– النمط I : صبغي جسدي سائد وتكون الصلبة زرقاء وتظهر بعض الكسور ، إلا أن الإصابة تكون خفيفة نسبياً .

– النمط II : يورث بشكل صاغر وتحدث فيه كسور شديدة تؤدي إلى الموت إما في الرحم أو سريعاً بعد الولادة .

– النمط III : يورث بشكل صاغر أو سائد وتحدث فيه كسور محدودة جيداً تقود لحدوث تشوهات مميزة في الطفولة المبكرة .

– النمط IV : يورث بشكل سائد ، تكون الصلبة بيضاء والإصابة خفيفة كما في النمط I .

الأعراض : فرط بسوطية المفاصل ، مع جلد رقيق زائد المرونة ، وضمور بقعي Macular Atrophy ، وتكون الندبات عريضة أكثر من الطبيعي ، والصلبة زرقاء في بعض الحالات .

المعالجة : غير ممكنة .

ضمورات الجلد Atrophies of The Skin :

تحدث ضمورات الجلد في عدد كبير من الأمراض المختلفة وتتميز سريرياً بترقق الجلد ، وفقدان المرونة ، وزيادة تجمع الجلد ، وتناقص أو غياب الملحقات . يمكن تمييز ضمور رخو وضمور مشدود . تحدث الضمورات الجلدية إما تلقائياً أو عقب أمراض جلدية أخرى ، فمثلاً مرض الذئب الشائع

مؤثر لأن متوسط عمره يزيد غالباً عدة سنوات في الأشكال الفردية لمتلازمة مارفان عنه في الأشخاص الطبيعيين .

الإمراض : يحدث على الأغلب تبدل في بروتين بنيوي في النسيج الضام (قد يكون الكلاجين أو الأيلاستين أو كلاهما) .

الموجودات السريرية :

العيون : يوجد حصر بصر Myopia مترافقاً بشكل خاص مع كرة عين طويلة وعدسة هاجرة وانفصال شبكية .

الهيكل : تكون عظام الأطراف طويلة بشكل ملفت للنظر وخاصة قطعة الحوض – القدم مع حذب جنفي Kyphoscoliosis ، وغالباً ما يكون مدى الأذرع Arm – Span أطول من طول الجسم ، وتكون الأضلاع طويلة . يشاهد أيضاً الصخرة المتكهفة Pectus Excavatum (الصدر القمعي) ، والصخرة الجؤجؤية Pectus Carinatum (صدر الحمام) . وتكون المفاصل رخوة والأقدام مسطحة والركبة طرقاء – مقوسة للوراء – Genu Recurvatum . ويمكن للأبهام أن يتخطى حدود الزند باليد (علامة ستينبيرغ) ، وتكون الأصابع طويلة ورفيعة .

الجهاز القلبي الوعائي : يؤدي ضعف طبقة الأبهر المتوسطة إلى حدوث أمهات دم منتشرة تتميز لاحقاً ، ويكون ضغط النبض (الانبساطي) أعلى في الأبهر الصاعد منه في الأبهر النازل مما يجعله المكان المفضل لتشكيل أمهات الدم . والمضاعفات القلبية الوعائية الثانية هي قصور الدسام التاجي مع قلس Regurgitation (نفخة انقباضية متأخرة) .

الاضطرابات الأخرى : الفتوق ، كيسات رئوية ، انتفاخ رئة ، استرواح الصدر العفوي .

الجلد : يحدث تغيران غير هامين هما : الخطوط المتباعدة على الصدر ، أو العضلة الدالية ، أو الفخذ ؛ والمران الشاقب الساعي .

الإنذار : يعتمد على المضاعفات القلبية – الوعائية ، قد تظهر أمهات دم في السنة الثانية من العمر وتحدث الوفاة من تمزق الأبهر ، بينما يصل مرضى آخرون إلى أعمار متقدمة .

التشخيص التفريقي : عتكبوتية الأصابع الولادية مع التققع هي صورة سريرية تم تمييزها حديثاً عن متلازمة مارفان (متلازمة بيل – هيث) ، وكذلك يفرق عن البيلة الهوموسستينية Homocystinuria .

شُيَاخ الجلد وشُيَاخ الأطراف (النهايات) :

شُيَاخ الجلد الطفلي *Progeria Infantilis* :

[هتشينسون ١٨٨٦ ، جيلفورد ١٩٠٤]
[Hutchinson 1886, Gilford 1904]

المرادفات : شُيَاخ الجلد ، القزامة الشيخوخية *Senile*
Nanism ، متلازمة هوشينسون - جيلفورد .

الإمراض : يورث بصبغي جسدي سائد تسببه في معظم الحالات طفرة *Mutation* جديدة تتأثر بسن الأب ، وتوجد علاقة مع القصور الغدي المتعدد لاسيما الذي يصيب أجهزة الدماغ المتوسط - النخامي والكظر .

الأعراض السريرية : يحدث هرم سريع وقزامة متناسقة في أشهر الحياة الأولى . يتصف المظهر الشيخوخي بجلد ضامر هرم منتشر مع واسمات *Markings* وريدية بارزة دون مظاهر لتصلب الجلد أو تبيكه . يصبح الشعر الخفيف على الرأس ، والذي يشبه الزغب ، أحياناً وتظهر حاصة *Alopecia* . تكون الأظفار حثلية الشكل . وتتأثر بالضمور أيضاً كل من الطبقة الدهنية تحت الجلد والعضل . ويحدث تخلخل في العظام يقود لحداث الكسور . ومن العلامات الأخرى حدوث تخلف عقلي (أحياناً يكون الذكاء متناسباً مع سن المريض) ، والتهاب مفاصل مشوه ، وتصلب شرايين مع خوارج انقباض وقصور الدوران الإكليلي .

الإنذار : يموت المرضى عادة قبل سن العشرين بسبب إصابة الشرايين الإكليلية .

المعالجة :

الجهازية : يمكن تجربة معالجة الأعراض الناجمة عن القصور الهرموني .

الموضعية : قد تكون هناك بعض الفائدة من الاعتناء بالجلد .

شُيَاخ الأطراف (النهايات) *Acrogeria* : [غوترن ١٩٤٠]

الحدوث : نادر جداً ، ويفضل الإناث .

الإمراض : السبب مجهول ، ويحتمل أن ينجم عن وراثة بصبغي جسدي صاغر ، ويتصف بغياب النسيج الدهني تحت الجلد ، وضمور الأدمة ، وترقق حزم الكلاجين وزيادة نسبية في الألياف المرنة .

الأعراض السريرية : توجد التغيرات عادة عند الولادة أو أنها تحدث في الأسابيع الأولى من الحياة . تكون الأطراف بشكل خاص - لاسيما ظهور الأيدي والأقدام - مقراً لضمور جلدي

ولسب احمامي يشفيان مع ضمور جلدي . قد تكون نسبت لضمورية المشدودة مقدمة للسرطن ، وقد تحدث سرطنة وسفية الخلايا . وتدعى بؤر الضمور الرخوة المحددة ومصوح بضمور الجلد البقي *Anetodermas* ، بينما في تكتلات الجلد *Poikilodermas* فإنه ، إلى جانب الضمور ، حيث تنقط زائد التصبغ أو معدوم التصبغ وتوسع لشعريات . هذا وإن ضمورات الجلد الهامة هي :

الضمورات الجلدية الولادية :

- لا تنسج الجلد الولادي *Aplasia Cutis Congenita* .

- شُيَاخ الجلد *Progeria* ، شُيَاخ الأطراف *Acrogeria* .

- تكتلات الجلد الولادية *Congenital*

Poikilodermas .

- نقص التنسج الأدمي البؤري *Focal Dermal*

Hypoplasia .

الضمورات الجلدية المكتسبة :

- ضمور الجلد السافع *Actinic Skin Atrophy* .

- ضمور الجلد السفالي *Inanition Atrophy* .

- ضمور الجر والضغط *Traction and Pressure*

Atrophy .

- ضمورات الجلد البقية *Anetodermas* .

- ضمور الجلد العصبي المنشأ *Neurogenic Skin*

Atrophy .

- ضمور الجلد الدوداني *Atrophodermia*

Vermiculata .

- الخطوط المتباعدة (الفز) *Striae Distensae* .

- التهاب جلد الأطراف المزمن المضمّر *Acrodermatitis*

Chronica Atrophicans .

- الحزاز التصليبي والضموري *Lichen Sclerosus et*

Atrophicus .

- ضمورات الجلد الثانوية وتكتلات الجلد .

ضمور الجلد الولادي

: *Congenital Skin Atrophy*

تم البحث في لا تنسج الجلد الولادي المحدد في الفصل ١٩ . الشكل الضموري متلازمة ولادية نادرة جداً تقود إلى ضمور جلد ، وتبكل جلد ، أو تغيرات تشبه تصلب الجلد ، وشيب مبكر . يكون المرض موجوداً عند الولادة أو أنه يحدث في الطفولة ونادراً ما يحدث لدى اليافعين والبالغين .

واضح ، وتبدو سريريًا شبيهة بالتهاب جلد الأطراف المزمن المضمّر فتضفي على الجلد مظهر الشيخوخة ، ويختفي النسيج الدهني تحت الجلد . لا توجد مظاهر لتبكل الجلد أو تصلبه . يكون الشعر رقيقاً ومع ذلك لا يحدث صلح . تكون الأظفار حثلية أو ثخينة ، وتغيب الاضطرابات الرئيسية العديدة الواسمة لشيخوخة الجلد ولا يتكون الساد .

الإنداز : يكون النمو العام الجسدي والعقلي طبيعيين .

المعالجة : عرضية .

شيخا الخلد عند البالغين Progeria Adultorum : [ورنر ١٩٠٤]

المرادفات : متلازمة ورنر .

الحدوث : نادر جداً ويصيب كلا الجنسين .

الإمراض : ينجم المرض عن وراثه بصغي جسدي صاغر . وقد وجد في اللمفاويات والأرومات الليفية المزروعة تراكيب غير طبيعية للصبغيات . يترافق ضمور الجلد وضمور الأنسجة تحته مع تليف في الأدمة يشبه تصلب الجلد (تصلب الجلد الكاذب) ، ويلاحظ تصلب شرايين مبكر مع تكلس الأهر والنصامات القلبية .

الموجودات السريرية : يحدث المرض عادة بين سن ٢٠ - ٣٠ سنة . يبدأ ظهور الضمور في الطبقات الدهنية تحت الجلد وفي العضل ابتداء من الجزء النهائي للساقين . ويصبح الجلد متصبلاً وضامراً ومتبكلاً ومشدوداً ، ويظهر بمناطق الاحتكاك فرط تفرن مع تقرحات نمائية (Trophic) غير مؤلمة ، وذلك على نقاط الضغط من السطوح الأخمصية وفوق البروزات العظمية . وغالباً ما تحدث قرحات الساق ، وتكون الأظفار حثلية .

علامات الشيخوخة المبكرة هي تصلب شرايين عام ، خاصة وشيب باكر ، ساد شباني ، خطوط متباعدة (فرر) واضطرابات غدية كالداء السكري وقصور الغنذية Hypogonadism وبشكل خاص ضمور خصوي ، وتنكس النبيبات Tubules الزجاجي ، واللائنفية (فقد النطاف) Azoospermia . يكمل هذه الصورة قامة صغيرة ، ووجه طيري الشكل بأنف حاد ، وفقد الدهن الحجاجي ، وجلد مشدود ، وتعاير وجهية منكشمة ، وصوت مبوح مصطنع بسبب تفرق الحبال الصوتية مع تغيرات طولانية . ويكون الذكاء طبيعياً أو محدوداً .

الإنداز : تكون التقرحات مؤلمة ومعندة على المعالجة . وترافق عمليات الساد بالمضاعفات . يحدث الموت في سن ٣٠ - ٥٠

سنة بسبب تصلب الشرايين المتري غالباً . وبالإضافة لذلك تزداد نسبة حدوث الأورام الخبيثة وتعزى أحياناً للقرحات الجلدية .

المعالجة : لا توجد معالجة سببية وينظر بموضوع المعالجة العرضية عند الاقتضاء . الرقابة الطبية المنتظمة أساسية بسبب النزوع لحدوث تصلب شرايين وأورام خبيثة .

تأثر العضل الخلي (متلازمة شتاينز ١٩٠٩) Dystrophia Myotonica : هو مرض آخر يحدث فيه ضمور عام . يظهر في هذه المتلازمة النادرة اعتلال عضلي (ضمور عضلي ، تأثر عضل ، رجفان عضلي) وتحدث بشكل أقل وضوحاً تغيرات جلدية تصلبية - تيكلية . تشمل الصورة السريرية ظهور ساد ثنائي الجانب وصلح ولادي ، وتكون العلامات الأخرى نادرة . يبدأ المرض كما في شيخا الخلد عند البالغين . وتكون وراثه المرض عن طريق صبغي جسدي سائد وموقع المورث موضع في الصبغي ١٩ .

متلازمة كوكاين Cockayne's Syndrome (١٩٣٦) :

الحدوث : نادر جداً ويورث بصبغي جسدي صاغر .

الإمراض : غير معروف .

الموجودات السريرية : يظهر المرض غالباً في السنة الثانية من العمر وإثر طفولة تبدو طبيعية . تسبب إعاقة النمو في ظهور قزامة لا متناسقة بأطراف طويلة تتوضع دوماً بوضعية الانثناء . يكون الجلد جافاً متجعداً ويتحسس من الضوء . وغالباً ما يحدث صمم ، والتهاب شبكية صباغي ، وارتعاش ترنجي ، ونقص ذكاء . ويتميز الوجه بعين غائرة ، وشياخ باكر ، وتوضع عميق للأذن الخارجية التي غالباً ما تكون محتلة التسح .

تبكلات الجلد الولادية

: Congenital Poikilodermas

تعتبر تبكلات الجلد الولادية من ضمورات الجلد الولادية . ويشاهد تبكل الجلد النموذجي لدى الأطفال وصغار السن . ويتصف بضمور منتشر ، وفرط أو انعدام تصبغ صغير ، بقعي ، وغالباً ما يكون شبكي الشكل ، وتوسع الشعيرات ، وقد تشاهد أيضاً حمامى مبقعة صغيرة وتوسع نخالي الشكل . توجد زيادة في حدوث المرض لدى بعض العائلات مع ظهور تشوهات من مختلف الأنواع . تتضمن تبكلات الجلد الولادية :

- متلازمة روثموند Rothmund's Syndrome .

– متلازمة تومسون Thomson's Syndrome .

– خلل التقرن الولادي Congenital Dyskeratosis .

– تباكل الجلد الولادي مع نفضات Congenital Poikiloderma With Blisters .

– تباكل الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي Congenital

Poikiloderma With Warty Hyperkeratosis .

– خلل تنسج الأديم الظاهر الولادي مع ساد Congenital

Ectodermal Dysplasia With Cataract .

متلازمة روتموند Von Rothmund : [فون روتموند ١٨٦٨]

مرادفات : تباكل الجلد الولادي . هذا المصطلح غير واضح كونه يستعمل أيضاً مع متلازمة تومسون الذي لا يمت له صلة .

الحدوث : يوجد حدوث عائلي في جميع الحالات . وغالباً ما توجد صلة قرابة بين الأبوين . يغلب الحدوث لدى الإناث . ويورث المرض بصبغي جسدي صاغر .

الموجودات السريرية :

التظاهرات الجلدية : بدءاً من الشهر السادس بعد الولادة ، تشاهد حمى خطية شبيهة بالترق الشبكي ، تنوضع بشكل رئيسي على الوجه (الخدود ، الآذان ، الذقن ، الجبهة) ثم تظهر بعد ذلك على الأطراف والألية ويبقى الجذع عادة خالياً من التوضعات . يمكن للتظاهرات الجلدية أن تتحول إلى تباكل جلد . وتتم التغيرات الجلدية خلال أشهر قليلة . (راجع الشكل ١٨ - ٩) .

الأعراض المرافقة : يترافق مع ساد شبابي ثنائي الجانب ويبدأ غالباً في جهة واحدة في سن ٤ - ٦ سنوات ، مع حدوث تقيم تام بالعدسة خلال أسابيع قليلة . يشاهد نقص التنسج التناسلي أو فقدانه ، وتشوهات في عظم الكعبرة ، وصغر اليدين والقدمين مع ضخامة الأصابع ، ونقص الشعر أو المرط Atrichia ، ونقص تنسج أو فقدان تنسج الغدد الدهنية والعرقية ، وقزامة خفيفة . يكون تشوه الأظفار والأسنان نادراً . ولا تتأثر الحالة النفسية أو العقلية .

المعالجة : العناية بالجلد والوقاية من الضوء .

متلازمة تومسون (١٩٢٣) :

المرادفات : تباكل الجلد الولادي ، الجلد المتبكل الولادي .

الحدوث : قد يكون عائلياً أحياناً ، ولا تكشف قرى

Consanguinity بين الأبوين . يغلب حدوث المرض لدى الإناث ، ويحتمل أن يورث بصبغي جسدي صاغر مع تظاهرات متباينة . يعتبر عدد من المؤلفين هذا المرض شكلاً خاصاً لمتلازمة روتموند دون حدوث ساد .

الموجودات السريرية :

التغيرات الجلدية : تنوضع التغيرات الجلدية في الوجه كما تصاب الأطراف والألية ويبقى الجذع سليماً . يبدأ ظهور المرض عادة في السنة الأولى من الحياة على شكل حمى بقعية حمراء شاحبة أو منتشرة مع تورم . وأخيراً تظهر شبكة كثيفة من الشعريات المتوسعة . بالإضافة لذلك ، تشاهد بقع صباغية صغيرة متلاقية جزئياً ، وكذلك تشاهد بقع لا صباغية محدة بوضوح .

يكون جلد الأماكن المصابة ضامراً ، وجافاً ، وييدي توسفاً Scaling نخالي الشكل . وغالباً ما يشاهد نقص شعر نسبي ووجه مثلث غموضي ذو جهة عالية عريضة ، وتباعد العينين Hypertelorism وذقن ضيقة .

الأعراض المرافقة : تحدث تشوهات عظمية على شكل عيوب في عظم الكعبرة . وتشاهد أحياناً حطاطات حزازانية Lichenoid على ظهر اليدين . تغيب عن هذه المتلازمة عدد من تظاهرات متلازمة روتموند كالكساد ، ونقص التنسج التناسلي ، وصغر الأيدي والأقدام ، وشذوذات الأظفار والأقدام . ولا تشاهد قزامة عادة ، وتكون الغدد الدهنية والعرقية طبيعية ، وتغيرات النفس والعقل غير واضحة .

خلل التقرن الولادي Congenital Dyskeratosis :

[زينسر ١٩١٠ ، اينغمان ١٩٢٦ ، كولي ١٩٣٠]

المرادفات : متلازمة زينسر - كولي - اينغمان ، خلل تنسج الأديم الظاهر المتعدد Polydysplasia Ectoderma - نمط كولي - روشكولب - تومي .

الحدوث : يشاهد لدى الذكور فقط ، ويكون عائلياً أحياناً دون وجود قرى . ينجم عن وراثية صاغرة مرتبطة بالصبغي الجنسي X . يتوضع جين (Gene) خلل التقرن الولادي في الذراع الطويلة للصبغي الجنسي X (٢٨ Xq) .

الموجودات السريرية :

التغيرات الجلدية : يظهر تباكل جلد واسع بشكل متري في سن ٥ - ١٢ سنة من العمر مع سيطرة متفاوتة لحمى ، وفرط تصبغ ، وتوسع شعريات . يشاهد ضمور منتشر وتجدد جلدي خفيف ، وبؤر كضمور الجلد البقي تنوضع خاصة على الوجه والعنق والجذع . يشاهد طلوان في نسيج الفم

المخاطي ، وحثل أظفار ، وفرط تقرن راحي - أخمصي ، وفرط تعرق ، وانسداد فتحات الأظنية الدمعية . وغالباً ما تشاهد نفضات في الفم وعلى الجلد المتبكل .

الموجودات المجموعية : تشاهد اضطرابات دموية (ضخامة طحال ، قلة الصفيحات الدموية ، فقر الدم اللاتنسجي ، وسحاف نقوي شامل Panmyelophthisis .

التشخيص التفريقي : إن غياب الساد ، وتشوهات الأسنان ، واضطرابات النمو ، واضطرابات السلوك الاجتماعي كلها علامات تستحق الانتباه في التشخيص التفريقي عن متلازمتي روثموند وتومسون .

الإنذار : غير جيد بسبب الأمراض الدموية ونمو السرطانات على طلوانات الأغشية المخاطية . وقد يحدث توسع قصبات .

تبكل الجلد الولادي مع نفضات (برين ١٩٥٢)
: Congenital Poikiloderma with Blisters

الحدوث : مرض عائلي نادر ، يكثر حدوثه عند الإناث ومن

المحتمل أنه يورث بصبغي جسدي صاغر .

الموجودات السريرية : تلاحظ مظاهر المرض عند الولادة أو بعدها ببضعة أسابيع أو أشهر . وتشاهد ، بشكل عرضي أو إثر رض ، فقاعات تحت الظهارة تتهيج بمرور الزمن . يظهر تبكل جلد للعيان حتى الخامسة والأربعين سنة من العمر ، ويتوضع على الوجه ، والسطوح الباسطة للسواعد ، وبشكل متميز على الأجزاء العلوية للأيدي ، والأفخاذ ، والجذع .

تكون القامة صغيرة ومتناسقة ، وتشاهد على سطوح الراحات فرط تقرن ثؤلولي مع تحدد الحركة . وتكون الأصابع مؤنفة Cuspidate . ويوجد أحياناً حثل أظفار ، وتشوهات أسنان ، وشعر خفيف وتشوهات هيكلية . ولا يشاهد ساد ، أو اضطرابات هورمونية أو نقص ذكاء ، أو شذوذات صبغية . ولا تصاب الأغشية المخاطية .

الإنذار : يتناقص الميل لظهور النفضات مع تقدم العمر .

الجدول ١٨ - ٥ : موجودات تبكلات الجلد الولادية (عن مارجيسكو ١٩٨٨)

متلازمة روثموند	متلازمة تومسون	خلل القرن الولادي (زينسر)	تبكل الجلد الولادي مع نفضات	تبكل الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي (دولينغ)
+	-	-	-	-
+	-	-	-	-
-	-	+	-	-
-	-	-	+	-
-	-	-	-	+

والأغشية المخاطية سليمة ولا يوجد ساد . ولا تحدث اضطرابات هورمونية ، ويكون الذكاء طبيعياً . قد تظهر سرطانة الخلايا الوسفية على مناطق فرط التقرن الثؤلولي .

خلل تنسج الأديم الظاهر الولادي مع ساد Congenital Ectodermal Dysplasia With Cataract : (كولي ، غيفن ، سيمونز ، سترود ١٩٤٥) [Cole, Giffen, Simmons, Stroud 1945]

يقع هذا المرض النادر جداً بين متلازمة روثموند وخلل تنسج الأديم الظاهر الولادي غط مانع العرق Anhidrotic ، ويدل أن له استقلالية معينة . ومن أساسيات التشخيص وجود

تبكل الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي (داولينغ)
Congenital Poikiloderma with Warty Hyperkeratosis : (١٩٣٦)

المترادفات : تشوه النماء الولادي ، متلازمة داولينغ .

هذا المرض نادر جداً ويحتمل وراثته بصبغي جسدي صاغر ويصيب كلا الجنسين . ومن أعراضه الهامة حدوث تبكل جلد الوجه لدى أطفال بسن ٦ - ١٢ شهراً . كما يظهر فرط تقرن ثؤلولي على البروزات العظمية بسن ٧ - ١٠ سنوات ، ويشاهد صغر قامة متناسق ، وقد يظهر تقران راحي - أخمصي منتشر أو متفاوت . تكون وظيفة الغدد العرقية طبيعية ،

منه من تبكل الجلد ، و ساد ، وتشوهات سنبة ، ونقص تنسج
يأخضر . وقامة صغيرة ، ونقص ذكاء ، وفقد أو خلل تنسج في
حريث لأشعار والغدد الزهمية والعرقية .

قصر التنسج الأدمي البؤري Focal Dermal Hypoplasia : (جنسر ١٩٢١ ، غولتز ١٩٦٢ ،
غورلين ١٩٦٣)

رحفت : متلازمة غولتز - غورلين . Gottz, Gorlin Sy. ،
حسن تنسج الأديم الظاهر والمتوسط الولادي ، خلل التنسج
العظمي - العيني - الجلدي ، ضمور الجلد الوحي الجهازى ،
نقص تنسج الجلدي الولادي ، توسع الشعيرات الولادي مع
سوء تعظم Congenital Telangiectasis with
Dysostosis .

التعريف : هو مرض يتصف بتشوه الأديم الظاهر
Ectodermal والمتوسط Mesodermal للجلد وملحقاته ،
مع ارتباطه بعيوب في العيون ، والأسنان ، والأذان والهيكلي ،
والأعضاء الداخلية .

الحدوث : يمكن لهذا المرض أن يمثل عاملاً مميتاً للذكور . يكون
نموذج الوراثة عن طريق الصبغي الجنسي x السائد مع موت
الذكور . وهذا يفسر سبب زيادة نسبة الإجهاضات لدى هذه
نعملات . ويُفترض أن سبب الاضطراب هو حدوث خلل في
نمو الجنيني في أسبوع الحمل الثامن ، وأن المسؤول عن حدوث
تغيرات هو إصابة الحامل بحمة راشحة (كالتهاب الكبد ،
والأنفلونزا ، والحصبة الألمانية ، وذات الرئة بحمي راشحة) أو
نُها تنجم عن استعمال أدوية (كالتراسكلين ، الساليسيلات ،
نياريتوريات ، مضادات الهيستامين) .

الموجودات السريرية :

توجدات الجلدية : العلامة النموذجية هي حدوث ضمورات
جلدية محددة . وتشاهد هذه الضمورات عند الولادة أو أنها
تنمو بسرعة من منطقة أولية حمامية . وغالباً ما تكون
الضمورات لا منتظمة ، ومبعثرة ، وشبكية ، ومخططة .
ويكون حجم البقع الضامرة بضعة ميلليمترات وقد تتجمع في
مساحات كبيرة . يكون جلد المناطق المصابة ضامراً ورقيقاً ،
ينكمش بسهولة ، وبلون أحمر رمادي ، ويتجدد كورقة لفافة
التبغ . وتكون مناطق الجلد الضامرة مفنوقة أحياناً . ويمكن
ملاحظة الصباغية وتوسع الشعيرات أن تشكل صورة
بقعية مبكلة تذكر بتبكل الجلد الولادي .

الأورام الخليمية Papillomas : تحدث في مناطق الشفاء أو على

الأغشية المخاطية التناسلية والشرجية . وتشبه للقموم المؤنف
Condylomata Acuminata وغالباً ما تشاهد أورام ليفية -
وعائية Angiofibroma بالفحص النسيجي .

تتورق النسيج الدهني الشبيه بضمور الجلد البقعي : تنشأ هذه
الحالة عندما تسمح المساحات الواسعة من مناطق ضمور الجلد
ببروز النسيج الدهني تحت الجلد . وبالجس يبدو الجلد ضامراً
ويمكن تجعيده كورقة لفافة التبغ وتكون المنطقة المفتوحة رقيقة .

الندبات : تحدث نتيجة عيب في الأنسجة العميقة وتوجد لدى
المرضى عند الولادة .

تغيرات الأظفار والشعر : من الشائع حدوث حثل أظفار
وحاصة ندية نتيجة عيوب الأنسجة الأعظم . وغالباً ما تشاهد
قلة شعر منتشر ، وأحياناً تحدث نفحة (تساقط أشعار) انتهازية
شديدة Severe Telogen Effluvium .

التبدلات الهيكلية : تشاهد عند الولادة في ٥٠٪ من الحالات .
يفقد التصاق الأصابع Syndactylies ، ونقص تنسج أو لا
تنسج أصابع اليدين والقدمين ، والتبدلات الشبيهة بتشوه
الأطراف Dysmelia ، إلى حدوث تغيرات تشبه مخالب جراد
البحر أو سرطان البحر . ويحدث أيضاً جنف Scoliosis ،
وسنسة مشقوقة (spina bivida) ، ونقص تنسج أو لا تنسج
في عظم الرقوة والأضلاع ، بالإضافة إلى تشوه القفص
الصدري . كما لوحظ حدوث تشوهات في الجمجمة ،
وشذوذات في الحوض وتغيرات في بنية العظام مثل تخلخل
العظام Osteoporosis وإعاقة التعظم .

شذوذات الأسنان : يشاهد في عمر تال ، احتباس الأسنان أو
غيابها ، وخلل في طبقة المينا وشذوذات في توضع الأسنان .
شذوذات العين : قد تشاهد ثلامة Coloboma القرنية ،
وانعدام القلة Anophthalmia أو صغرها ، وحول ، ورأفة .

التخلف الجسمي والنفسي : قد يكون هذا الأمر ملفتاً للانتباه
في حالات مختلفة .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد تضائل شديد في الأدمة ،
ويتمدد غالباً النسيج الدهني تحت الجلد للأعلى نحو البشرة
الضامرة المتضيق . ويحدث تخلخل Rarefaction في الألياف
المرنة وتخشنها في الأدمة وناقصة التنسج .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الوحمات الشحمومية الجلدية
السطحية (هوفمان - زرهيلي) (Nevus Lipomatous)
(Cutaneus Superficialis) حيث يغيب فتق الجلد الضامر ،
ويفرق أيضاً عن سلس الصاغ Continentia Pigmenti الذي

يترافق أيضاً بتشوهات هيكلية ، وعينية ، وسنية ، ولكن يغيب عنه تبكل الجلد . من بين تبكلات الجلد الولادية يجب الانتباه إلى متلازمة روثوند إلا أن الترتيبات المخططة لتغيرات الجلد تكون مفقودة .

المعالجة : عرضية فقط .

ضمورات الجلد المكتسبة

: Acquired Skin Atrophies

ضمور الجلد الشيخوخي والسافع

: Senile And Actinic Skin Atrophy

المرادفات : ضمور الجلد الشيخوخي ، الجلد الهرم Aging Skin .

الحدوث : تشاهد عادة تغيرات الجلد الأولى الناجمة عن تقدم السن في العقد الرابع من العمر . ولا توجد ارتباطات وثيقة مع الكهولة العامة الجسدية ولكنها تعتمد على التعرض المديد والمستمر لعوامل خارجية (كضوء الشمس ، والطقس ، والمناخ) ، كما تعتمد على نمط التصبغ الجلدي . ونتيجة لذلك تحدث تغيرات رئيسية :

– لدى الأفراد ذوي الجلد الفاتح .

– في الأماكن المكشوفة من الجسم (الوجه ، مؤخرة العنق ، ظهر اليدين ، والساعدين) .

– في حالات التعرض الشديد للأشعة الشمسية (العيش في المناطق الاستوائية ، بعض الجماعات بمهن الفلاحة ، والملاحة ، وأدلاء الجبال) .

الموجودات السريرية :

مناطق الجلد المغطاة : تكون التغيرات في هذه المناطق قليلة نسبياً . تنقص لدى المجموعات الأكبر سناً احتقانات الجلد Skin Turgor ، ويتناقص إفراز الغدد العرقية ، والدهنية (الزهمية Sebaceous) ، ويظهر على الجلد توسف نخالي الشكل أو سماكي الشكل Ichthyosiform وبشكل خاص على الفخذين . من الشائع حدوث تفران مئي Seborrheic Keratoses ووعاؤومات شيخوخية (senile Hemangiomas) وخاصة على الجذع . ويحدث إكزيمة حكة بانعدام الزهم itching asteatotic وإكزيمة تراكمية سمية بسبب الحمامات المتكررة والشد .

مناطق الجلد المكشوفة : يكون هرم الجلد أشد . ويمكن تفريق الصور السريرية التالية حسب المنطقة المصابة :

– شيخوخة جلد ظهر اليدين والساعدين : يتميز بضمور

الطبقة الدهنية تحت الجلد وترقق الأدمة ، فيصبح الجلد رقيقاً نسبياً ورخوياً وقابلاً للتجمع ويتلف بسهولة . وعند رفع طيات الجلد ثم تركها ، فإنها تغوص ببطء إلى مستواها الطبيعي . وتشاهد الأوعية الدموية الكبيرة من خلال الجلد وهي تلمع . (راجع الشكل ١٨ – ١٠) .

يشاهد تبكل جلد وفراط تصبغ وغياب تصبغ جلدي وتوسع الشعريات . وتشكل بقع محددة ومتصبغة تدعى بقع الكهولة (age spot) أو التمش الشيخوخي Lentigines Seniles ، وغالباً ما تكون هذه البقع تفران مئي صباغي مسطح Flat Pigmented Seborrheic Keratoses يكون الجلد الهرم الضامر جافاً بسبب نقص مفرزات الغدد الزهمية والعرقية وتشكل وسوف نخالية الشكل تتفاقم بالغسل وباستعمال الصوابين المزيلة للدهون والمطهرات . تحدث نزوف بؤرية بسهولة إثر رضوض بسيطة تدعى الفرفرية الشيخوخية (باتمان) (راجع الشكل ١٨ – ١٠) ، كما تشكل ندبات ضمورية بيضاء نجمية الشكل أو ذات شكل شاذ Bizarre إثر جروح بسيطة تدعى الندبات الكاذبة النجمية العفوية . من الشائع حدوث تفران سافع قد يتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا . (راجع الشكل ١٨ – ١١) .

– شيخوخة جلد الوجه : يعتمد الضمور على نمط التصبغ ومجموع كمية الشمس التي يتعرض لها المريض خلال حياته . ويتأثر بشكل انتقائي رقيقوا الجلد ذوي الاستعداد للإصابة بحروق شمسية ، وقليلوا المقدرة الدبغية Little Tanning Capacity (نمط I و II) ، والأشخاص الذين يتعرضون لأشعة الشمس لفترات طويلة . وبسبب الانقباض المديد لعصل الوجه ، تنمو الطيات الجلدية والتجاعيد بزوايا عمودية على اتجاه الألياف العضلية وتتطابق مع خطوط الشد الجلدي (خطوط الشد الجلدي بالاسترخاء) . وبشكل أساسي فإن تغيرات السن في جلد الوجه تتطابق مع التغيرات الموصوفة لظهر اليدين . لا يكون ترقق جلد الوجه واضحاً في جميع الحالات حيث يوجد غالباً ازدياد في النسيج الضام المرضي ويدعى المران السافع . ومن علامات الشيخوخة الأخرى ، المران السافع ، المران الجلدي الكيسي والزؤاني (فافر – راكوشو Favre – Racouchot) وجلد النقرة المعيني الشكل .

ضمور الجلد بسبب السغاب ، والشد ، والضغط

Inanition, Tension, And Pressure Atrophy of the Skin

يشاهد ضمور الجلد السغابي في الأمراض المسببة للهزال

كحس ، والأورام الخبيثة ، ودف سيموند ، أو بعد سوء تغذية المزمن . وهو نتيجة لضمور النسيج الدهني تحت الجلد . لا يتبدل ليفي لهذا النسيج ، ويمكن أن يترافق بفقدان شعر مستمر .

ينجم ضمور الشد والضغط عن أسباب عديدة كخاتم صاغص أو محدّة تحت حزام فتق A Pad Under a Truss . ويشمل ضمور الجلد جريبات الأشعار مما قد يقود إلى حدوث حكة دئمة كما لدى حاملي السلال .

ضمورات الجلد البقعية Anetodermas :

ضمورات الجلد البقعية عبارة عن أشكال لضمور الجلد بقعي Macular الأساسي . تكون الآفات مستديرة أو بيضوية ومحددة بدقة ويتراوح حجم البقعة الضامرة بين مليمتر قليلة وحتى سانتيمتراً واحداً ، ومتثرة إفرادياً أو شكل لا منتظم على الظهر والأطراف . قد يتجمع جلد المناطق صلبة كورقة لفافة التبع أو تنفتق الأنسجة تحت الجلد - ضغط . تنشأ ضمورات الجلد البقعية من تغيرات النهائية محدّة مجهولة السبب ، ويمكن للتغيرات الشبيهة بضمور الجلد بقعي أن تترافق مع أمراض أخرى تقود للضمور كالذأب حمي وداء الخلايا البدنية Mast Cell Disease .

التشخيص التفريقي لضمورات الجلد البقعية : يفرق عن خزاز التصليبي الضموري ، والقشعية Morphea ، والتهاب جلد الأطراف المزمن المضمر ، وندبات الخزاز المسطح أو داء نطقية ، ورخاوة الجلد ، ونقص التنسج الأدمي البؤري (متلازمة غولتر - غورلين) .

الإنذار : بعد حدوث المرض النوبي تبقى مناطق ضمور الجلد بقعي المحددة موجودة بشكل محدود ولا عكوس .

المعالجة : ينصح باستعمال البنسيللين في الطور الالتهابي وبنفس جرعات المستعملة في تصلب الجلد . ولا يمكن التأثير على تطور المضمر بالمعالجة .

ضمور الجلد البقعي غط جاداسون (ضمور الجلد البقعي الحمامي) Anetoderma, Jadasshn Type : يسبق حدوث البؤر المحددة الضاربة للبياض أو الحمرة ، طور النهائي مع احمرار وتورم . يكشف الفحص النسيجي عن وذمة وارتشاحات حول الأوعية والملحقات مكونة من لفافيات وخلايا مصورة . قد تشاهد منسجات Histocytes وخلايا عملاقة . يحدث تشدُّف الألياف المرنة في منتصف الأدمة وتختفي نموذجياً .

ضمور الجلد البقعي غط ييلليزاري Anetoderma Pellizari : لهذا الشكل النادر طور شروي مبكر قد يستمر

عدة أسابيع . وقد تندمج البقع الضامرة ببعضها لتغطي مساحات كبيرة . تشاهد تغيرات فقاعية Bullous أحياناً وتبرز تحت اسم غط الكسندر . (راجع الشكل ١٨ - ١٢) .

ضمور الجلد البقعي غط شويننغر - بوزي Anetoderma Schwenning Buzzi : لا يلاحظ في هذا النمط سريراً حدوث طور النهائي سابق للمرض ، وغالباً ما تظهر تلقائياً عدة بؤر واضحة تتوضع دوماً على الجذع . تكون هذه البؤر الضمورية محددة بدقة ومستديرة الشكل وبيضاء مزرقّة وبقطر ١ - ٢ سم . يشعر الطبيب عند فحص الجلد بوجود حفرة ينفثق فيها النسيج الدهني تحت الجلد . ويمكن مشاهدة التهاب بواسطة المجهر . (راجع الشكل ١٨ - ٣) .

ضمور الجلد العصبي المنشأ Neurogenic Skin Atrophy :

قد تؤدي اضطرابات الجملة العصبية المركزية إلى حدوث ضمور جلد قطعي Segmental . كما تؤدي أذية الجهاز العصبي المحيطي إلى حدوث اضطرابات ضمورية في مناطق توزع الأعصاب المصابة ، وبهذه الحالة لا يضمّر الجلد فقط وإنما يضمّر العضل والعظام تحت الجلد أيضاً .

ويمكن إثّر إصابة الجهاز العصبي المحيطي أن يظهر شكل لضمور الجلد يدعى لمعان الجلد والأصابع Glossy Skin And Fingers . فبالإضافة إلى الترقق الورقي الشكل ، وجفاف الجلد الوردي المحمر أو المزرق أحياناً ، فإنه يوجد ميل لحدوث فرط تقرن ، ونفطات رضية ، وفرط تعرق واضطرابات في نمو الأظفار (الأظفار المحددة Grooved Nails) . وإن حدوث فرط مذل ومذل Paresthesia « نَمَل » ، وخدر إنما هي عبارة عن جزء من الصورة السريرية .

ضمورات الجلد الأخرى :

ضمور الوجه الشقي المتري Hemiatrophia Faciei Progressiva : [Romberg 1846]

المرادفات : متلازمة رومبيرج ، الاضطراب العصابي الغذائي Trophoneurosis لرومبيرج ، الضمور الشقي لباري - رومبيرج .

التعريف : هو ضمور وجهي وحيد الجانب ، قد يصيب الأنسجة تحت الجلد والعضل والعظام إضافة إلى الجلد ، ويظهر المرض خلال الطفولة .

الحدوث : نادر جداً ، لم يثبت انتقاله بالوراثة ، وليس له ارتباط بجنس المصاب .

السبب : عصبي المنشأ ، إما لاضطرابات عصبية مركزية أو لسلف العصب ثلاثي التوائم بسبب تكهف نخاع Syringomyelia ، أو جروح الجمجمة ، أو خمج بؤري .

الموجودات السريرية : يظهر المرض في معظم الحالات في الطفولة أو عند البلوغ المبكر ، إثر نوبات صرعية أو آلام عصبية الشكل في منطقة العصب ثلاثي التوائم . ويظهر ببطء ضمور شقي وجهي يصيب ما تحت الجلد والعضل والعظام أيضاً . يبدو نصف الوجه المصاب ناحلاً وأصغر حجماً من الشق السليم والعين غائرة والشق الفموي متضيق . وفي الجهة المصابة قد تضمر الخجرة ونصف اللسان وقد تسقط الأهداب والحواجب وشعر الرأس . ويكون الجلد ، مشدوداً ، ضامراً ، رقيقاً ، وأحياناً مفرطاً أو معدوم التصبغ . وتتناقص غالباً المفززات العرقية في الشق المصاب .

الإنذار : قد يتوقف المرض تلقائياً في أي وقت ، وتحدث في بعض الحالات النادرة فقط تشوهات شديدة قد تشمل الرقبة والكتاف والجذع . تحدث لدى عدد قليل من المرضى إصابة في الجملة العصبية المركزية مع نوب صرعية .

التشخيص التفريقي : يفرق عن تصلب الجلد الموضع (القشعية) الذي قد يشبه كثيراً (ضربة السيف coup de sabre) كما ويجب التفريق عن الحثل الشحمي المترقي (ضمور سيمون) .

المعالجة : كما في تصلب الجلد ، يجرب إعطاء البنسيلين لوقف تقدم المرض . أما في الأطوار الأخيرة فلا يمكن التأثير على المرض ، ويمكن للجراحة التصنيعية أن تحسن من المظهر .

ضمور الجلد الدودي

[Darier 1920] : Atrophoderma Vermiculata

التعريف : ضمور وجهي متناظر دودي الشكل يحدث في الطفولة .

السبب : مجهولة ، ويمكن أن تكون له صلة بالحمى التندبية محجية المنشأ Ulerythema Ophryogens أو التهاب الجريبات العددي الشكل المزمن .

الموجودات السريرية : تبدأ الإصابة في الطفولة المبكرة في أسفل عظم الخد وبشكل متناظر على كلا الخدين كانهطاعات سطحية دقيقة التحديد وبدون أعراض ، وتكون إما خطية أو ندية أو شبكية الشكل . (راجع الشكل ١٨ - ١٤) .

التشريح المرضي النسيجي : يظهر في التشريح المرضي النسيجي تفران جريبي وأكياس صغيرة متقرنة ، وضمور في البشرة والغدد الزهمية ، ومجموعات من ألياف مرنة .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الندبات التالية للعد ، والحمى التندبية المحجية المنشأ ، والذأب الحماني القريصي .

المعالجة : يمكن إجراء كشط الجلد لاعتبارات ترويقية .

الخطوط المتباعدة (الفزر) Striae Distensae :

المرادفات : الخطوط الضمورية ، شقوق الجلد ، خطوط الحمل .

التعريف : ضمور جلدي خطي يكون بالبدء أزرقاً - محمراً ثم يصبح بعد ذلك أبيضاً ويحدث في المناطق التي يزداد فيها تمدد الجلد .

الحدوث : يحدث في سن البلوغ (٧٠٪ إناث ، ٤٠٪ ذكور) ، وأثناء الحمل (٩٠٪) وبشكل رئيسي بعد الشهر السادس) ، وفي داء كوشينغ ، وبعد المعالجة الجهازية أو الموضعية بالستيرويدات القشرية أو أنه ينجم عن زيادة الوزن السريعة . (راجع الشكل ١٨ - ١٥) .

الإمراض : إن تأثير الستيرويدات القشرية Corticosteroids حاسم . ويلعب فرط تمديد الجلد دوراً في الأمراض ، بالرغم من فشل تمديد الجلد التجريبي لوحده في إحداث أية خطوط بالتمدد . وتتكون الخطوط عادة بشكل عمودي على جهة الشد .

بعد التطبيق المديد للستيرويدات أو تحت ضهاد كشم ، تحدث بسهولة خطوط متباعدة في مناطق الولع بهذه الإصابة أثناء البلوغ وخلال الحمل . ويمكن للمعالجة المديدة بالستيرويدات و ACTH بالطريق العام أن تحدث خطوطاً متباعدة من نفس خطوط التوزع النموذجي لداء كوشينغ (الخطوط الستيرويدية) . ولهذا ينبغي مراقبة استعمال هذه المركبات بعناية أثناء البلوغ سواء أعطيت عن الطريق العام أو الموضعي ، وأن يفكر بدقة عند التطبيق الموضعي لاسمياً في المناطق الولوعة بهذه الإصابة . قد يشاهد حدوث الخطوط المتباعدة في الأمراض الحمجية (التيفية ، الزحار ، السل ، ذات الجنب) وكذلك في حالات نمو أورام البطن السريع ، وفي الحبن .

الموجودات السريرية : مناطق الولع الرئيسية للإصابة بالخطوط المتباعدة عند البلوغ هي المنطقة القطنية - العجزية ، الأفاخذ ، منطقة المداور Trochanteric ، ومنطقة فوق الرضفة . تحدث الخطوط الحملية في مناطق البطن الجانبية ، والألية ، والأفاخذ ، والأنداء . أما في حالات الاضطرابات الغذائية الصماء المترافقة بزيادة وزن سريعة فإن الخطوط تفضل مناطق البطن ، الألية ، الأفاخذ ، والطيات الإبطية . ولهذا الخطوط أهمية تشخيصية

الحدوث : يغلب وجوده نسبياً لدى البيض إلا أنه يوجد لدى السود بنسبة أقل بسبب حماية الصباغ للجلد . إن اختصار حدوث المran السافع على مناطق الجلد المعرضة بشكل مزمن للشمس يدعم من أهمية عامل الأشعة الشمسية بعد التعرض المديد لها . ويتأثر بشكل خاص ذوي الجلد الفاتح نموذج I ، II .

الإمراض : التعرض المديد للشمس شرط أساسي للإصابة بهذا المرض . ومن السببات المهمة الأشعة فوق البنفسجية (UVA) التي تخترق أدمة الجلد . كما يشك أيضاً بوجود علاقة للأشعة تحت الحمراء في الأمراض . أما الآلية الحقيقية التي تقود لتحول النسيج الضام الطبيعي إلى نسيج مرن متكس فلا زالت مجهولة .

إن زيادة الحساسية للضوء والتي لها صلة بالبرفيرين يؤدي أيضاً إلى الإسراع في حدوث المran السافع ، ولهذا يعتبر المran السافع عرض للبرفيرية وخاصة البرفيرية الجلدية الآجلة . وفي الحالات الواضحة يجب إجراء الفحوص المناسبة بما فيها فحص البرفيرينيات .

الموجودات السريرية : تظهر ارتشاحات شبكية مخططة بدقة أو منتشرة ذات لون عاجي أو مصفر . وتكون قليلة البروز وتفضل مناطق الصدغ والجهة والنقرة ونادراً ما تفضل الحدود . وغالباً ما يرتبط تجمع الجلد حول الفم وحول الحجاج بالمران .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد تحت البشرة الضامرة حزمة ضيقة من نسيج ضام خالية من الألياف المرنة وناجمة عن تحرب الضفيرة المرنة تحت الظهارية . ويشاهد تحتها تجمع لألياف نسيج ضام خشنة ومتضخمة ومتجانسة ، وتتلون بالألياف المرنة مع ميل قوي وولع بالأساسة Basophilia وذلك في مستحضرات الهيماتوكسيلين - إيوزين . كيميائياً - حيويًا ونسجياً تسلك المادة الليفية أو الصفيحة سلوك الألياف المرنة . وتشير بحوث المجهر الإلكتروني إلى أنها تنجم إما عن الكلاجين أو تتجدد من ذاتها De Novo .

سير المرض : يكون مزمنًا ، ويجب توقع المزيد من التغيرات بعد التعرض لمزيد من الشمس . لا يزداد خطر حدوث السرطان الجلدية .

المعالجة : وتم بالوقاية من الشمس ومن مجالات (UVA) بالدارتات الشمسية ذات الطيف الواسع (SPF < ١٥) .

كثير . يختلف طول الخطوط وعرضها ، وتكون مستنة أو ذات حواف أو متوازية ، أو كالمروحة . ويكون لونها في البداية أحمر ، أو أحمر ضارباً للزرق ، وبعد ذلك تصبح بلون أبيض أو صفر وتبدي زيادة في انعكاس الضوء عند التمدد . يكون الحد المشدود قليلاً ، رقيقاً ، وتحدث فيه تشققات عرضانية نعمة وأحياناً تبرز كتل تشبه الفتق . (راجع الشكل ١٨ - ١٥) .

التشريح المرضي النسيجي : تكون البشرة ضامرة والكلاجين متجانس ، أما الألياف المرنة فقد تختفي كلية ، غير أنها تكون مضغوطة أو ملففة Convoluted في أطراف المنطقة المصابة .

سير المرض : تكون الخطوط الأولية زرقاء محمرة ومزعجة من ناحية الجمالية ، ثم تصبح بيضاء مصفرة بشكل عام ، وقرية من لون الجلد ، وعندها تكون أقل وضوحاً .

المعالجة : ككل الضمورات لا يمكن التأثير على الخطوط بالمعالجة ، كما لم يثبت تأثير التطبيق الوقائي للمراهم لدى خوامل .

الخطوط الهاجرة (شيلي وكوهين ١٩٦٤)
: Striae Migrans

هي شكل نادر خاص من الخطوط المتباعدة المعزولة مع زيادة بطيئة في التوسعات الخطية . موقعها في الغالب على الناحية الأنسية للفخذ عند البالغين . وقد تشاهد نفس الخطوط بعد المعالجة الموضعية بالستيرويدات القشرية لتلك المنطقة .

المران Elastoses :

بدل مصطلح « المران » على زيادة عدد ألياف النسيج الضام في الأدمة . تتصبع هذه الألياف كتصبع الألياف المرنة وتتفاعل كيميائياً - حيويًا مثلها . وهو عبارة عن تفاعل إثر التعرض المديد للشمس و/أو التعرض للحرارة لعدة سنوات ولهذا يشار إليه باسم المران السافع والمران الشمسي . المصابون بشكل عام هم من كبار السن ذوي الصباغ الواقي القليل (نموذج الجلد I ، II) ، أو أنهم أفراد زاد تعرضهم للشمس خلال الحياة كالفلاحين ومدربي التزلج ، وأدلاء الجبال والبحارة .

المران السافع Actinic Elastosis :

المرادفات : المران الشيخوخوي ، المران الشمسي ، المران الشمسي أو الشيخوخوي ، تنكس النسيج الكلاجيلي الأساسي Basophil Collagen Degeneration .

التعريف : هو ازدياد بمادة الألياف في قسم الأدمة العلوي التي تتلون كالنسيج المرن .

الجلد المعيني على القفا (جاداسون ١٩٢٥)

: *Cutis Rhomboidalis Nuchae*

هو تغير نموذجي لدى العاملين خارج المكاتب كالمزارعين ، والبحارة ، والرياضيين ، وأدلاء الجبال . كما يصيب المرضى مفرطي الحساسية للضوء لاسيما المصابين منهم بالبرفيرية (مثل البرفيرية الجلدية الآجلة) . يندر حدوث هذا المرض عند النساء لأن النقرة لديهم تكون عادة محمية من الضوء بواسطة الشعر .

يشخن جلد النقرة ، وبدرجة أقل من جلد جانبي الرقبة ، وأحياناً يشخن جلد الصدر بمنطقة على شكل حرف (V) . ويصفر ، وينقسم إلى أشكال شبه معينية بواسطة أنلام عميقة . وتشاهد أحياناً زؤانات (comedones) إلى جانب الشعر الشوكي الثابت *Trichostasis Spinulosa* . ويظهر التشريح المرضي النسجي وجود مران واسع في الأدمة . (راجع الشكل ١٨ - ١٦) .

المعالجة : غير ممكنة . ينصح بالوقاية من الشمس واستعمال دوائيات الشمس . يمكن للمعالجة الموضعية بالترتينون *Tretinon* أن تحسن من مظهر الجلد .

المرنوم المنتشر (دوبروي ١٨٩٢)

: *Elastoma Diffusum*

يتكون هذا الورم المرن من صفيحات منتشرة محددة إلى حد ما ، مصفرة وثخينة تتوضع على الوجه أو على النقرة . تحدث أيضاً بؤر افراذية ، على الأنف مثلاً . (راجع الشكل ١٨ - ١٧) .

المعالجة : عندما يترافق هذا الورم مع تفران سافع يفكر بإجراء كشط الجلد ، وإلا فينبغي العناية بالجلد والوقاية من الشمس باستعمال دوائيات الشمس (UVA و UVB) .

المران العقيدي مع كيسات وزؤان (فافر - راکوشو

Nodular Elastosis With Cysts and (١٩٥١

: *Comedones*

المرادفات : شبه المران الجلدي العقيدي مع أكياس وزؤان - متلازمة فافر - راکوشو .

التعريف : هو شكل عقيدي مختلف بوضوح عن المران السافع الشيخوخي .

الحدوث : يصاب كبار السن من الرجال بشكل مفضل .

الموجودات السريرية : يميل هذا الداء للتوضع في مناطق الأقواس الوجنية ، والأصدغ ، وحول الحجاج ، أو منطقة الأنف ونادراً ما يتوضع في مناطق أخرى معرضة بشكل مزمن

للضوء . ويظهر عدد من الزؤان المفتوح ، بالإضافة إلى زؤان مغلق شبيه بالكيسات ذو لون مصفر ضارب للبياض . لا يمكن عصر الزؤانة بسهولة . وغالباً ما تحدث تجمعات للزؤان . (راجع الشكل ١٨ - ١٨) .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد جريبات زهمية *Sebaceous* ضامرة مع كيسات جريبية ممتلئة بالقرن بالإضافة إلى مران واسع في الأدمة .

المعالجة : يفيد التطبيق الموضعي المديد للترتينون *Tretinoin* . وفي الحالات الصعبة يمكن تجربة تحريف أو كشط الجلد ، والحماية من الشمس باستعمال دوائيات الشمس واسعة الطيف .

الجلد الليموني (ميلان ١٩٢١) *Lemon Skin*

المرادفات : جلد ليموني (*Peau Citrine*) .

تحدث تغيرات جلدية سافعة متميزة بعد التعرض المديد للشمس . يشاهد في بعض الحالات حدوث عائلي للمرض . يشخن جلد الوجه وتزداد فيه التجاعيد ويكون بلون أصفر منتشر .

المرانوية القرنية في النهايات : (كوستا ١٩٥٦)

: *Acrokeratoelastoidosis*

المرادفات : المرانوية القرنية في النهايات الهامشي باليد ، المرانوية القرنية في النهايات الثؤلولي الشكل ، لويحات اليدين والقدمين الكلاجية .

الحدوث : وصف هذا المرض النادر لأول مرة في أمريكا الشمالية . ولكنه يحدث أيضاً في المناخات المعتدلة . يتأثر بهذا المرض بعض الحرفيين من العاملين خارج المكاتب . لهذا المرض أرضية وراثية تنجم عن وراثة بصبغي جسدي سائد والحدوث العائلي عديد . قد يكون للتعرض المديد للشمس والرضوح الفيزيائية دوراً في حدوث المرض .

الإمراض : العيب المركزي هو حدوث مران مع إختلال في الألياف المرنة ، وتوسع بالشعيرات ، وفرط تفرن شواكي *Acanthohyperkeratosis* تفاعلي محدد في البشرة ، قد ينجم عن رضوح صغرية وإشعاعات شمسية . يصنف بعض المؤلفين هذا المرض بين التفرانات .

الموجودات السريرية : يميل هذا المرض للتوضع في المناطق الانتقالية بين راحة اليد وظهرها فوق المشط الأول والإبهام ، ووصفت تغيرات مشابهة على ظهر وأخصص القدم . يكون التفريق عن الأماكن الجلدية السليمة واضحاً . تشاهد في

الدخينة الغروانية (واجنر ١٨٦٦) Colloid Milium :

المرادفات : المران الغرواني المَكُوم Elastosis Colloidalis Conglomerata ، تنكس الجلد الغرواني .

التعريف : هو مران كاذب يتضمن حالتين : الشكل الخاص بالأحداث ويورث بصيغي جسدي سائد ، ويحدث عائلياً وغالباً عند البلوغ ؛ والشكل الخاص بالبالغين أو الشكل الشمسي ، ويحدث بشكل رئيسي لدى أفراد يتعرضون لأشعة الشمس بشكل مزمن ، ولمواد كيميائية ذات تأثير ضوئي - دينمي Photodynamic ، مثال : بعد الاستعمال المديد للهيدروكينون .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : تحدث أولى التغيرات في قمة حلقات الأدمة فتزداد ببطء كمية المادة الغروانية المتجانسة . وقد ظن بأن هذا شكل من أشكال تنكس النسيج الضام كالمران ، إلا أن الغراء لا يتصبغ بأصيغة الألياف المرنة كما وأن تركيب الحموض الأمينية يشبه بروتينات المصل . من المحتمل أن يكون هذا بروتين تصليبي أنتجته الأرومات الليفية . ويمكن عن طريق البنية المستدقة التفريق بين المادة الغروانية تفاعلية الباس (PAS) والمادة النشوانية Amyloid . تكون المادة الزجاجية Hyaline في الداء البروتيني الشحماني Lipoid Proteinosis ، (التنكس الهيايني في الجلد والأغشية المخاطية) إيجابية بشدة تجاه الباس (PAS) ولكنها تحتوي أيضاً على الدهون .

الموجودات السريرية : تتوضع الآفات في القوس الوجني ، وعلى جوانب العنق ، وعلى الأذنين ، وظاهر اليدين . تكون الآفات نسبياً أقل على الأنف ، والشفة العلوية ، والذقن ، والمنطوق الباسطة للمساعد . تشاهد العديد من الحطاطات المصفرة الطرية الشفافة بقطر ٠,٢ - ٠,٥ سم متوزعة بشكل متناظر أو بمجموعات . ويمكن أحياناً إخراج كتلة هلامية عنوة بعد وخز الآفة . وهذا يختلف عن حالة المران السافع . يمكن للحطاطات المتعددة أن تندمج في لويحة ، أو تمر بمرحلة تشكل حويصلي كاذب . تحدث أحياناً الدخينة الغروانية مترافقة مع المران السافع .

السير : تبقى التغيرات ثابتة بعد ترقى الآفة في مدة ٢ - ٥ سنوات .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الظهارومات الشعرية Trichoepitheliomas ، والكيسومات العرقية Hidrocystomas ، والغدومات العرقية ، والغدوم الدهني ،

سحق نصابة حطاطات ذات تسرر مركزي أحياناً ، تتجمع ككفة ، ويسود أبيض عاجي ، وتكون صغيرة وقاسية . يوضح بنعانة بالشفوية Diascopy اللون المصفر (القرن و قرن) . قد يختلف مظهر الحطاطات ، فقد تكون الحطاطة كبيرة حجم وعديدة الأضلاع أو معينة الشكل ، مع مظهر حرر في مسطح مستوي أو ثلثولي متقرن . (راجع الشكل ١٨ - ١٩) .

انتشريح المرضي النسيجي : يشاهد ثخن في البشرة مع شواك Acanthosis ، وفرط تحبب Hypergranulosis ، وفرط تقرن . يشاهد في الأدمة مران وكلاجين هيايني ، وتوسع الشعريات .

تشخيص التفريقي : يفرق عن الصفروم المسطح .

المعالجة : غير ممكنة .

العقيدات المرانية لوترة الأذن (كارتير - كونستانتين - وبسولي ١٩٦٩) Elastotic Nodules of the Anthelix :

تحدث أحياناً عقيدات مصفرة على وترة الأذن بعد التعرض زمن شمس . ونسجياً فهي أشكال محددة للمران . التشخيص التفريقي : تفرق عن سرطانة الخلايا القاعدية ، وعقيدات الأذن المؤلمة ، والثوف النقرسي Gout Tophi ، وخبيثه الحنقي . ينصح بإجراء الفحص النسيجي . المعالجة : غير ضرورية .

مران أشعة رونتجن Roentgen Elastosis :

سردفات : مران لأشعة سينية (X) . المران الشعاعي Radioclastosis .

يحدث هذا الداء نتيجة التهاب الجلد المزمن الشعاعي ويقود إلى حدوث تغيرات واسعة في النسيج الضام الجلدي . وعلى غرار ما يحدث بعد التعرض المزمن للشمس ، فإنه تزداد المادة ليفية الأسنة (ألياف المران بعد التعرض للأشعة السينية) ، ويدعى هذا مران رنتجن . تتوافق مع هذه التغيرات البقع مصفرة في تبكل جلد الناجم عن التهاب الجلد الشعاعي .

المران اليوريمي Uremic Elastosis :

تشاهد تغيرات في النسيج الضام لدى المرضى المصابين باليوريميا المزمنة . يوجد ازدياد في الألياف المرنة الأدمية (المران) ، وتشاهد حتى في المناطق غير المعرضة لأشعة شمس بشكل مزمن .

العيون : يستشير طبيب العيون حوالي ثلثي عدد المرضى بسبب اضطرابات الرؤية في سن بين ٢٠ - ٤٠ سنة ، ولأن التغيرات الجلدية غالباً ما تكون عديمة الأهمية ولا تسبب أعراضاً . تشاهد تبدلات في قعر العين كظهور حالة رمادية في محيط القرص البصري ، وأتلام وعائية الشكل Angioid Streaks (كتاب Knapp ١٨٩٢) ، وهي خطوط متشعبة صفراء - رمادية إلى سوداء وبأحجام مختلفة . تشاهد أيضاً تغيرات بشكل متناثر أو لصوق Plastered . تكون التغيرات العينية متناظرة . وقد تحدث نزوف في الشبكية وفي مشيمة العين .

الموجودات المجموعية : تحدث تغيرات وعائية وصفية في القلب والشرابين الكبيرة ، كما يشاهد أيضاً فرط ضغط الدم ، وتصلب شرايين ، والتهاب العضل القلبي ، والتهاب الأبر ، وذئبة صدرية Angina Pectoris ، وسكتة وعائية دماغية Cerebral Vascular Accident ، ونزوف في الأعضاء الداخلية (لاسياً الأعضاء المعدية - المعوية ، والقناة البولية) . تشير هذه التغيرات إلى وجود مرض متعمم في النسيج المرن أشار إليه غرونبلاد وسترانديرخ عام ١٩٢٩ .

التشريح المرضي النسيجي : تقتصر التغيرات على الألياف المرنة حيث تنتفخ وتفتت إلى أقسام صغيرة . وتوضع غالباً في مجموعات صغيرة بين الألياف الكلاجيلية الطبيعية . يمكن للألياف المرنة المصابة أن تكون غنية جداً بأملح الكلس وتتصبغ بالألوان الأسمة (صباغ فون كوستا) وتحتوي على البروتيوغليكان الحمضي (تفاعل هالي - باس Hale - PAS) . تظهر دراسات المجهر الإلكتروني تغيرات بنيوية خشنة وتشذف الألياف المرنة وأباتيت الكالسيوم . والأنلام الوعائية عبارة عن تغيرات مماثلة في غشاء العين المرن المتمزق (طبقة بروش Bruch) ، وفي الطبقة المرنة للشرابين الشبكية . وتشاهد تغيرات شديدة في الشرايين المرنة .

التشخيص : إن فحص خزعة من المنطقة المصابة يحسم التشخيص . والمهم هو تقييم مدى الانتشار المجموعي . المسير : يتقدم المرض ببطء ولا يحدث تراجع . قد تضمر الآفات قليلاً وتبدي طيات من غمط الجلد الرخو .

الإنذار : يعتمد على شدة التغيرات في الجهاز القلبي الوعائي . تحدث اضطرابات رؤية شديدة قد تصل لدرجة العمى لدى أكثر من ٧٠٪ من المرضى المصابين بتغيرات في العين .

المعالجة : تطبق المعالجة العرضية للحد الأقصى الممكن . ولقد خابت الآمال في محاولات المعالجة بالفيتامين (E) ، أو بالمرکبات الخالبة للکلس (EDTA) لتحطيم أملاح الكلس المرتبطة بالمرنة Elastic . ويمكن استئصال الآفات المزعجة .

والداء النشواني ، وداء الزؤان الشمسي ، والمران السافع . هذا وإن الفحص النسيجي مهم جداً في التشخيص التفريقي .

المعالجة : ينصح باستعمال الحرارة النافذة Diathermy ، والكشط ، والمعالجة القرية Cryotherapy ، غير أن هذه المعالجات لا تقود عادة إلى نتائج مقبولة . يجرب كشط الجلد والاستئصال الجراحي للآفات الكبيرة .

الصفروم الكاذب المرن (داريه ١٨٩٦)

: Pseudoxanthoma Elasticum

المرادفات : تمزق النسيج المرن المتعمم والجهازى Elastorrhexis generalisata et systemica (تورين) ، الصفروم الكاذب المرن مع أتلام وعائية ، متلازمة غرونبلاد - سترانديرخ .

التعريف : مرض جهازى ورثي يصيب النسيج الضام المرن . وقد اعتبر بالأصل محصوراً في الجلد ، لكن تبين أن مظاهر المرض تشاهد في نسيج الجلد المرن ، والعيون ، والجهاز القلبي الوعائي .

الحدوث : نادر ، وغالباً عائلي . وصفت أشكال مورثة بصبغيات جسمية سائدة وبصبغيات جسمية صاغرة .

الإمراض : هو معمم يصيب النسيج المرن ، مجهول السببات . تتكسر الألياف المرنة وتشذف أو تتورم وتشاهد ترسبات مميزة من أملاح الكلس وزيادة في البروتيوغليكان الحمضي . وقد افترض وجود خلل في تركيب أو تحلل المادة المرنة الاستنادية (الإيلاستين) .

الموجودات السريرية : بما أن المرض هو خلل معمم في النسيج الضام ، فإن مظاهره تشاهد في العديد من الأعضاء والأنسجة المحتوية على الإيلاستين . يبدأ المرض عادة قبل سن الثلاثين سنة .

الجلد : تكون الآفات متناظرة ، وهي حطاطات قاسية مستديرة ، بيضوية ، أو خطية تتلازق فتشكل لويحات ، وغالباً ما تكون في البداية بلون بنفسجي ، ثم تصبح مبيضة أو مصفرة وحتى برتقالية ، ومن هنا جاءت تسمية الصفروم الكاذب . يكون سطح الجلد المصاب غير منتظم وذوي قوام طري ، متهدل ، وغير مرن . تتأثر بشكل رئيسي جوانب العنق وثنيات المفاصل (الإبط ، المرفق ، المعين ، والحفرة المأبضية) ، وجوانب الذراع ، والسرة . وإن بسط الجلد بين الأصابع يبرز الحطاطات الصفراء . يمكن أن يشاهد تهدل جلد . ويسمى الجلد المصاب أيضاً بجلد الدجاج المتتوف . (راجع الشكل ١٨ - ٢٠) .

نصفروم الكاذب المرن الناجم عن النترات (كريستنين ١٩٧٨) Nitrate - Induced Pseudoxanthoma Elasticum :

- رتعت : شكل مختلف خارجي المنشأ للصفروم الكاذب
- يشاهد عند المزارعين المسنين هو : الصفروم الكاذب
- موضع : أشارت تقارير من اسكتلندا عن تغيرات في
حد تنسج الصفروم الكاذب المرن ، وتعزى إلى عوامل
حرجية . يكون انداء مقتصر على الجلد ولا تصاب الأعضاء
- حية كما لا توجد أتلان وعائية . ولقد حدثت تغيرات جلدية
- سم استعمال نترات الكلس في الأسمدة خلال ٣٠ - ٥٠
عمر مضى . وتناثر بشكل خاص المنطقة أمام المرفق
antecubital . تماثل هذه التبدلات الجلدية الصفروم
ككذب مرن نسيجياً ومريئياً . يميز كلا المرضين وجود
- د - ذبائيت Apatite في النسيج الضام . ويعرف أيضاً
شكل من أشكال الصفروم الكاذب الموضع دون وجود أية
سوى متعرض للنترات .

قران الثاقب الساعي (لوتز ١٩٥٣ ، ميشر ١٩٥٥) : Elastosis Perforans Serpiginosa

- ردت : الورم المرن داخل الحليات الثاقب الثؤلولي الشكل
ميشر ،) ، القران الجريبي الساعي (لوتز ،) ، الورم المرن
تق .

خفوت : نادر جداً ، يبدأ ظهور المرض بشكل رئيسي لدى
نصيب ويندر بعد سن الأربعين ، ويصيب الذكور بشكل
رئيسي .

إمراض : يحدث هذا الجلاد Dermatosis إما بسبب وراثية
صغفي جسدي سائد ويكون لوحده ، أو أنه يحدث مع
مرض أخرى مثل متلازمة اهلر - دانلوس ، ومتلازمة
مارفان ، والصفروم الكاذب المرن ، ومتلازمة روثوند أو
تومسون أو داوون أو في داء تكون العظم الناقص . وقد يظهر
مرض بشكل عفوي في داء ويلسون أو يحرق عند المعالجة
بالبنسيلامين - د . وحسب رأي ميشر ، يحدث فرط تنسج
محدد في الألياف المرنة في الحليات الأدمية مع بلى فيزيولوجي
Necrobiosis في الحزم المرنة يتم التخلص منها عبر البشرة .

الموجودات السريرية : يميل المرض للظهور في الرقبة والحدود
والأضراف . تشاهد آفات ذات حافات حلقة ودائرية وساعية
مع ميل للتقدم نحو المحيط والشفاء المركزي ، وتتكون من
حطاطات ضيقة وقاسية ومتقرنة أو ثؤلولية الشكل بلون أحمر
وقد بين ٢ - ٥ ملم تتوضع بجوار بعضها . وقد تكون
مجموعات . (راجع الشكل ١٨ - ٢١) .

التشريح المرضي النسيجي : يحدث ببق للمادة المرنة عبر البشرة
وغالباً ما يكون حول الجريبات أو من خلالها . يشاهد ثخن
تفاعلي في البشرة شواكي - مفرط التقرن .

الإنذار : يوضع يحذر لأن المرض قد يتواجد لأكثر من عدة
سنوات . وقد لوحظ تراجع تلقائي مخلفاً ضموراً جلدياً . قد
تتكون جدر Keloid وبشكل خاص بعد التداخل العلاجي
النشط .

التشخيص التفريقي : يفرق عن فرط التقرن الراجحي الأنحصى
المحدد البقمي (داء كيرل) ، وعن الحبيوم الحلقي الشاقب ،
والورم الكلايجيني الشاقب الثؤلولي الشكل (لوجيه -
ورينجر) .

المعالجة : يمكن استئصال المناطق المزعجة جمالياً ، كما ينصح
أيضاً باستعمال الأروت السائل . ويمكن تجربة استعمال
ضخادات كتيمة أو حقن الستيروئيدات القشرية داخل الآفة .

التهاب الجلد الأطراف المزمن المضمر : Acrodermatitis Chronica Atrophicans

هذا الداء الخمجي الناجم عن الإصابة بالبورلية Borrelia
Burgdorferi قد سبق وصفه في الفصل الرابع .

ضمورات الجلد الثانوية الأخرى وتبكلات الجلد :

يمكن للعديد من الأمراض الجلدية أن تنتهي بالضمور أو
تتبدل الجلد . وغالباً ما يصعب وضع التشخيص الأصلي
سريراً أو نسيجياً من الحالة النهائية . غير أنه يمكن التفكير
ببعض الأسباب المحتملة كالرضح (الآلي ، الكيمياوي ،
الحراري ، الشعاعي) ، والذأب الحماسي ، والتهاب الجلد
والعضل ، والذأب الشائع ، وداء الفطار الفطري Mycosis
Fungoides ، وورم هودجكين للمفاوي الجلدي ، ونظير
الصداف ، خطل التقرن المتبدل ، والحزاز المسطح .

تبكل الجلد الوعائي المضمر (جاكوبي ١٩٠٦) : Poikiloderma Vascularis Atrophicans

هذا المرض ليس جلاداً Dermatosis مستقلاً ، لكنه
بالأحرى حالة نموذجية شكلية نهائية تصنف على أنها تبكل جلد
ثانوي . تشاهد الصورة النموذجية من تبكل الجلد في هذا المرض
مع مساحات واسعة من جلد ضامر ، شبكية أو مخططة مع
فرط التصبغ أو غيابه ، وتوسع شعيرات عديدة ، وقد تتواجد
حطاطات صغيرة حزازانية وتوسف نخالي الشكل . والأمراض
الرئيسية المسببة هي داء الفطار الفطري ، ونظير الصداف .

الكلاج (الداء المغراوي) الناشط الثاقب (مهرجان ، وشوارتز ، وليفنغود ١٩٦٧) Reactive Perforating Collagenosis :

التعريف : هو عبارة عن مرض نادر جداً يحدث عقب رضح سطحي ، لدى الأطفال عادة .

الحدوث : تظهر التبدلات الجلدية إثر إصابات طفيفة وقد تستمر حتى سن البلوغ . وتشير زيادة نسبة حدوث هذا الداء لدى التوائم إلى خلفية وراثية .

الإمراض : إثر رضح زهيد يحدث تنكس في النسيج الضام في الحليما الجلدية حيث يتم التخلص منها عبر البشرة بوقت لاحق ، كما يحدث تفاعل التهابي .

الموجودات السريرية : تشاهد حطاطات متقرنة ، ١ - ٢ ملم ، وتوضع إما منفردة أو بترتيب خطي . تنمو هذه الحطاطات ببطء حتى ٣ - ٥ ملم وعندئذ تظهر فيها حفرة مركزية مع تشكل سدادة قاسية ، متقرنة ، وملتصقة . تزول الآفة بعد ٢ - ٦ أسابيع مخلقة وراءها بقعاً ناقصة التصبغ .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد التهاب مزمن مع تنكس كلاجين أسي يتم التخلص منه إلى الخارج عبر البشرة المتمزقة المفرطة التقرن .

التشخيص التفريقي : يفرق عن المران الثاقب الساعي أو الحبيسوم الحلقي الثاقب ، وفرط التقرن الراحي - الأخصي المحدد والعظموم Osteoma الثاقب ، والكلاس الجلدي Calcinosis cutis .

الحزاز التصليبي الضموري (هالويو ١٨٨٧ ، داريه ١٨٩٢) Lichen Sclerosus et Atrophicus (LSA) : المرادفات : الحزاز المتصلب ، الحزاز الأبيض ، داء البقع البيضاء White - spot (جونسون وشيرويل ١٩٠٣) .

التعريف : هو جُلال مجهول السبب يتكون من بقع جلدية صغيرة بيضاء ضامرة ، وقد تتلاق هذه البقع لتحدث بؤراً أكبر ، مع فقدان الألياف المرنة وتقرن جريبي .

الحدوث : نادر نسبياً . ويشاهد عادة لدى نساء في سن ٤٠ - ٦٠ سنة . ويحدث بشكل نادر لدى الأطفال ، وعندها يسود حدوثه لدى الفتيات . يتوضع عند الذكور على حشفة القضيب Glans Penis وعلى القلفة Prepuce في أغلب الحالات . وقد شوهد المرض بشكل استثنائي فقط لدى السود .

السببيات : مجهولة . وصف حدوث المرض لدى بعض العائلات في حالات معزولة . ويشاهد مترافقاً مع الحزاز

المسطح ، والقشبية ، والذأب الحمامي في حالات نادرة ، وفي التغيرات الجلدية في حالات الطعم المزمن - ضد - الثوي Chronic Graft - Versus - Host .

الموجودات السريرية :

التوزيع والتوزع : قد تكون الآفات منتشرة أو محدودة . تميل الآفات للظهور في جوانب العنق ، ومنطقة الترقوة ، والمنطقة بين وتحت الأتداء ، وجوانب الأذرع الانثنائية ، والأكتاف ، والأعضاء التناسلية لاسيما الفرج والقلفة وحشفة القضيب . يُحدث الحزاز التصليبي في المنطقة الشرجية لويحة كثقب المفتاح . ويجب فحص جميع هذه المناطق في الحالات التي يشك فيها في حدوث هذا المرض .

الموجودات الجلدية : في البدء ، تشاهد بشكل استثنائي حطاطات حامية معزولة . والموجودات النموذجية هي عبارة عن آفات ضمورية دقيقة كالحزف أو تميل أكثر للون الأبيض المزرق ، وتكون مستديرة أو بيضوية ، ومسطحة ، وبقد يصل حتى ٥،٠ سم ، وقد تندمج محدثة مساحات كبيرة إلى حد ما ذات شكل لا منتظم . تبدي هذه الآفات أحياناً حوافاً نهائية بلون السيكلما (لون زهري محمر) . وتشاهد في الآفات الأقدم تجمعات في السطح ورقية الشكل وفرط تقرن جريبي زؤاني الشكل ووصفي . تنفصل البشرة في حالات نادرة مع تشكل نطفات Blisters نزفية . لا يوجد جُسُور (Induration = قساوة) واضح أو حكة أو أية أعراض شخصية (subjective) .

الأغشية المخاطية : تظهر آفات نادرة كبقع مبيضة تتوضع على أغشية الحدين المخاطية .

الأعضاء التناسلية : تتكون الآفات التناسلية في منطقة الفرج والقلفة وحشفة القضيب من بقع بيضاء ضامرة مع إنكماش ندبي واضح في الغالب . تنمو أحياناً حويصلات نزفية لا تلبث أن تشفى مخلقة ندبات في مكانها . سريرياً : تشبه هذه الآفات تلك الموجودة في لَطْع الفرج Kraurosis Vulvae ولَطْع القضيب . وإن التهاب الحشفة الجاف المسد (ستوهر ١٩٢٨) Balanitis Xerotica Obliterans والذي تم وصفه كداء مستقل مع انكماش ندبي في منطقة القلفة واللحم Frenulum والحشفة وفتحة الإحليل . يجب أن يصنف أيضاً كحزاز تصليبي ضموري . عندما تصاب الحشفة حول فتحة الإحليل يحدث تضيق مع انقباض بولي مزمن . ويمكن للتغيرات التناسلية أن تبس حكة شديدة . (راجع الأشكال ١٨ - ٢٢ ، ١٨ - ٢٣ ، ١٨ - ٢٤ ، ١٨ - ٢٥) .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد ثخن أولي ثم ضمور بشرة

الحزاز التصليبي الموضع على منطقة الأعضاء التناسلية عند الرجال .

المعالجة الجراحية : إذا حدث شك بحدوث سرطان الخلايا الوصفية في منطقة الفرج فيجب أخذ خزعة يتلوها استئصال واسع عند الضرورة . يوصى بالختان في التغيرات الندية التي تصيب القلفة كما يوصى بشق فوهة الإحليل عند تضيقها .

تصلبات الجلد Sclerodermas :

التعريف : آفة مزمنة مجهولة السبب تبدأ بأعراض التهابية يتلوها تصلب مع إصابة الأحشاء أو دونها . الإنذار جيد في الأشكال الموضعية ولكنه خطير في الأشكال المجموعية . يمكن تمييز نوعين من الإصابة اعتماداً على الانتشار والسير والإنذار رغم وجود مظاهر نسيجية مشتركة وهما :

- تصلب الجلد الموضع أو المحدد .

- تصلب الجلد المجموعي المترقي .

وهناك بعض أشكال تصلب الجلد التي تشابه المرض المذكور إلا أنها ذات سببيات معروفة ويطلق عليها اسم تصلب الجلد الكاذب أو متلازمات تصلب الجلد .

إن تغيرات الجلد التصليبية المحددة والتي تذكّر تصلب الجلد ، يجب أن لا تلتبس بهذا المرض ، ويطلق عليها أحياناً اسم التغيرات الجلدية الشبيهة بتصلب الجلد ، ومثالها سرطانة الخلايا القاعدية القشعية الشكل .

تصلب الجلد الموضع Localized Scleroderma :

المرادفات : تصلب الجلد المحدد Circumscribed Scleroderma ، القشعية Morphea .

الحدوث : نادر نسبياً ، ويغلب حدوثه في النساء بنسبة ٢ : ١ - ٣ : ١ . ويحدث خاصة في الأعمار الشابة (٢٠ - ٤٠ سنة) ، وتظهر الإصابة تحت سن العشر سنوات في ١٥٪ من الحالات .

السبب : مجهولة ، وقد اهتمت الرضوح في بعض الحالات الفردية ، كما يشك بإسهام العوامل الوراثية والمناعية والمهرمونية والحماض الراشحة والسموم والعوامل العصبية والوعائية في حدوث المرض ، إلا أنه لم يثبت بعد دور أي منها . وقد ظهرت إشارات حديثة إلى إمكانية وجود دور لحمج البورلية البورغ دورفيري Borrelia Burgdorferi في بعض الحالات المرضية على الأقل .

الموجودات السريرية : تكون الآفة الأولية في تصلب الجلد

مع ورم تقرن جريبي . ويوجد تحت هذه مباشرة منطقة فاقدة روية مع نسيج ضام متوذم زجاجي Hyalinized . ويشاهد تحت لودمة شريط حول الوعاء من رشاحة لمفاوية . قد تؤدي بؤمة لتوسع إلى انفصال البشرة مع تآكل الأوعية الشعرية وضوح دموي وتشكل نغطات نزفية تحت البشرة .

السير والإنذار : يكون السير مزمناً وأحياناً متقطعاً والتوقف لا يتقني ممكن في أي وقت ، أما الضمور فلا يتراجع . وإذا ترمن المرض مع طولانية في منطقة الفرج أو القضيب فمن محكن أن تظهر سرطانة الخلايا الوصفية . تترافق بعض الحالات مع نداء السكري .

التزامن مع أمراض جلد أخرى : التزامن ممكن مع تصلب حسب الموضع (القشعية = Morphea) . يشاهد بشكل نادر مع خزاز المسطح ، والذئب الحمامي . ويشاهد أحياناً مع لبق Vitiligo . وعندما يصاب الفرج فمن الممكن أن يحدث صوان Leukoplakia .

التشخيص التفريقي : يفرق عن القشيعات النقطية Guttate Morphea (ولكن بالفحص النسيجي يكون النسيج المرن محفوظاً) ، ويفرق عن الحزاز المسطح الضموري النقطي ويمكن أيضاً تفرقه بالفحص النسيجي) .

المعالجة : ليست مؤثرة .

لعالجة الجهازية : لا تستطب الستيرويدات القشرية السكرية لأن فائدتها غير أكيدة . وإن تجارب إعطاء الفيتامين (آ) أو فيتامين (E) أو الكلوروكين لم تؤدي إلى نتائج مقنعة . كما تم تجربة الريتينويدات العطرية Aromatic Retinoid عند البالغين كالإتريتينيت Etretinate والإيزوتريتينين Isotretinoin .

لعالجة الموضعية : يوصى باستعمال كريمات أو مراهم ستيرويدات القشرية السكرية مع مستحضرات موضعية تحوي إضافات من الهيبارين أو الاستروجين . ويمكن أيضاً استعمال الستيرويدات القشرية السكرية تحت ضمادات مغلقة أو بحقنها داخل المنطقة المصابة كمعلق بلورات أسيتونيد التريامسينولون ١٠ ملغ/مل بمدد بنسبة ١ : ٣ - ١ : ٥ في محلول فيزيولوجي ملحي أو مع مخدر موضعي . وإن طريقة المعالجة الأخيرة تخفف إلى حد كبير من حكة الأعضاء التناسلية ، وهي طريقة العلاج المثل لها . لقد ثبتت فائدة تبديل المعالجة اليومية بين الستيرويدات القشرية السكرية والهيبارين في أمراض حشفة القضيب والفرج . يعالج حزاز الفرج التصليبي الضموري أيضاً بمراهم الإستروجين . ويوصى باستعمال مستحلب الماء في الزيت لبروبيونات التستوستيرون ٢٪ لمعالجة

الحدوث في هذا المرض . (راجع الشكل ١٨ - ٢٨) .

تصلب الجلد الخطي Linear Scleroderma : تظهر على الأطراف آفات خطية شريطية الشكل تأخذ اتجاهاً طويلاً وقد تتوضع أثناء امتدادها فوق المفاصل كشرائط متصلبة قاس يتسبب بتحدد الحركة . قد يحدث ضمور في العضل والعظام في المناطق المصابة عند الأطفال (الفحص بالأشعة السينية ، مخطط كهربائية العضل) . إن القشيعات التوصيلية المتعممة المقعدة لدى الأطفال عبارة عن اجتماع قشيعات خطية مع قشيعات متعممة ، وقد تصيب الأعضاء الداخلية وتكون مترقية .

تصلب الجلد على شكل ضربة السيف Scleroderma En Coup De Sabre :

يتوضع هذا الشكل الخاص من تصلب الجلد الخطي في المنطقة الجبهية - الجدارية ، وهو مرض غير نادر الحدوث ، يمتد من الحواجب إلى داخل فروة الرأس ويكون اتجاهه جُنُب الناصف Paramedian ويقود إلى تشكل حاصة Alopecia دائمة . يشاهد في بعض الحالات ضمور انخسافي Depressed خطي يصيب العظم تحت منطقة الآفة ، فيقود إلى تشكل مظهر شبيه بمجرح ضربة السيف (وهذا سبب تسمية المرض) . من النادر جداً لهذه الآفة أن تحدث بالجانبين . وقد وصفت تبدلات في مخطط كهربائية الدماغ (EEG) . وعندما يميل توضع الآفة بشكل أكثر إلى أحد جوانب الرأس أو على الذقن فقد تتكون صورة شبيهة بضمور الوجه الشقي . (راجع الشكل ١٨ - ٢٩) .

تصلب الجلد الموضعي العقيدي Nodular Localized Scleroderma :

تشاهد في هذا الشكل النادر آفات عقيدية هي آثار لجذرات Keloid ، ولهذا كان من المرادفات اسم القشيعات الجدرية . قد تشاهد قشيعات نموذجية مما يساعد في وضع التشخيص . يشاهد بالفحص النسيجي وجود نسيج مرن سوي على عكس ما يشاهد في الجدرية .

تصلب ما تحت الجلد (القشيعات العميقة) Subcutaneous Scleroderma (Morphea Profunda) :

يتميز هذا الشكل الخاص بالتوضع الانتقائي للتصلب في الجزء الحاجزي من النسيج الشحمي تحت الجلد وفي الطبقات العميقة للأدمة ، ولهذا السبب لا تشاهد الحماسى الليفية الخاصة بالحلقة الليفية . تشاهد سريرياً تبدلات جلدية عقيدية أو كالجدرية ، وتقود إلى انكماش أو تبارز الجلد والتصاقه بالأنسجة العميقة كما في اللقافات Fascias .

تصلب الجلد الموضعي لللفافات (تصلب اللقافات) Localized Scleroderma of the Fascia (Sclero - fascia) :

يوصف هذا الداء بأنه تصلب جلد موضعي يصيب

الموضع على شكل بقعة حمامية ملتية بشكل معتدل ، ثم تختفي الحماسى ويظهر في مركزها لويحة قاسية ذات لون أبيض مصفر أو عاجي . ثم تزداد صلابة الجلد في تلك المنطقة وتأخذ لوناً عاجياً لماعاً وتلتصق بالأنسجة العميقة وتحاط بحمامى بنفسجية مزرققة تدعى الحلقة الليفية (lilac ring) . ويكون هذا الجسور (قساوة = Induration) لا عكوساً غالباً ، ويتطور مع الزمن إلى ضمور مع فقدان الأشعار والغدد الزهمية وتبدلات لونية في منطقة الآفة (فرط أو نقص التصبغ) . تكون الفحوص المخبرية سوية عادة مع إيجابية أضداد النوى Antinuclear Antibodies أحياناً ، وخاصة في القشيعات الخطية والمعممة .

تُميز عدة أشكال سريرية لتصلب الجلد الموضع حسب حجم ونوع وعمق الإصابة الجلدية .

القشيعات Morphea : وتتألف من آفة وحيدة أو متعددة ويترأخ حجمها بين قطعة نقدية وراحة اليد أو أكثر وتتقي عادة الجذع في توضعها . (راجع الشكل ١٨ - ٢٦) .

القشيعات النقطية Guttate Morphea : وتتميز بآفات توصيلية بيضاء مصفرة مبعثرة بسطح لامع وحافة ليلية وقد يصعب تفريقها عن الخزاز التوصيلي الضموري . لا يشاهد فيها فرط تقرن جريبي وتكون الركيزة النسيجية Histological Substrate حاسمة .

تصلب الجلد الموضعي الحماسي Erythematous Localized Scleroderma :

ويدعى أيضاً ضمور الجلد الغامض والمترقى (Atrophoderma Idiopathica et Progressiva) (بيرني وباسيني ١٩٢٣) . وهذا الشكل نادر ويتظاهر بعدة آفات مدورة حمامية بلون السيكلاما (cyclamen - colored) وبحجم عدة سانتيمترات تدعى الشكل الليفكي (كوجيرو) ودون وجود تصلب جلدي أو إذا وجد فيكون خفيفاً جداً . ثم يضمحل الجلد وينخسف ويتصبغ أحياناً في الآفات واضحة الحدود . وهذا عبارة عن تصلب جلد محدد وسطحي جداً . وقد يشاهد مرافقاً لتصلب الجلد الموضع الوصفي . (راجع الشكل ١٨ - ٢٧) .

القشيعات المعممة (تصلب الجلد) Generalized Morphea (Scleroderma) :

يتميز تصلب الجلد الموضع المنتثر بوجود آفات عديدة تتعمم في الأشكال الشديدة ، وقد تقود إلى تحدد الحركة والتنفس لاسيما تحدد حركة الأطراف . لوحظت علامات التصلب الجهازية المتروقي في بعض الحالات لذلك ينصح باستقصاء هؤلاء المرضى ومراقبتهم حتى يمكن تقييم الوضع لأن الانتقال إلى تصلب الجلد المجموعي المتروقي ممكن

لسحب لعدم خففات . ويختار لتوضعه لفافات أغماد الأوتار على حياحي لتثبيت (الانقباضية) flexor sides في أسفل المرفعين . وسبب الانكماش والتحفظ Encapsulation . وسبب في نهاية تثبيت المفاصل الجلدي ، وكذلك ظهور عرج متلازمة النفق الرسغي Capral Tunnel Syndrome .

لتصريح المرضي النسيجي : تتكون التبدلات المبكرة من نسيج نقيوي غزير يحيط بأوعية الأدمة و/أو بالأوعية تحت حمة . ومن تورم وذمي في الحزم الكلاجية وفي بعض الأحيان يحدث التهاب السبلة الشحمية Panniculitis حاد ويترافق باللمفاويات والمصوريات والحمضات . يحذر من تطور الالتهابي إلى طور تصليبي ، حيث يحل النسيج عديم خلية محل النسيج الشحمي تحت الجلد . وتختفي الخلايا النسيجية ويصاحب عدد قليل من الأرومات الليفية بين حزم الألياف الكلاجية المتجانسة والسميكة وتكون مرتبة بشكل متوازي مع سطح الجلد . تضيق الأوعية وتضمحل الملحقات . وتختفي الخريبات الشعرية والغدد الزهمية بشكل شبه تام وتبقى هذه عضلات مقلقة الشعرة Arrectores Pili . وتصبح عند نعرة الناعمة eccrine محاصرة في مركز الأدمة الزجاجي تنصب . وتسلم الألياف المرنة من الإصابة عادة .

يشاهد في المجهر الإلكتروني تكون ناحي جديد للليفات كلاجين . ويوجد نقص في متوسط قطر الليفيات وزيادة في مدى الاختلاف في سماكتها ، إلا أن بنيتها تكون سوية . وتشاهد أيضاً سماكة بطانية وتثقيب Fenestration في الأوعية الصغيرة وتسلك الغشاء القاعدي .

السر والإنداز : تختلف شدة المرض ولا يمكن التنبؤ بها . وكقاعدة ، يتوقف المرض تلقائياً وتختفي الحلقة الليفية وقد يتراجع التصلب . تشير المعلومات المتوفرة إلى أن متوسط فترة مرض ١,٥ - ٤ سنوات للقشعية و ٥/ سنوات لتصلب جند المحد الخطي ، ويمكن للمرض أن يترقى خلال عقود زمنية .

المضاعفات : الإنذار جيد مدى الحياة ، ويعكس صفوه الآفات التضمورية الدائمة وإمكانية حدوث تشوهات (وخصوصاً في أشكال الخطية وأشكال ما تحت الجلد) ، ونجد حركة المفاصل المزعج . يمكن أن تظهر في بؤر قديمة من تصلب الجلد قرحات ضامرة بطيئة الاندمال لأسيا على الساقين . إن تواجد هذا الداء مع تصلب الجلد المجموعي المترقي نادر ، كما أن التحول إلى هذه الحالة الشديدة نادر أيضاً ، ولكنه يحدث في القشعية

المنتشرة أو المعممة . وقد يحدث التهاب عضل في المناطق المصابة .

المعالجة : غير ناجحة ، ونظراً لإمكانية حدوث الشفاء التلقائي فإنه يحذر من اتخاذ إجراءات شديدة .

المعالجة الجهازية : يوصى باستعمال الستيروئيد في حالات الانتشار الواسع المترافق بعلامات تدل على نشاط المرض (الحلقة الليفية الواضحة ، زيادة حجم الآفات الكبيرة) إما عن طريق الحقن اليومي بكميات ١٠ - ٢٠ X ١٠ وحدة دولية (IU) لمدة ٢ - ٤ أسابيع أو عن طريق الفم بكمية ١ - ٢ X ١٠ وحدة دولية ثلاث مرات يومياً . ينصح باستعمال الفينيتوين في أشكال تصلب الجلد الخطي ويبدأ بمقدار ١٠٠ ملغ ٢ - ٣ مرات يومياً ثم بمقدار ١٠٠ ملغ لمدة ٢ - ٣ سنوات مع مراقبة التأثيرات الجانبية . يمكن للأدوية المضادة للبرداء كالهيدروكسي كلوروكين أو بلاكوانيل ٢٠٠ ملغ يومياً أن تفيد في بعض الحالات الفردية .

المعالجة الموضعية : يمكن استعمال الستيرويدات القشرية السكرية على شكل مرهم أو تحت ضماد وافي . كما يمكن حقن داخل الآفات بمعلق تريسينولون اسيتونيد ١:٣ - ١:٥ . ويوصى باستعمال مراهم الهيبارين أو أشباه الهيبارين Heparinoids .

المعالجة الفيزيائية : يتوجب عدم نسيان المعالجة الفيزيائية في الأشكال الخطية المؤثرة في الأطراف للمحافظة على الحركة . ويمكن للمعالجة بالحرارة والتدليك أن تساعد في المحافظة على الحركة .

تصلب الجلد المجموعي المترقي

: Progressive Systemic Scleroderma (PSS)

(راجع الأشكال ١٨ - ٣٠ ، ١٨ - ٣١ ، ١٨ - ٣٢) .

المرادفات : تصلب الجلد المترقي أو المنتشر ، تصلب الجلد المنتشر والمترقي ، التصلب المجموعي .

التعريف : هو مرض مجموعي مجهول السبب ذو سير مزمن عادة وقد يسبب الموت خلال سنوات قليلة . يؤثر في النسيج الضام الحاوي على الأوعية الدموية ويقود إلى تصلب منتشر في الجلد والأعضاء الداخلية ، وغالباً ما تقدمه أو تصاحبه متلازمة رينو Raynaud .

الحدوث : المرض نادر الحدوث . تبلغ المراضة Morbidity في الولايات المتحدة ١/١٠٥ في المليون من السكان . أما عدد الحالات الجديدة فتبلغ ٣ - ١٢ حالة لكل مليون من السكان

سنوياً . لا تعرف للمرض اختلافات مناخية أو عرقية أو جغرافية وقد ثبت ترافقه مع مستضد هلا (HLA - B8) . ويظهر المرض لدى النساء أكثر من الرجال وبنسبة ١ : ٥ - ١ : ٣ . تزداد نسبة حدوث المرض مع تقدم السن وهو نادر جداً لدى الأطفال .

الإمراض : السبب مجهول . والعوامل الممكنة هي الاستعداد الوراثي ، واضطراب نظام الأوعية Vascular Regulation ، وظواهر مناعية خلطية وخلوية ، واضطرابات تنظيم تركيب الكلاجين . وسيتم ذكر بعض المشاهدات الفردية . لوحظت زيادة حدوث شذوذات في الصبغيات لدى أفراد العائلات المرضى منهم والأصحاء ، وقد وجد عامل في مصل المريض يمرض حدوث كسور في الصبغيات أثناء الانقسام الفتيلي Mitoses عند الأصحاء . ويفلب وجود مستضد هلا (HLA - B8) لدى المرضى الذين يأخذ سير المرض لديهم طريقاً وخيماً ، وتكون مناعتهم المتواسطة بالخلايا متأذية . وغالباً ما يشاهد في مراحل المرض الأولى انسداد الشرايين الإصبعية بسبب التكاثر البطاني مع اضطراب في وظيفة الوعاء . يشاهد غالباً خمود (Depression) في اللمفاويات (T) وتسميم خلايا المريض اللمفاوية ضد خلايا العضل والأرومات الليفية . وإن حدوث أضداد لمختلف المستضدات النووية دليل على تغير حالة المناعة الخلطية . تبدي الأرومات الليفية لمرضى تصلب الجلد معدلات أعلى لتركيب الكلاجين منها لدى الأشخاص ذوي الجلد الطبيعي وتكون نوعية الكلاجين مختلفة . ولقد سبق البحث في إمكانية وجود علاقة بين تجمع بحمة راشحة (مرض حمى راشحة بطيء) وإمراض تصلب الجلد . ويمكن للهدروكربونات الكلورة مثل كلور الفثيل أن يسبب متلازمة تصلب جلد .

الموجودات السريرية : هو مرض متعدد الأشكال ويمكن تفريق نماذج فردية حسب سير المرض ، مع أنها تتداخل ببعضها . واعتقاداً على التوضع البدني يمكن تفريق الأشكال المختلفة التالية :

- ١ - تصلب جلد الأطراف (النهايات) Acroscleroderma أو تصلب الأطراف (النهايات) Acrosclerosis .
- ٢ - تصلب الجلد المترقي المنتشر (وشكلها الخيث الحاد) .
- ٣ - متلازمة ثاييرج - وايسنباخ أو متلازمة كريست Crest Syndrome .
- ٤ - تصلب الجلد الحشوي دون إصابة الجلد .

إن حدوث أشكال عديدة انتقالية يشير إلى أنها أشكال مختلفة لمرض واحد .

توجد تصنيفات أخرى لتصلب الجلد المجموعي المترقي ، كالتصنيف التي تعتمد كلياً على الإصابة الجلدية وهي :

- النمط I : النمط الطرفي (القمي) Acral Type ، متلازمة رينو ، تصلب الأصابع .

- النمط II : النمط القاصي (البعيد) Distal Type : ظاهرة رينو ، تصلب الجلد ، توسع الشعيرات ، وإصابة الرئة ، والكلبي ، والقلب ، والقناة الهضمية .

- النمط III : النمط الجذعي Trunk Type : حدوث ظاهرة رينو ليست إجبارية .

يشاهد تصلب جلد منتشر يبدأ على الجذع وتصاب المفاصل والأحشاء (القلب ، الكلبي ، القناة الهضمية) مع حمى خفيفة .

واعتماداً على التشريح المرضي ، والاعتلال الوعائي - التصليبي - الالتهابي ، والموجودات الكيميائية - الحيوية يمكن تمييز نمطين رئيسيين :

- شكل وعائي .
- شكل التهابي .

هذا الشكل من التصنيف له أهمية بالنسبة للمعالجة .

الموجودات البادرية Prodomal Findings : في البدء قد تحدث بعض الأعراض اللاميزة ، كالتعب ، والصداع ، والمزاج المكتئب ، وارتفاع بسيط في درجة الحرارة ، كعلامات أولية لانوعية للمرض . وقد تظهر أيضاً أعراض في نهايات الأطراف . تتجلى هذه الأعراض خلال الفصول الباردة باضطرابات الحركة - الوعائية Vasomotor (ازرقاق الأطراف ، والجلد المرمري Cutis Marmorata) ، مع حساسية للبرد وأحياناً مذل (تشوش الحس كالحذر والفمل Paresthesia) .

متلازمة رينو Raynaud's Syndrome : هو عارض تشنجي وعائي يستثار بالبرد ويصيب بشكل خاص الأطراف العلوية ، ويرافق بثلاثة أطوار متوالية هي إقفار (نقص تروية) مؤلم و Painful Ischemia ، وازرقاق موضعي ، وتبيغ شرياني Hyperemia ، وتتواجد هذه المتلازمة كعلامة مبكرة لدى غالبية المرضى . إن ظاهرة رينو هي ثاني أكثر الأعراض حدوثاً بعد التغيرات الجلدية وتحدث في ٦٠ - ٩٠٪ من الحالات ، وبشكل خاص في تصلب جلد الأطراف (النهايات) .

Dysproteinemia ، وارتفاع عيارات أضداد النوى . وقد تشاهد أعراض التهاب المفاصل (نمط التهاب المفاصل الحمي) . ومن الممكن لهذا الشكل من المرض أن يتداخل مع التهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي . يحدث هذا الشكل المنتشر من تصلب الجلد بشكل متساو لدى الجنسين . والإنذار غير جيد لأنه قد ينتهي بالموت خلال ٣ - ٥ سنوات . ويؤدي الشكل الحاد الخبيث إلى الموت بسرعة خلال أشهر .

المجدول ١٨ - ٦ : أهم مظاهر تصلب الجلد المجموعي المترقي في الأعضاء

العضو	%	العضو	%
الجلد	٩٠ - ٩٥	التأمور	١١
ظاهرة رينو	٦٠ - ٩٥	الكلى	٣٥ - ٧٠
المسبل المعدي المعوي	٩٠	فرط ضغط الدم	٢١
المريء	٤٥ - ٧٥	فقر الدم	٢٧
المعدة	٦ - ٢٥	المفاصل	٢٥ - ٥٠
الأمعاء	١٠ - ٥٧	الأوتار - أعماق الأوتار	٢٥
الرئتين	٤٠ - ٩٠	العضلات الهيكلية	٢٠
القلب	٥٠ - ٩٠		

الموجودات الجلدية الأخرى : يشاهد توسع الشعيرات **Telangiectasia** ، ونقص أو فرط تصبغ بقعي إلى مخطط مع ضمور ينجم عنها تبكل جلد . تظهر تقرحات طرفية (قمية) إثر إصابات خفيفة . وتضمّر اللواحق الجلدية وتظهر على فروة الرأس خاصة تصليية جلدية ، وتحدث ترسبات كلسية جلدية أو تحت الجلد المتصلب في حوالي ٢٥٪ من الحالات . ويُثق كلس من الأصابع المدببة ، على شكل كتل سهلة التفتت .

إصابة الأغشية المخاطية : تشاهد على الغشاء المخاطي للفم بقع صغيرة أو كبيرة من التصلب والضمور . ويكون حجم الفم صغيراً والشفاه صغيرة **Microcheilia** . يصبح سطح اللسان ضامراً وناعماً وتحدد حركته لأن اللجيم **Frenulum** القاسي يصبح قصيراً بسبب تصلبه (تصلب اللجيم) . وقد تصاب أيضاً الأغشية المخاطية التناسلية (راجع الشكل ١٨ - ٣٣) .

إصابة الأعضاء الداخلية : تنجم المتلازمات السريرية المختلفة وسير المرض في هذا الداء عن اختلاف شدة إصابة الأعضاء الداخلية . تختلف المعلومات الإحصائية كثيراً بخصوص إصابة

تصلب جلد الأطراف (النهايات) **Acroscleroderma** ، تصلب الأصابع **Sclerodactyly** : يبدأ هذا الشكل في لأصابع أو المناطق الطرفية (القمية) وهو من أكثر المظاهر حدوثاً . تحدث ظاهرة رينو قبل أو مع حدوث وذمة عجينية نقواء . وتورم خفيف محمر في الأصابع واليد والساعد (الطور الوذمي) ، وقد تتأثر الأقدام أحياناً . وفي طور لاحق يصبح جلد مشدوداً وممطوطاً ولامعاً وشبهاً بالشمع ولا يمكن رفعه في طيات (الطور التصليبي) . تتحدد كثيراً حركة اليدين والقدمين بسبب انكماش الجلد التصليبي (التققع الجلدي المنشأ **Dermatogenic Contracture**) . وتصبح الأصابع مخلية بشكل بسبب التقلصات الانعطافية ، وفي النهاية يتعذر تحريكها . تشاهد غالباً نخرات صغيرة مؤلمة على رؤوس لأصابع وفوق المفاصل (نخرات عضلة الفأر **Rat-bite Necroses** ، وتخضع الأنسجة الرخوة والعظام إلى ضمور ضاغط . تبدو نهايات الأصابع مدببة (أصابع مادونا) ، أو مجذوعة **Mutilated** في الحالات الوخيمة . وتشوه الأظفار أحياناً مستعرضة وتخططات ، وتحدث أحياناً نزوف نقطية فوق الظفر **Eponychium** .

إن نقطة الانطلاق الأخرى لظهور مظاهر المرض هي الوجه إذ تغيب عنه التعابير (الوجه المقنع أو المتصلب) ، ويصغر الوجه بسبب تورم الجلد وتصلبه . ويصبح الأنف مدبباً ويغطيه جلد ناعم لامع . تصبح الحدود مشدودة وتضييق الشفاه ، ويصبح الفم عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة (الفم الصغير **Microstomia**) . يصعب على المريض فتح الفم وتحدد حركة الأجناف ، ولا يمكن للحاجب أن يتغصن ، كما لا تتمكن الشفاه من التفسير . وبالجس ، يكون جلد الوجه مشدوداً وقاسياً ، ذو لون أبيض أو أصفر أو يكون شاحباً .

وقد يمتد التصلب إلى الرقبة والجذع والأطراف ، ويزداد تحدد الحركة ، ويصبح التنفس صعباً ، ويكون جدار البطن كالطبل ، وتظهر تقفعات جلدية المنشأ في عضلات الساقين الباسطة ، وفي النهاية يغلف المريض جلد قاس متصلب كرداء المدرع .

تصلب الجلد المنتشر : يتميز بحدوث وذمة صلبة تتوضع بشكل رئيسي على الجذع (الطور الوذمي) وتنتشر إلى الأطراف ويمكن أن تقود إلى تصلب ضارب للبياض في كامل الجسم (الطور التصليبي) . تشاهد أعراض رينو في الأطوار الأخيرة (وقد لا تشاهد) ، وتظهر بعد أن يبدأ التصلب في التأثير على اليدين . وغالباً ما يصاب العضل والأعضاء الداخلية مع وجود علامات التهاب كارتفاع سرعة التثفل وخلل بروتين الدم

الأعضاء ويرجع ذلك إلى وجود اختلافات كبيرة بين الأعراض السريرية وبين الوسائل التشخيصية الحساسة ، وموجودات الفحص النسيجي عند فتح الجثة .

القناة الهضمية : تصاب القناة الهضمية في حوالي ٩٠٪ من حالات تصلب الجلد المجموعي المترقي ، وأكثرها عرضة للإصابة هو المريء حيث يشاهد جُزُر Reflux وعسرة بلع Dysphagia . يظهر الفحص الشعاعي توسع وائي Atonic وفقدان التمعج Peristalsis وضمور مخاطي ، وتقرح ، وغالباً تضيق تصلبي في الثلث الأسفل للمريء . ويمكن بمقياس الضغط Manometry بيان غياب الارتخاء والتمعج عند البلع . تضطرب عملية التنظيف الذاتي في الأطوار الأولى من المرض . يمكن للتصلب أن يقود إلى لا حُموضة Anacidity في المعدة وإلى تفرج Relief مخاطي أملس مع تفرحات وتشنجات في مُقدم البواب Perpyloric . وتشاهد في الأمعاء الدقيقة والغليظة توسعات وائية ، وتضيقات وعسر حركة Dyskinesia بدرجات متفاوتة . ويمكن للإسهال وأيضاً للإمساك أن يكونا من العلامات الدالة على التغيرات المرضية . وقد يشاهد علوص شللي Paralytic Ileus .

الرئة : يشاهد غالباً تليف واسع . تُظهر فحوص الأشعة السينية في ٤٠٪ من الحالات ظلالاً منتشرة أو تشكلات كيسية قد تصل لدرجة الرئة المخربة (Honeycomb Lung = رئة مليئة بالثقوب كقرص العسل) ، وتكون فحوص وظيفة الرئة مرضية Pathological في حوالي ٧٠٪ من الحالات ، وغالباً ما تشاهد قبل حدوث أي تغير في الأشعة السينية . ويشاهد في تشرح الجثث تغيرات مرضية بنسب أعلى من الحالات. تحدث في المراحل المتقدمة أعراض ضيق نفس وسعال وازرقاق . ويوجد ميل كبير للإصابة بالتهاب قصبي رئوي لاسيما بعد رشف Aspiration الطعام .

الحنجرة : تشير بحجة الصوت وخشونته إلى حدوث تصلب في الحبال الصوتية .

القلب : يشاهد تليف عضلي قلبي خلالي منتشر . وتصبح الألياف العضلية لدى المصاب محصورة بحجاب ليفي يعيق الارتخاء الانبساطي وبالتالي يضعف القوة الانقباضية . قد تكون الإصابة القلبية ثانوية نتيجة تليف رئة (القلب الرئوي Cor Pulmonale) ، أو بسبب تبدلات وعائية ، أو فرط ضغط الدم ، أو نتيجة لتجمع عدة آليات مرضية مختلفة . وقد يحدث التهاب تأمور . تشاهد تبدلات بمخطط كهربائية القلب في أكثر من ٥٠٪ من الحالات . ويمكن مشاهدة اضطرابات نظم القلب Arrhythmias ، وتسرع قلب انتيابي

(اشتدادي) ، Paroxysmal Tachycardia ، وإحصار قلب جزئي أو تام ، ورجفان أذيني ، وقصور قلب معد على الدجثة .

الكلية : تتوضح التبدلات الكلوية بعد تشرح الجثث أكثر مما هو عليه الأمر في الفحص السريري ، وتتألف من تليف الشرايين والشريينات داخل الفص ، واحتشاءات صغرية ، وضمور النيبات ، وحدث الكلية الضامرة . والعلامة السريرية الأولى للإصابة الكلوية هي البيلة البروتينية ، ثم تليها اضطرابات في التصفية . ويظهر في الطور النهائي قصور مترقي مع فرط ضغط دم خبيث . وتعد الإصابة الكلوية سبباً في وفاة حوالي ٥٠٪ من مرضى تصلب الجلد المجموعي المترقي .

العيون : يمكن للسداد أن يكون من العلامات المبكرة للمرض . الأسنان : قد يؤثر تصلب النسيج الضام حول السن في العظام (صور الأشعة السينية) ويؤدي إلى فقد الأسنان .

الجهاز الحركي Locomotor Apparatus : من خلال تصوير الهيكل (العظمي) بالأشعة السينية يشاهد حل العظم الارتشافي Resorptive Osteolysis ، وتبكل العظام Osteopoikilosis ، وتخلخل العظام Osteoporosis ، وفراغات كيسية لاسيما في السلاميات الأخيرة لأصابع اليدين والقدمين . ويوجد ألم مفاصل بنسبة ٢٥٪ - ٥٠٪ ، والتهاب الوتر والغمد بنسبة حوالي ٢٥٪ ، وتكون غالباً دون وذمة .

العضل : قد يصاب العضل ، فيشاهد ضعف وألم والتهاب عضل مُثبت بالفحص النسيجي ، والإنظيم (الحمائر) الكيميائي الحيوي ، ومخطط كهربائية العضل . وفي الحالات الوخيمة يجب التفريق عن التهاب الجلد والعضل ، أو عن متلازمة التراكب Overlap Syndrome . وقد يشاهد ضمور عضل شديد ثانوي تحت الجلد التصلب ناجم عن المفاصل الثابتة .

الكُلاس (Calcinosis) : من الشائع في تصلب الجلد المجموعي المترقي مشاهدة رواسب كلسية خلالية وتحت الجلد . يغلب حدوثها عند النساء بنسبة (١:١٠) . وتتوضع على وسادات الأصابع Finger Pads حيث يتم بثق (طرح) كتل كلسية سهلة التفتت . كما تشاهد بشكل أقل رواسب كلسية عقيدية خشننة تتوضع في منطقة الورك ، وفوق العمود الفقري ، وعلى المرفقين ، والركبتين ، والقدمين ، وأماكن أخرى . يوجد شكل مختلف من تصلب الجلد المجموعي المترقي يترافق بكُلاس شديد يدعى متلازمة ثايسرج - وايسنباخ . أما متلازمة وينتريوير (١٩٦٤) أو (العرف Crest) فهي عبارة عن اجتماع الكُلاس ومتلازمة رينو مع تقرح وتصلب الأصابع

Malabsorption وللزوف المعدية - المعوية ، أو بسبب القصور الكلوي .

التشريح المرضي النسيجي : التشريح المرضي النسيجي للجلد في هذا المرض يوافق الصورة الموصوفة لتصلب الجلد الموضعي . قد تبدأ التغيرات التصليبية في حواجز النسيج الضام الموجود في النسيج الشحمي تحت الجلد .

السير والإنذار : لا يمكن التنبؤ بسير المرض للحالات الفردية ، إلا أن سير المرض في تصلب جلد الأطراف (النمط I) أفضل منه في تصلب الجلد المنتشر (النمط III) . ففي الشكل المنتشر قد يأخذ المرض طريقاً خاطئاً نهائياً يقود إلى الموت خلال أشهر قليلة بسبب قصور قلبي أو كلوي .

وبشكل عام ، يكون سير المرض لدى الرجال أسوأ منه لدى النساء ، ويمتد لفترة تتراوح بين ٥ - ٢٠ سنة دون أي ميل للشفاء التلقائي . ويحاط الجسم تدريجياً بجلد متصلب يشبه المدرع ويترافق مع دنف متزايد . ينجم الموت عن التهاب قصبات ورثة ، أو عن قصور قلبي أو رئوي أو كلوي . وقد يترافق مع فرط ضغط دم خبيث ، ويشاهد أحياناً انتقاباً في السيل المعدي - المعوي ، ويندر حدوث هذأة تلقائية للمرض .

التشخيص : أهم العوامل المساعدة في وضع التشخيص هي القصة المرضية ، وتقصي تفاصيل أعراض رينو ، والصورة السريرية (الإصابة الطرفية ، الوجه ، لجام اللسان) ، وأضداد النوى ، والفحص النسيجي ، ومختلف الوسائل المستعملة في تشخيص إصابات الأعضاء (الأشعة السينية للصدر ، وفحوص وظائف الرئة ، والأشعة السينية للمريء ، ومخطط كهربائية القلب) . ومن الفحوص المهمة ، خزعة الجلد ، وفحوص التآلق المناعي .

التشخيص التفريقي : تكون الصورة السريرية في الحالات الواضحة حاسمة ، وتجري الفحوص التشخيصية لكشف مدى إصابة مختلف الأعضاء . إذا كان بدء المرض حاداً فيجب التفكير بالتهاب العضل والجلد ، والذأب الحمامي المجموعي ، ومتلازمات التراكب . وكذلك يجب التفريق عن القشعة المتعممة ، وعن إمكانية وجود شكل عابر (متحول) . ومن المهم نفي حالات تصلب الجلد الكاذب .

المعالجة : يصعب تقييم نتائج المعالجة بشكل موضوعي بسبب عدم إمكانية التنبؤ بسير المرض وغياب المعالم التي يُعتد بها . لا تعرف معالجة مؤثرة ، كما أن البحث عن معالجات نوعية أضحت صعبة بسبب غموض سببيات الأمراض والافتقار لطراز حيواني للأبحاث .

وتوسع الشعيريات، وتشاهد فيه أضداد مضادة للقسيم المركزي **Anticentromere Antibodies** . وعند إصابة المريء يستعمل اصطلاح متلازمة كريست **CREST Syndrome** .

أوجودات الخثرية : غير نوعية وتعتمد على حدة الالتهاب ومدى إصابة الأعضاء .

علامات الالتهاب : ارتفاع سرعة التثفل **ESR** ، وخلل بروتين ندم ونقص البومين الدم ، وزيادة نسبية في الغاما غلوبولين (٢٦) . وغالباً ما يشاهد في الرحلان المناعي زيادة في لغوبولينات المناعة **IgG** و **IgM** . ويشاهد أيضاً بروتين **C - Reactive Protein** . وقد تشاهد كثرة الكريات البيض مع كثرة الحمضات أو كثرة العدلات **Neutrophilia** .

عالم المناعة Immunological Parameters : تكون أضداد مضادة للنوى (ANAs) إيجابية في أكثر من ٩٠٪ من الحالات منتشرة وفي غالبية حالات تصلب جلد الأطراف (نهايات) . وبغض النظر عن الصورة السريرية ، تبدي نغيارات (Titers) اختلافات واسعة وترابطاً طفيفاً في النشاط سريري . ويظهر التآلق المناعي اللامباشر (IIF) نموذجاً توتياً **Nucleolar Pattern** ، أما في تصلب جلد الأطراف مع متلازمة كريست فيشاهد نموذج القسيم المركزي **Centromere Pattern** . وقد يشاهد في حالات كثيرة نموذج النمط **Speckled Pattern** . تكون العوامل الرثائية إيجابية لدى ٢٠٪ - ٣٥٪ من المرضى . وتشاهد نتائج إيجابية كاذبة في حوالي ٥٪ من الفحوص المصلية الإفرنجية اللالولية . وتشاهد راصات البرد غالباً في (٢٥٪) ، أما الغلوبولينات القرية **Cryoglobulins** فتكون نادرة . تشاهد أضداد مضادة لـ (Scl - 70) لدى حوالي ٣٠٪ من المرضى لاسيما من ذوي النمط (II PSS) حيث تصاب الأعضاء ، ويمكن كشفها باختبار لانتشار المناعي **Immunodiffusion** للأضداد النووية القابلة للاستخلاص (ENA) . وتبدي الخزعة المأخوذة من الجلد لمصاب متفاعلات مناعية **Immune Reactants** في الجلد بواسطة التآلق المناعي المباشر . (راجع الشكلين ١٨ - ٣٤ و ١٨ - ٣٥) .

مؤشرات إصابة الأعضاء : إن زيادة النشاط النوعي لناقلة الأمين (Transaminase) ، والألدولاز ، والكرياتين فوسفوكيناز ، مع وجود الأعراض السريرية تشير إلى إصابة العضل . وتشاهد اليوريمية (الانسهم البولي) **Uremia** في طور المرض الأخير مترافقة مع مظاهر القصور الكلوي . ويشاهد أحياناً فقر دم (٢٥٪) كنتيجة لسوء الامتصاص

وذلك لمنع حدوث الالتهاب الذي يسبب التضيقات . ويفيد استعمال السيميتيدين أو الرانيتيدين في الليل . وقد يفيد رفع رأس السرير بمقدار ١٥ سم . وبشكل أساسي يمنع التدخين ويُتقى من البرد ، ويُحتاط من مخاطر الخمج Infection .

المعالجة الموضعية : تعالج القرحات وفق الطرق التقليدية بالصادات أو بالمطهرات الموضعية وبالمستحضرات التي تحرض على النجب Granulation والتظهر Epithelialization . وقد تفيد المراهم مع النيتروغليسرين المنشطة للدوران .

ويمكن ، شخصانياً على الأقل ، تحمل المراهم الحاوية على الهيسارين ومثيلاته Heparinoids ، ويمكن أيضاً التفكير باستعمال الستيروئيدات .

تصلبات الجلد الكاذبة

: Pseudosclerodermas

تصلبات الجلد الكاذبة عبارة عن أمراض ذات شكل سريري يُذكرنا بتصلبات الجلد ، إلا أنها تنتمي إلى تصانيف أخرى ذات سبببات وأمراض مختلف . وتلخص بالجدول التالي :

الجدول ١٨ - ٧ : تصلبات الجلد الكاذبة

- ١ - متلازمة ولادية :
متلازمة ويرنر Werner Syndrome
- ٢ - أمراض الترسيب Deposition Diseases :
الداء النشواني Amyloidosis
الوذمة الصلبة لدى البالغين Scleredema Adultorum
تصلب الوذمة المخاطية Scleromyxedema
- ٣ - الاضطرابات الاستقلابية :
البرفيرية الجلدية الآجلة
بيلة الفينيل كيتون
داء خزن الغليكوجين
- ٤ - القصور الوريدي المزمن :
تصلب جلد الأطراف السفلية
- ٥ - العوامل الخارجية المنشأ Exogenous Factors :
السُّحار السيليكي Silicosis
داء كلور الفينيل
داء تري كلور الايثيلين
- ٦ - المتلازمات الموابكة للورم Paraneoplastic Syndromes :
السرطانة (carcinoma) غالباً قصية

معالجة الأشكال الالتهابية : تستعمل الستيروئيدات بجرعات معتدلة (٤٠ ملغ بردنيزون كل يومين) ، ويوصى أيضاً باستعمال مضادات الالتهاب كالإندوميتاسين ، وموقفات النمو الخلوي Cytostatics مثل (ازاثيوبرين ١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً ، سيكلوفوسفاميد ١٠٠ - ٢٠٠ ملغ يومياً أو كلورامبسيل ٤ ملغ يومياً) . كما يوصى بالبنيسيلامين - د الذي قد يوقف المرض في بادية الأشكال الالتهابية (يعطى بالتدرج ثم بجرعة عالية حتى ١,٨ - ٣,٦ غ يومياً) . تكون نسبة حدوث التأثيرات الجانبية عالية ، حيث يشاهد من بين التأثيرات الجانبية الأخرى : طفحيات Exanthemas نزفية ، وفقاع ، وتغيرات دموية ، وتأذي كلوي وغثيان . وغالباً ما تستعمل جرعات أقل من ٢٥٠ - ٥٠٠ ملغ يومياً لمدة ٢ - ٣ سنوات . ومن الآليات الممكنة لعمل هذه المادة هي : تثبيط التركيب الحيوي للكلاجين من خلال نزع الشوارد المعدنية الضرورية للتفاعلات الإنزيمية (تكون الخالية Chelate Formation ، أو تثبيط إطلاق الكلاجين ، وتثبيط الارتباط التصالبي للجزئيات الكلاجينية . وإن تسريب Infusion البنيسيلين يكون أحسن تحملاً (١٠ - ٢٠ X ١١٠ IU يومياً لفترات كل منها ٣ أسابيع) ويحدث التأثير من خلال ناتج التدرج Degredation وهو البنيسيلامين .

معالجة الأشكال الوعائية : ينصح أولاً باستعمال الأدوية الفعالة في الأوعية (ريزربين « بنتوكسيفيلين ») والتي تؤثر في خواص جريان الدم (الدكستران ذو الوزن الجزيئي المنخفض) ومثبطات تكديس الصفائح كالأسبرين . شوهدت نتائج مشجعة في أعراض رينو باستعمال ضادات Antagonists الكلس (نيفيدبين ، فيراباميل) ، ويفيد استعمال عوامل إحصار مستقبلات ألفا مثل فينوكسي بترامين ١٠ ملغ يومياً يُزاد حتى حدود التحمل .

المعالجة الفيزيائية : تمارين الحركة مفيدة جداً لتحسين عمل المفاصل (كرة مطاطية ، تدليك الجسم) وكذلك التدليك الخفيف للنسيج الضام ، والتدليك تحت الماء . ويجب أن تستعمل يومياً الحمامات الدافئة وحمامات البارافين وكادات الوحل Mud Packs . هذا وإن التمارين التنفسية ضرورية في المرحلة الثانية للمرض .

المعالجة العامة : في حال حدوث تغيرات في المريء (عسر بلع) ، وتليف رئوي ، يتم تناول الطعام بوجبات صغيرة متكررة والمريض بوضعية الجلوس . يجب أن يكون حجم الطعام كبيراً كي يحرض التمعج . تفيد مضادات الحموضة عند وجود جُزر (قلنس) Reflux للعصارة المعدية إلى المريء

ورم مُصَوِّريات Plasmacytoma
نُصْرُوي النقيلي Metastatic Carcinoid

١ - داء نضج - ضد - الثوي Graft - Versus - Host :

٢ - نضج نضج الضام :

٣ - الحمامي

٤ - التهاب الجلد والعصل

تهاب اللقافات الحمضي (Shulman ١٩٧٤)
Eosinophilic Fasciitis :

مردفات : التهاب اللقافات المنتشر مع كثرة الحمضات ،
متلازمة شولمان Shulman .

التعريف : يتصف بوجود أعراض مركبة مع تغيرات جلدية
شبيهة بتصلب الجلد ، وغياب ظاهرة رينو ، وكثرة الحمضات
في الدم ، وارتفاع سرعة التثفل (ESR) ، وفرط
غم - غلوبولين الدم ، ومستويات عالية لمركبات مناعية تجول
في الدم . يحتمل أن لا يكون هذا الداء مرضاً مستقلاً وإنما هو
شكل مختلف لتصلب جلد موضعي أو منتشر .

الحدوث : نادر .

النسب : مجهولة . تشير القصة المرضية إلى وجود رضح
موضعي أو فرط إجهاد جسدي سابق لحدوث المرض .

الموجودات السريرية : يمكن لهذا المرض الذي يذكر بتصلب
جلد لدى البالغين أن يحدث في أي سن ، ولكنه يشاهد عادة
لدى البالغين في سن الكهولة . يشاهد حدوث جسوء سريع
تشكل ذي شكل تصليبي جلدي ، وقوام كالعجين ودون أية
عُراض لرينو ، تتوضع عادة على الأطراف وبشكل أقل على
جذع أو الوجه . ويصبح الجلد قاسياً ، متجعداً ، وملتصفاً
بحكام بالبنية التي تحته ، لذلك قد تظهر تقفعات Contractures
في أسابيع قليلة . ولا يشاهد تصلب في الأعضاء الداخلية ، غير
أنه قد تحدث بعض الحالات المشتركة بشكل نادر .

تُبدى الفحوص المخبرية كثرة الحمضات الدموية (حتى
٥٠٪) وارتفاع تثفل الكريات الحمر (ESR) وفرط الغاما -
غلوبولين الدموي ، قد تكون الأضداد المضادة للنوى إيجابية .
ويشاهد كل من كثرة المصوريات Plasmacytosis وكثرة
الحمضات في نقي العظم .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد ثخانة ليفية في اللقافات
العميقة بين النسيج الشحمي والعصل . يرافق ضخامة الحزم
الكلاجية رشاحة حول الأوعية أو رشاحة بقعية تتكون من
خلايا المصوريات واللمفاويات . لا تشاهد دائماً كثرة

الحمضات النسيجية إلا أنها تكون ملفته للنظر أحياناً . ويشاهد
بالتألق المناعي المباشر وعاء ، وغشاء قاعدي ، أو متفاعلات
مناعية Immuno Reactants منتشرة .

المسار والإنذار : يأخذ الداء سيراً مزمنياً ، وقد يهجع تلقائياً .
ويتجاوب بشكل جيد للستيروئيدات القشرية السكرية . وقد
ذكر حدوث حالات مع ابيضاض دم .

المعالجة : تستعمل الستيروئيدات القشرية السكرية بمقادير
معتدلة (حوالي ٦٠ ملغ معادل بريدنيزون يومياً) مع إنقاص
الجرعة ببطء شديد . ويجب استعمال الحرارة والتدليك يومياً .

الوذمة الصلبة لدى البالغين (بوشكي ١٩٠٠)
Scleredema Adultorum :

المردفات : الوذمة الصلبة ، وذمة بوشكي الصلبة ، تصلب
الجلد الوذمي (هاردي ١٨٧٧) .

التعريف : عبارة عن جسوءات (صلابات) جلدية قاسية
منتشرة تالية لأمراض خمجية ، تنجم عن ترسبات جلدية وتحت
الجلد لعديد السكريات المخاطي Mucopolysaccharides
مع تراجع تلقائي تال .

الحدوث : نادر ، ويصيب الإناث بشكل رئيسي . وقد يحدث
في أي مجموعة من الأعمار ، ولكن وبما أن الأطفال لغاية سن
العشر سنوات كثيراً ما يصابون بالمرض (٢٩٪ من
الحالات) ، كما يصاب به البالغون أيضاً ، فإن إطلاق تسمية
(الوذمة الصلبة لدى البالغين) على هذا الداء ليس دقيقاً .

السميات والأمراض : الأسباب مجهولة ، إلا أن الملفت للانتباه
هو بداية ظهور المرض بعد داء خمجي حاد عند البالغين الشباب
لأسيا أخماج العقديات (الذباج Angina ، والقوباء
Impetigo ، والحمرة Erysipelas ، والحمى القرمزية
Scarlatina) ، وكذلك في الزلة الوافدة ، والحصبة ، وذات
الرئة . ومن الملفت للنظر ، ظهور المرض عند مصابين بالداء
السكري من متوسطي العمر . يشك بعلاقة الرضح الآلي
(الحوادث) بالحث على ظهور المرض . تنجم جسوءات الجلد
عن رواسب كبيرة لحمض عديد السكريات المخاطي من نمط
الحمض الهالوروني (أو غلوكوسامينوغليكسان
Glucosaminoglycans) في الأدمة . شوهد لدى عدد قليل
من المرضى اعتلال غامي وحيد النسيطة Monoclonal
Gammopathy (IgG₁-λ ، IgG₃-k ، IgG₂-k) دون وجود نقيوم متعدد Multiple Myeloma .

الموجودات السريرية : يصاب بسرعة الوجه ، وقفا الرقبة
والجذع وتمتد الآفة للذراعين ، غير أن الساقين كثيراً ما تنجو

الصلدمة عند الوليد (سولمان ١٨٩٩) : Sclerema Neonatorum

المرادفات : الصلدمة الودمية عند الوليد .

التعريف : تورم منتشر في الجلد يصيب المضعفين من حديثي الولادة ويكون كالمعجون . أو يكون ذا قوام قاس .

الحدوث : يصاب عادة الأطفال الخدج ، كما يصاب أيضاً حديثي الولادة المضعفين أو الذين يعانون من أمراض خمجية كالإفرنجي الولادي .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض في اليوم الثاني وحتى الرابع بعد الولادة ونادراً ما يكون بعد ذلك . يظهر تورم في الجلد ، وتحت الجلد ، منتشر ، وذمي ، جاسي ، في الطرفين السفليين ويرتفع نحو الأعلى إلى الجذع . ولا تصاب مناطق الأعضاء التناسلية ولا المناطق الكعبية (Malleolar) . يتراوح لون الجلد بين الأحمر المزرق والأبيض المصفر .

الأعراض العامة : تتأثر الوظائف التنفسية والدورانية .

التشريح المرضي النسيجي : قد تشاهد في الأدمة وذمة مخاطانية Mucoïd بين الليفات ، ويكون النسيج الشحمي تحت الجلد سوياً ، إنما يشاهد تسمك في الحاجز الليفي .

السير : إن الحالات التي يحدث فيها تراجع للمرض قليلة ، كما وأن حدوث النوبات Seizures والوسن تشير إلى نتائج مميتة قادمة .

التشخيص التفريقي : يصعب التفريق عن الصلدمة الشحمية الوليدية ، إلا أن الرصعة (Dimple) بعد الضغط على الجلد تستمر مشاهدتها لفترة في الصلدمة الودمية ، ولا يحدث في هذا المرض الأخير تغيرات في النسيج الشحمي .

المعالجة : يمكن أن يكون للستيروئيدات القشرية السكرية إلى جانب الصادات تأثير منقذ للحياة .

الذأب الحمامي Lupus Erythematosus :

(كازنيف وشيدل ١٨٣٨ ، كابوسي ١٨٧٢ ، أوسلر ١٨٩٥ ، ليهان وساكنس ١٩٢٣)

المرادفات : LE ، الذأب الحمامي (Lupus Erythematoses) (جيرمان) .

يوجد تحت هذا الاسم عدد من الأشكال المختلفة مجهولة

من الإصابة . يظهر انتفاخ وذمي شديد القساوة فوق مناطق جلدية تبدو شاحبة مع أن لونها لم يتغير . يظهر الجلد وكأنه دولا ب مطاطي منفوخ ، فهو قاس لا يمكن بعجه ولا يمكن رفعه كطيات ، وبسبب هذا الاتساع الجلدي البالوني الشكل ، يشعر المرضى بالاختناق في منطقة العنق وقد يعانون من ضيق النفس . تتحدد حركة الذراعين وتشاهد بوضعية الانثناء بعيدة عن الجسم . وتبقى حركة اليدين حرة .

الموجودات المجموعية : لا توجد أية موجودات مجموعية عادة ، عدا بعض الاستثناءات النادرة ، قد يصاب اللسان (جسو) والمرىء (عسرة بلع) والتأمور والمفاصل والجنبه pleura (التهاب المصلية serositis) ، وعضل القلب ، وعضل الهيكل (مخطط كهربائية القلب ، مخطط كهربائية العضل ، خزعة العضل) .

الموجودات المخبرية : قد يشاهد ارتفاع في تنفل الكريات الحمر ، وتغيرات لانوعية في البروتينات المصلية ، وارتفاع في عيار مضاد الحالة العقدية Antistreptolysin .

التشريح المرضي النسيجي : تبتعد الألياف الكلاجيلية المتورمة والمتنفخة الموجودة في الأدمة وتحت الجلد عن بعضها البعض بواسطة عديدات السكريات المخاطية الحمضية وبشكل خاص حمض الهيلوروني والذي يأخذ صياغاً متبدل التلون (Metachromatic) . تشاهد حول الأوعية رشاحات مكونة من خلايا لمفاوية ، ومصصريات والعديد من الخلايا البدينة Mast cells ، ويقي النسيج المرن سلباً .

السير : قد تستمر الحالة لبضعة أشهر ثم يطرأ تحسن على العديد من الحالات ، وأخيراً يتراجع المرض دون عقايل .

التشخيص التفريقي : لا يحدث خطأ في تشخيص الحالات النموذجية . وأحياناً ، يصعب التفريق عن تصلب الجلد المجموعي المترقي في طوره الودمي ، إلا أن تصلب الجلد في هذا المرض الأخير يكون لا عكوساً . تغيب ظاهرة رينو دوماً في الودمة التصلبية ، كما تغيب اضطرابات التصبغ . ويجب التفكير أيضاً بالتهاب اللقافات الحمضي .

المعالجة : لا توجد معالجة مؤثرة . يوصى باستعمال البنيسيللين كما في تصلب الجلد المجموعي المترقي ، أو باستعمال الصادات ذات الطيف الواسع . ويجب التخلص من بؤر الخمج .

يجرب استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية (١٠ - ٤٠ ملغ بريدنيزون باليوم أو جرعات مساوية من مستحضرات أخرى مناسبة) ، بالإضافة للتدليك والحمامات .

كشف إمكانية تحريض ظهور العلامات الجلدية للمرض وزيادة شدتها عند التعرض للأشعة فوق البنفسجية (UVA و/أو UVB) ، وكذلك التعرض للبرد ، أو التأثير بالأدوية .

السيببات : مجهولة . ويحتمل أنه مرض منيع للذات Autoimmune حيث يؤدي وجود عيب وراثي محدد إلى تركيب أضداد ذاتية تكون محصرة Blocked في الحالات السوية . وإلى جانب التأهب الوراثي ، ولكي تظهر الإصابة ، لابد من وجود عوامل أخرى خارجية كالرضح الآلي ، والكر ب stress ، والضوء والبرد ، والأنحاج . كما أن تواجد هذه العوامل ضروري لاستمرار الأعراض . ولم تتضح أهمية البنية الشبيهة بنظير الحمة المخاطية Paramyxovirus والتي تشاهد في البنية المستدقة لخلايا النسيج البطاني والضام في الأدمة . وتوجد زيادة في مستضد هلا HLA - B8 لاسيا لدى النساء فوق سن الأربعين وكذلك في مستضد هلا HLA - DR3 .

الموجودات السريرية : يتوضع المرض عادة على الوجه (الحدود - الجبهة - الأنف) وغالباً ما يشبه توزعه الفراشة Butterfly Rash . قد ومنها جاءت التسمية : طفع الفراشة . تشاهد الآفات أيضاً على الأذن ، وفروة الرأس ، أو على الصدر بشكل حرف V ، وتندر الإصابة على بقية الجذع والأطراف (راجع الشكلين ١٨ - ٣٧ و ١٨ - ٣٨) . يبدأ المرض في جهة واحدة أو جهتين يظهر حطاطات أو لويحات ذات قطر أقل من ١ سم ، حمامية مرتفعة محددة بدقة ، ومستمرة ، مع رشاحة واضحة مجسوسة . تصبح الآفة على شكل قرص (قريصي) بسبب انتشارها نحو المحيط ، وقد تتلاقى الآفات مع بعضها . يغطي مركز الآفة وسف Scales أبيض - مصفر شديد الالتصاق ، ويسبب انفصاله القشري عن الجلد بالحك حدوث ألم . وإذا فُصلت صفحة وسفية بواسطة ملقط يشاهد على وجهها الباطن سدادات Plugs تقرائية مدبية ومخروطية ، ناشئة من فتحة الجريب ، وهذا يشير إلى تقران جريبي . وإن هذه الظاهرة المسماة (Tack Phenomenon = مسبار صغير مستدق الطرف عريض الرأس) وصفية في الذأب الحمامي القريصي . تختفي أحياناً المناطق الوسفية ويشاهد فقط فرط التقران الجريبي الشبيه بالزؤان . من العلامات المهمة في التشخيص فرط الحس في مناطق الآفات . ويسبب تمرير حافة ظفر الأصبع فوق منطقة الآفة ألماً . تنتشر الآفة ببطء من المحيط بينما تتراجع في المركز مخلفة ضموراً في الجلد ، وتصبح المنطقة المركزية شاحبة والجلد ضامراً . ويختفي التقران وكذلك فوهات الجريبات . تشاهد بقع ناقصة التصبغ ، وأخرى مفرطة التصبغ ، وتوسع شعيريات ، مما يعطي مظهراً شبيهاً بتكامل

حيث . ومن محتمل أن تكون جميع هذه الأشكال جزءاً من صيف مرصي واحد ، لكنها تُفترق عن بعضها بالأعراض ، بسحر . وإتذر . يشاهد العديد من الملاح المشتركة في عسيرة سريرية ، والموجودات المخبرية ، وأيضاً أشكالاً متباعدة . وأخرى انتقالية ، مما يشير إلى أنها تنتمي إلى بعضها . ومع أن هذه المجموعة من الأمراض تتميز بمظاهر مختلفة من تتبع ذاتي . إلا أن أسبابها وأهمية سبباتها لم تتوضح بعد . سوف تشاهد تفاصيل أكثر حين الورود على وصف الشكل محمومي حمض . إن الشكلين الرئيسين المشهورين للذأب حمومي هم :

- ذأب الحمامي الجلدي (CLE) .

- ذأب الحمامي المجموعي (SLE) .

يسمى هذا التصنيف مصطنع ، لأن الانتقال قد يحدث من شكل جنسي إلى الشكل المجموعي .

الذأب الحمامي الجلدي (CLE)

: Cutaneous Lupus Erythematosus

مرادفات : الذأب الحمامي اللحياني (Lupus Erythematosus Integumentalis) .

تشاهد في هذه الأشكال من الذأب الحمامي الجلدي تغيرات جلدية ذات سير مزمن ولا تصاب الأحشاء . قد تشاهد شدوذوات مخبرية دموية ومصلية . (راجع الشكل ١٨ - ٣٦) .

الذأب الحمامي القريصي (DEL)

: Discoid Lupus Erythematosus

مرادفات : الذأب الحمامي القريصي المزمن ، الذأب الحمامي خندي المزمن .

التعريف : هو جلاد التهابي ذو سير مزمن ويتوضع غالباً على الوجه . من المحتمل أن يكون ظهوره ناجماً عن حدثيات من تخنيع الذاتي تؤدي إلى حدوث آفات محددة ، وحمامي متقرنة تشفى مخلفة ندبات ضمورية .

الحدوث : هو الشكل الأكثر شيوعاً من بين جميع الأشكال خندية . وعلى الرغم من ندرة حدوث المرض إلا أنه يشاهد باستمرار بسبب سيره المزمن والمعالجة المديدة التي يتطلبها . يصاب بهذا المرض الشباب البالغين غالباً ، حيث يبدأ ظهوره في سن ٢٠ - ٤٠ سنة ، وتصاب جميع السلالات ، ويغلب حدوث لدى النساء وبمعدل ٣ : ١ - ٣ : ٢ ، كما شوهد حدوث المرض في بعض العائلات . ومن المشاهدات المثيرة ،

الجلد . يمكن للضمور اللامتظم أن يؤدي إلى المظهر المأكول بالديدان Worm - eaten لاسيما في منطقة الأنف والأذن ، وأحيانا يحدث جدع Mutilation في ذروة الأنف أو في فصوص الأذن . وتظهر حالة من الثعلبية الكاذبة على فروة الرأس .

موجودات الغشاء المخاطي : غالباً ما يتأثر القسم الظاهر من الشفتين Vermilion وتشاهد حمامي دائمة . يظهر تسمك ظهاري رمادي ، وقران دقيق ، وتآكلات . قد يظهر على الأغشية المخاطية الفموية والتناسلية والشرجية حمامي وذمية واضحة الحدود مع تسمك ظهاري قائم وآفات مبيضة بقعية أو شبكية وتآكلات مؤلمة أو تقرحات .

موجودات العين : في حالات شديدة الندرة تشاهد تغيرات النهائية ، قطنية - صوفية في الأوعية الشبكية ، وقد يشاهد التهاب قرنية والتهاب ملتحمه .

الموجودات المجموعية : في ضوء تعريف المرض ، فإن الإصابة المجموعية لا تشكل جزءاً من الصورة السريرية للذأب الحمامي القريصي . وإذا شوهدت مثل هذه العلامات والأعراض فيكون الانتقال إلى الشكل المجموعي (SLE) قد حدث . يشاهد هذا الأمر لدى ١٪ - ٥٪ فقط من حالات الذأب الحمامي القريصي (DLE) ولدى ٢٠٪ - ٤٠٪ من حالات الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد (SCLE) .

الموجودات المخبرية : تشاهد في حالات متفرقة الأضداد المضادة للنوى ، وقلة الكريات البيض ، وما عدا ذلك فإن الموجودات المخبرية تتطابق مع تلك الموجودة لدى مجموعة المراقبة Control Group . تشاهد لدى ٦٠٪ - ٧٠٪ من المرضى المصابين بالذأب الحمامي المجموعي الجلدي (SCLE) أضداد ضد المستضد الهبولى (SSA) و Ro وغالباً ضد المستضد النووي (SSB) أيضاً . إن هذه الأضداد الذاتية موصوفة في الأساس في متلازمة جوغرن (Sjögren) وتترافق عادة مع مستضد هلا ، من أنماط B8 - HLA و DR3 - HLA .

التشريح المرضي النسجي : تكون البشرة ضامرة . يشاهد فرط تقرن سوي Orthohyperkeratosis شديد التراص مع تقرن جريبي . ويظهر تنكس فجوي في الخلايا القاعدية . تشاهد ثخانة زجاجية (Hyaline) في الغشاء القاعدي المتفاعل للباس PAS (PAS - Reactive) . وتظهر في أعلى الأدمة وذمة ومخاطين Mucin يتلوها حدوث تصلب . تتوسع الأوعية الدموية واللمفية ، وتشاهد رشاحة كثيفة لمفاوية تحيط بأوعية الضفيرة السطحية والعميقة وبالملاحقات أيضاً . وترى ضمن الرشاحة الألياف الكلاجيلية والمرنة المتأذية . يشاهد عقيدات

لمفية في الشحم الموجود تحت الجلد .

التشريح المرضي النسجي المناعي (اختبار شريط الذأب = Lupus Band Test) : يشاهد في الخزعات المأخوذة من الجلد المصاب شريط من ترسبات حبيبية ناعمة أو من ترسبات خشنة تشبه اللويحة مكونة من غلوبولينات مناعية (على الأغلب IgG وأيضاً IgM و IgA) بالإضافة إلى المتممة C3, C1 ، والتي يمكن كشفها في منطقة المؤصل الأدمي - البشري بواسطة التآلق المناعي المباشر (DIF) . تدعى هذه الترسبات شرائط الذأب الحمامي أو شرائط الذأب ، ويدعى الاختبار ، اختبار شريط الذأب . لا تشاهد أية ترسبات في الخزعات المأخوذة من مناطق الجلد السليم غير المعرض لأشعة الشمس . (راجع الشكل ١٨ - ٣٩) .

المسار : يأخذ المرض سيراً مزمناً يستمر من عدة سنوات إلى عقود .

الإنذار : يكون الإنذار جيداً بالنسبة للحياة في الذأب الحمامي القريصي (DLE) ، غير أن حدوث الشفاء صعب . ويتحول حوالي ٥٪ من هذه الحالات إلى ذأب حمامي مجموعي (SLE) خلال ٥ - ٢٠ سنة . ويمكن تحريض سورات Exacerbation حادة أو تحت الحادة للأعراض المجموعية (حمام شمسي لمدة طويلة ، بعض الأدوية) ، ووصفت على أنها ذأب حمامي قريصي مع سورات مجموعية .

المضاعفات : تشفى الآفات مخلفة ضموراً ، قد يقود حدوثه في المناطق الطرفية (كالأنف والأذان) إلى حدوث جدع وخيم : الذأب = الذئب ، ومثاله الخزاز القارض . تؤدي إصابة فروة الرأس إلى حدوث حاصة لاعكوسة في منطقة الآفات المتصلة - الضامرة . قد تحدث أحياناً قرحة مزمنة بطيئة الشفاء في حال حدوث ضمور واسع . وقد تحدث سرطانة وسفية الخلايا في المناطق المصابة خلال سير المرض .

التشخيص : السلائي السريري النموذجي للمرض هو تواجد حمامي ، وتقرن ، وضمور . بالإضافة لهذا يشاهد فرط حس والظاهرة المسبارية . لتأكيد التشخيص تُجرى فحوص التشريح المرضي النسجي ، واختبار التآلق المناعي المباشر DIF (اختبار شريط الذأب) . يُجرى اختبار شريط الذأب بشكل خاص ، ويتم التحري عن الأضداد المضادة للنوى لاسيما الأضداد المضادة للدنا DNA الواطن (Native DNA) لنفي الإصابة المجموعية ، كما تفحص سرعة تنفّل الكريات الحمر (ESR) ، والمعالن الدموية الأخرى (في الذأب الحمامي المجموعي تشاهد قلة البيض ، وققر الدم ، وقلة الصفيحات) .

التشخيص التفريقي : على الأغلب ، تشبه الآفات الذأب

تجربة جرعات أخف ، كما يمكن إعادة المعالجة بعد أسابيع قليلة . يستعمل أيضاً مركب سلفات الهيدروكسي كلوروكين بمضغوطات من ٢٠٠ ملغ وجرعات مماثلة للكلوروكين ، وغالباً ما يكون التحمل أفضل . ويمكن استعمال الكيناكرين (اتيرين ١٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً) ، وغالباً ما يفيد الجمع بين هذه المركبات بجرعات مخففة . ومن موانع استعمال هذه الأدوية : الحمل ، وأمراض الكبد ، والصداف (قد تحدث سورة وخيمة) ، والعوز الوراثي لنسازعة هيدروجين الفليكوز - ٦ - فوسفات G6PD (العرض : فقر دم انحلاي) . من أهم التأثيرات الجانبية : تغمم القرنية ، واعتلال الشبكية ، لهذا يجب إجراء فحص العيون قبل بدء المعالجة وأثناءها وبانتظام . يجب سؤال المريض عن اضطرابات الرؤية ورهاب الضوء Photophobia . ومن التأثيرات الجانبية النادرة حدوث غيان ، وفرط تصبغ الأغشية المخاطية والأطراف ، وايضا ض الشعر ، وطفح ظاهر دوائي ، وذهان Psychoses ووهن العضل ، وقلة الكريات البيض ، وقلة الصفائح . تكون الاستجابة للمعالجة جيدة في ٧٥٪ من الحالات ، لكن الرجعات Recurrences قد تحدث بعد وقف العلاج . يوصى باستعمال الستيرويدات إضافة للمعالجات الأخرى أو كبديل عنها في الحالات الاستثنائية فقط ، ويستجيب الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد (SCLE) بسرعة لها . يختلف الوضع في سورات الشكل المجموعي الحادة ، فيستدعي ذلك الاستعانة بكميات المناعة (أرتاوبرين ١٠٠ - ١٥٠ ملغ/يومياً) ، وبموقفات النمو الخلوي Cytostatics (سيكلوفوسفاميد ٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يومياً) وذلك في الحالات الوخيمة التي لا تستجيب للعلاج ، كما يستعمل (التاليدوميد) بحذر شديد .

قد يفيد استعمال الدابسون ٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يومياً في الحالات الشروية والحويصلية والمتثرة من الذأب الحمامي القرصي . ظهرت حديثاً فائدة المعالجة بالرتينويدات Retinoid والأتريتينات Etretinate أو أتريتين .

المعالجة الموضعية : تفيد المعالجة الموضعية في الآفات الصغيرة . يفيد الحقن الموضعي داخل منطقة الإصابة بمعلق بلوري ممد من الستيرويدات (تريامسينولون استونيد ١٠ ملغ ممزوجة بمخدر موضعي ١ : ٣ - ١ : ٥) . كما يفيد التطبيق الموضعي للمراهم الستيرويدية تحت الضاد الكثيم . بالنسبة لآفات الوجه ، يمكن صنع أقنعة لدائنية أو يمكن قصها من صحيفة . ومن الضروري استعمال دوائر الشمس واسعة الطيف أثناء النهار (UVA + UVB) إضافة للمعالجات السابقة . كما ثبتت فائدة المعالجة القرية السطحية بالثلج الفحمي مع الأسيتون أو

الشمع . لا يجب إذا أمكن رؤية الرشاحة الذأبانية (lupoid) بحرية لشعوية Diascopy (الذأب الحمامي القرصي - شبي . أو ذأب الحمامي الذأباني) . وبالمقابل يحدث أيضاً من تشك - ذأب الشائع شكل ذو سطح حمامي - ثقراني الذأب الشائع الحمامي) . قد يصعب تفريق الذأب الحمامي عن الصمغ لظوئي عديد الأشكال لاسيما الذأب الحمامي المنتج (LE Tumors) . وعلى كل ، تتميز هذه الحالات بوجود علامة دقيقة مع التعرض للضوء ، حيث أنها تغيب في الشتاء ، ولا يحدث ضمور . يظهر العد الوردي (Rosacea) في نفس صحت . وأحياناً يكون ذو توسف Scaling ، إلا أن شدته تصير بدرجات كبيرة ، ويقود إلى الضمور بدلاً من الصمغ . يجب التفكير أيضاً بالإكزيمة المثية Seborrheic Eczema . والصداف الشائع ، والتقران السافع ، وسعفة لفحات Tinea Faciei وسعفة الجسد . وفي الذأب الشري Chiilblain ، يتوجب التفريق عن الغرناوية Sarcoidosis الذأب الشري = Lupus Pernio) وعن الشرث (perniones) . وفي الذأب الحمامي القرصي الضخامي يجب التفريق عن الغداد اللمفي الجلدي الحميد Lymphadenosis Cutis Benigna والحييوم الوجهي Granuloma Faciale . وفي الذأب الحمامي العميق يجب التفريق عن جميع أنواع التهاب لبسة الشحمية Paniculitis وعن التهاب الأوعية العقيدي . عند تظهر الآفات على فروة الرأس يجب التفريق عن حالات اتعية لكاذبة . وعندما تتوضع الآفات على الشفة يجب التفريق عن التهاب الشفة السافع ، وكما في الآفات المخاطية يجب التفريق عن خزاز المسطح والطلوان Leukoplakias . ويحسم تشخيص الموجودات التشريحية النسيجية المرضية ، وموجودات التشريحية النسيجية المناعية المرضية .

الوقاية Prophylaxis : يوصى بالوقاية من الشمس ، واستعمال دوائر الشمس واسعة الطيف ، وتجنب التعرض للأشعة فوق البنفسجية (UV) الاصطناعية (علاجياً مثل PUVA ، أو في صالونات دبغ البشرة بالتعرض للأشعة Tanning Salons . يوصى بشكل خاص بلبس ثياب مناسبة ، وتغيير العمل إذا تضمن تعرضاً كبيراً لأشعة الشمس . ويجب لانتباه إلى حالات إثارة المرض بالأدوية .

المعالجة :

جهازية Systemic : لقد ثبتت فائدة العقاقير المضادة للبرداء ، وبشكل خاص الكلوروكين بجرعات ٢ X ١ مضغوطة (٠.٢٥ غ) يومياً لمدة (١٠) أيام ، ثم تعطى مضغوطة واحدة يومياً حتى يصبح المجموع (١٥ غ) لكل فترة علاجية . يجب

الذآب الحمآمي العميق Lupus Erythematosus Profundus : (١٨٨٣ Kaposi ، ١٩٤٠ Irgang)

المآرآفآت : التآب السبلة الشحمية الذآبي .

يمكن في آلات نآرة مشآة عقيآت مؤلة إلى آنب الآآت التآذآية من الذآب الحمآمي القريصي (DLE) تآد بعمق تحت الجلد ، ولآ سطح التآبي - محمر ، قد يتفرآ آحيآآ ، ثم تشفى آلفة نذبة منآضة . تتآع الآآت على الوجه ، الأكآف ، الإليآين ، والفآذين . شوهآت آلات ترآقت بسورات مع إصآآت آشوية آدت لآوآ الوفآة . يفرق هآ المرض عن الأشكال الآخري لآلتآب السبلة الشحمية وعن اللففوم آبيآ . (رآع الشكل ١٨ - ٤٢) .

الذآب الحمآمي الضآمي والعميق Lupus Erythematosus Hypertrophicus et Profundus : (بهآت 1942 Behçet)

قد يكون هآ آاء نوع نآر آدآ من الذآب الحمآمي العميق . تشآهآ كآآية للرشآة اللففوية آسيمة آآت ورمية الشكل ذآ لون مزرق إلى آمر فآآ ، تتآع آالبآ على الوجه ، ويلاحظ على سطحآ وجود مسآآت كبيرة أو آآآ مآطآة بالتآرآ . يفرق هآ المرض عن الغآآد اللففي الجلدي السليم (اللففوم الكآذب) ، وعن اللففوم الجلدي ، والفرآوية العقيدية . سير المرض مزمن ، ولا آآآ سورات أو إصآآت آشوية .

الذآب الشرآي Chilblain Lupus :

آالبآ مآ يكون هآ المرض آلامة وآة فقط للذآب الحمآمي القريصي (DLE) . يظهر لدى مرضى مصآين بزرق الأطراف عقيآت كبيرة مآدة بلون أزرق - محمر ، وتكون مسطحة مع تآرآ آفيف شديد الالتصآ ، وفرط آس ، وتتآع على مآآق الجلد المعرضة للبرد . وتفضل ظهر وآوف اليدين والقدمين ، والأنف والأذنين . يوجد ميل آفيف لانآسار المرض عن المركز ، لا تصآب الأعشية المآطية عآة . ويفرق هآ المرض عن آراز المسطح وعن الفرآوية (رآع الشكل ١٨ - ٤٣) .

الذآب الحمآمي آمآوعي (SLE) : Systemic Lupus Erythematosus

المآرآفآت : الذآب الحمآمي آشوي ، الذآب الحمآمي اللآافي وآشوي .

بالآزوت السائل . وبمآ أن للبرد آآير مؤكد في السورات المرضية فينصح بمآآة زرق الأطراف (التآيات) Acrocyanosis بمآهم التيرو أو مآهم السليسيآات .

الأشكال آاصة Special Forms :

الذآب الحمآمي الجلدي تحت آآآ (SCLE) (سنآاير وزملآؤه ١٩٧٩) Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus :

المآرآفآت : الذآب الحمآمي المزمن المتآر السطحي ، الذآب الحمآمي المتآر .

تغلب إصآة النساء الشآآت بهآ المرض ، ويتآرق بشكل كبير مع مستضد هلا HLA - B8 و HLA - DR3 . تشآهآ عآة آآت وآالبآ في آآآين . تكون العلامآت السريرية - الشكلية (Morphological) وآصة آآوآ ، فهي آآت آامية مرتفعة بقد ٥ ، إلى ٢ أو ٣ سم ، وشكلآ إما آلقي أو مفتول ، مستدير ، أو بيضوي ، مع أو آون وسف نآلي الشكل ، ويكون ملتصقآ أو غير ملتصق ، إلا أنه يآل من ظآرة المسآر Tack Phenomena . وآالبآ مآ يشآهآ فرط آس . تميل الآآت للظهور في المآآق المكشوفة من آلى الصدر والظهر وعلى السطح البآسط للآرآعين والوجه والفروة . يفرق هآ المرض عن الصآآ الشآع ، والإآزمية المثية Seborrheice . ويكون سير المرض مزمنآ ، وقد آآآ سورات مع مآآر لإصآة آشوية . ويظهر في معظم آالات ، عآد ترآع المرض ، ضمور سطحي مع غياب التصبغ . يمكن أن تظهر آاصة آآمة على الفروة (آلبة كآذبة) . وبلآ النظر وجود الأضآآ المضآة للنوى في المصل لدى ٧٠٪ - ٨٠٪ من مرضى (SCLE) . وتشآهآ أضآآ مضآة للمستضد الميولي Ro/SSA لدى أكثر من ٦٠٪ . كمآ تشآهآ معقآآت منآية آوالآة في الدم . وقد تتآآد آساسية مفرطة للضوء . (رآع الشكل ١٨ - ٤١) .

الذآب الحمآمي المتآج

: Lupus Erythematosus Tumidus

لهآ آالات النآرة آدآ من الذآب الحمآمي القريصي (DLE) رشآة التآية كبيرة تتسبب في ارتفاع الآفة كآلورم فوق الجلد . التشخيص التفريقي الرئيسي هو التفريق عن الانآفآعات الضوئية عآيدة الأشكال ، وعن اللففوم الكآذب Pseudolymphoma .

التعريف : مرض مجموعي التهابي ، يصيب النسيج الضام ذي طبيعة سببته مجهولة ، وهو قاتل إذا لم يعالج ، مع احتمال إصابة جميع الأجهزة . ويتميز بحدوث عدد كبير من الأضداد -تية مختلفة واحتمل أن تكون لها علاقة بالإمراض .

خصوت : يحدث المرض في جميع المناطق الجغرافية ولدى جميع -للات ويغلب لدى السود أكثر من البيض ، ويظهر لدى -شب تبلغين (حوالي سن ٣٠ سنة) . ومن النادر إصابة -شخص أو الكهول . نسبة حدوثه عند النساء مقارنة مع -رجال هي ٨ : ١ . وبسبب تكرار حدوثه لدى بعض -عائلات . فمن المحتمل أن يكون للعوامل الوراثية دور فيه . يوجد -ستضد HLA - B8 بنسب عالية لدى النساء -صيات بذأب حمامي مجموعي (SLE) . أما لدى السود فيترق مع HLA - A1 . كما يترافق أيضاً مع HLA - B5 و HLA - DR3 . ومن العوامل الخارجية المنشأ المسرعة في -عهور الإصابة : الأشعة فوق البنفسجية (UVA و UVB) ، -ذاتية ، والحمل ، والرضع ، والكرب النفسي .

خمول ١٨ - ٨ : الأدوية التي تخرض على ظهور الذأب المجموعي (SLE) أو ظهور متلازمة شبيهة بهذا الذأب

كونترموكرازول	مثيل ثيوراسيل	بروكاين أميد
ملاح الذهب	نيتروفوراداتين	كينيدين
غريزوفولفين	حبوب منع الحمل	ريزيرين
مشتقات الهيدانتوين	حمض بارا	ستربتومايسين
	أمينوساليسيلك	
هيدالازين	بنيسيلامين	سولفاسالازين
يزونيازيد	بنيسيلينات	سلفوناميدات
بيوم	فينوثيازينات	تتراسكلينات
مثن دوبا	فينيل بوتازون	

الإمراض : لا يزال مجهولاً ، ومع ذلك توجد دلائل بأن -تأثرات بين الشذوذات الرواميزية الوراثية Genetically Coded Anomalies للجهاز المناعي والعوامل الخارجية المنشأ لأنف ذكرها ، مسؤولة عن حدوث المرض . وهكذا يفترض مثلاً بأن الأشعة (UV) تغير من الدنا الواطن (Native DNA) فيصبح غريباً ، وعندها يعمل كمستضد Antigen يحرض على تكوين أضداد ذاتية . ويبحث أيضاً في الحمة الراشحة في -سببات ، حيث كشف المجهز الإلكتروني وجود بنيات أنبوية تشبه نظيرات الحمة المخاطية Paramyxovirus في الخلايا -ضائية ، وفي الاختبارات المجرة على الحيوانات شوهدت

جسبات من نمط (C) ، وشوهد لدى الإنسان أضداد مماثلة . قد تكون العيوب الوراثية في خلية (T) (مثلاً ، الخلايا الكابتة Suppressor Cells) مسؤولة عن حقيقة قيام الخلايا (B) في تكوين الأضداد الذاتية بطريقة لا يتم التحكم بها . ومن جهة أخرى شوهدت أضداد سامة للمفاويات لدى مرضى مصابين بالذأب الحمامي المجموعي (SLE) . كما توجد دلائل تشير إلى وجود عيب أو نقص في التخلص من الأضداد والمعدقات المناعية لدى مرض الذأب الحمامي المجموعي (SLE) . هذا وإن المعدقات المناعية المترسبة في جدر الأوعية الجلدية وفي أعضاء مختلفة تُنشط شلال المتممة Complement Cascade فتقود إلى حدوث أعراض مرضية متنوعة ، كالتهاب الأوعية بالمعدقات المناعية ، والتهاب الكلية ، والتهاب الشغاف ، والتهاب المفاصل .

الموجودات السريرية : لقد تم قبول الموجودات أو أعراض الذأب الحمامي الجهازية الملخصة في الجدول ١٨ - ٩ من الاتحاد الأمريكي للرثية عام ١٩٧١ وتقررت عام ١٩٨٢ . يتم تشخيص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) إذا وجدت (٤) علامات على الأقل من (١١) علامة ، ووجدت هذه الأعراض في نفس الوقت أو بالتوالي لدى الشخص المريض . تبلغ نسبة حساسية هذا التشخيص الترسيمي ٩٦٪ وتبلغ نوعيته ٩٦٪ أيضاً . ويكون ٤٪ سلبياً كاذباً و ٤٪ إيجابياً كاذباً . ومن العلامات الإضافية : الحمى (٩٠٪) ، ضخامة الكبد (٢٥٪) ، ضخامة طحال (٧٥٪) ، أعراض بطنية (٢٠٪) ، خاصة (٤٠٪ - ٧٣٪) ، وظاهرة رينو (١٧٪ - ٤٤٪) .

الموجودات الجلدية : على الرغم من أن الموجودات الجلدية نموذجية ، إلا أنها توجد لدى ٨٠٪ فقط من الحالات . يفضل المرض التوضع على الوجه ومناطق الصدر العارية والظهر والأطراف ، وتكون الآفات متناظرة وتميل للانتشار في مناطق واسعة من الجسم . (راجع الشكل ١٨ - ٤٤) .

تشاهد في حالات عديدة : حمى منتشرة ، دأمة ، تتوضع على الوجه بشكل متناظر يشبه الفراشة مما يجعل المريض بمظهر المتنفخ . قد تحدث آفات حطاطية - حويصلية تبدي خلال سيرها توسفاً نخالي الشكل ملتصقاً ، أو تبدي ضموراً . وقد يشاهد طفح ظاهري Exanthems حصوي الشكل أو قرمزي الشكل أو متعدد الأشكال أو شبيه بالوردية أو بالترزق متوضع على الجذع حيث يفضل الأقسام العلوية من الصدر والظهر .

قد تصاب أيضاً المناطق الطرفية (القمية) . ومن الإصابات

المتشرة إلى حاصة محددة ندية (لاعكوسة) ، أي الثعلبة الكاذبة .

لا يمكن التنبؤ بسير المرض ، فقد تستمر التغيرات الجلدية أو تراجع تلقائياً خلفه ضموراً في أغلب الأوقات . قد تكون التغيرات طفيفة ، وقد تحدث إصابة جلدية عامة لدرجة احمرار الجلد (الأحمرية) Erythroderma .

الفشاء المخاطي القموي : تشاهد حمى وذمية حمراء - مزرقة ، وتآكلات ، وتقرحات ذات غطاء فيبريني Fibrinous . تتوضع التغيرات في الغالب على الخنك العظمي (Hard Palate) ، والمخاطية الفموية ، وبدرجة أقل على اللسان . ويشاهد التهاب الشفتين النضحي Exudative Cheilitis أو المغلف بالجلب Encrusted مع ميل لحدوث ضمور .

الاعتلال العقدى اللمفي Lymphadenopathy : يشاهد تورم معم في العقد اللمفية لدى ٥٠٪ من الحالات .

إصابة المفاصل : تحدث إصابة المفاصل في حوالي ٩٤٪ من الحالات . قد يحدث ألم مفصلي عند الحركة مع تيبس Stiffness المفصل ، وقد تشاهد علامات التهاب مفاصل حاد لاسياً المفاصل المحيطة . وبشكل عام ، لا تؤدي هذه الإصابة إلى حدوث تشوهات .

العضل : تشاهد آلام عضلية Myalgias والتهاب عضلات Polymyositis في ٥٠٪ من الحالات . ويكون التشخيص التفريقي عن التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis ، والمتلازمات المترابكة Overlap Syndromes .

الإصابة الكلوية : تشاهد حتى في ٥٠٪ من الحالات وقد تكون على شكل التهاب كلية بؤري دون أية أعراض سريرية ، ويتم كشفها بشكل مبدي عند إجراء الفحص النسيجي أو التألق المناعي المجهرى . ومن الموجودات النموذجية كشف بيلة بروتينية ، وكريات حمراء ، وكريات بيضاء ، واسطوانات « وخلايا بطانية في النفالة البولية . ينتهي هذا المرض المختل ، المتقطع ، والمتري ، بقصور كلوي ، أو بمتلازمة كلائية (Nephrotic Syndrome = النفروز) أو بكل ضامرة ، وغالباً ما يترافق مع فرط ضغط الدم مما يسرع بحدوث الوفاة .

الموجودات القلبية : تشاهد في ٣٠٪ - ٥٠٪ من الحالات . وفي إطار الإصابة العامة للأغشية المصلية فإن التهاب التأمور هو الأكثر حدوثاً . بالإضافة إلى ذلك يشاهد التهاب عضل القلب ، ويندر نسياً حدوث التهاب شغاف دسامى وجدارى ثولولي لا جرثومي ونموذجي (متلازمة ليبان - ساكس) . كما يحدث تسرع قلب ، واضطراب نظم القلب ، ونفخات انقباضية ، وقد تُسمع احتكاكات التهاب التأمور . لخطط

النموذجية ظهور حمى بقعية أو منتشرة على راحات اليدين وأخص القدمين مع تفضيل التوضع على الإصبع النهائي Terminal Digit في اليدين والقدمين . ويحدث التقران بعد استمرار المرض لمدة طويلة . يشاهد توسع شعيرات وعائية دموية على رؤوس الأصابع وطيات الأظفار مع نزوف دموية تحت الأظفار . ويمكن للالتهاب الوعائي Angiitis أن يقود إلى تزرق وموات جلدي محدد ، وإلى حدوث تقرحات . وغالباً ما تشاهد حمى مع توسع شعيرات وتقران وضمور وتقرحات سطحية ، لاسياً على المرفقين والركبتين .

الجدول ١٨ - ٩ : تشخيص الذأب الحماسي المجموعي (SLE) وفق المعايير المنقحة عام ١٩٨٢

	٪
١ - طفح خدي (Malar Rash) - حمى وجهية ثابتة	٤٠ - ٦٤
٢ - آفات قريضية ، ندبات ضمورية	١٧ - ٣٢
٣ - خمسة ضوئي	٢٨ - ٤١
٤ - تقرحات في الفم أو في الحيشوم Rhinopharynx	١٥ - ٤٣
٥ - التهاب مفاصل (لاناكلي ، شامل مفصلين محيطيين أو أكثر)	٧٨ - ٩٤
٦ - التهاب مصلية (التهاب جنب ، التهاب تأمور)	٤٠ - ٦٠
٧ - اضطرابات كلوية [بيلة بروتينية (< ٠,٥ غ / يوم) ، اسطوانات خلوية]	١٦ - ٤٨
٨ - اضطرابات عصبية (نوبات Seizures ، ذهان Psychosis)	٨ - ٢٩
٩ - اضطرابات دموية [فقر دم انحلاي ، قلة البيض > ٤٠٠٠ / مل ، قلة الصفائح > ١٠٠٠٠٠ / مل]	٤٠ - ٧٥
١٠ - اضطرابات مناعية [خلايا (LE) ، مضاد nDNA ، مضاد Sm أو اختبارات مصلية إيجابية كاذبة للإفرنجي]	٢٧ - ٦٠
١١ - أضداد مضادة للنوى Antinuclear Antibodies	٩٠ - ١٠٠

تشاهد أثناء السير الوخيم والمتعمم للمرض حاصة منتشرة على الفروة . ومن جهة أخرى ، تقود إصابات الفروة الوحيدة أو

كهربية القلب أهمية تشخيصية كبرى ، وكذلك للفحوص
لتصعية .

الأغشية المصلية : تتأثر الأغشية المصلية في أكثر من ٣٠٪ من
حالات وتكون الإصابة بشكل التهاب مصلية متعدد فبريني
أو نضحي (التهاب تأمور ، ذات الجنب ، التهاب الصفاق
البريتوني Peritonitis) .

حمة العصبية المركزية : تشاهد تغيرات مرضية لدى ٣٠٪
من الحالات . يمكن للأعراض النفسية (تغيرات واضحة
الشخصية) وللأعراض العصبية (التهاب أعصاب ، وشلل
مؤقت ، وفوالج ، واختلاجات) أن تسبب صعوبات
تشخيصية ، لاسيما في حالة غياب الأعراض الجلدية . يشاهد
عتلال عصبي في الأعصاب المحيطية . وذكر ترافق المرض مع
متلازمة سيندون - أهرمان .

العيون : يشاهد توسع في الأوعية الشبكية ، والتهاب وريد ،
ونتهاب حول الوريد Periphlebitis ، ونزوف ، ونضح
حول البقعة الشبكية Perimacular Exudation قطني -
صوفي الشكل ، مبيض اللون (يدعى أجسام الشبكية شبيهة
خلوية Cytooid Bodies) . وقد يحدث ضمور عصب
صري ، والتهاب العينية Uveitis والتهاب قرنية ، والتهاب
متحمه .

إصابة أعضاء أخرى : قد تحدث رشاحات رئوية عقيدية
لا نموذجية ، وكذلك ذات رئة ، أو تليف رئوي . تشاهد
ضخامة كبدية - طحالية في ٢٠٪ - ٢٥٪ من الحالات . وقد
تشاهد بشكل أندر أعراض التهاب كبد (يرقان ، زيادة في
نقالات الأمين TRANSEAMINASE) . ويشير إلى إصابة
نسييل المعدي - المعوي مع ظهور غثيان ، وإقياء ، وألم بطني ،
واسهال ، ونزوف ، وذلك في حوالي ٢٠٪ من الحالات ، مع
حدوث التهاب مريء ، والتهاب معدة ، والتهاب أمعاء ،
والتهاب قولون . يعد نخر العظم العقيم ASEPATIC BONE
NECROSIS علامة للذأب الحمامي الجهازى ، وقد يعد من
تأثيرات الجانبية للمعالجة بالستيرويدات أيضاً . تبدو إصابة
الأوعية في زراق الأطراف ، وأعراض رينو ، ونقص مقاومة
الأوعية الشعرية مع ميل لحدوث الفرورية ، بالإضافة إلى التهاب
الوريد الخشاري THROMBOPHLEBITIS ، والخشار
(الخثرات = THROMBOSIS) . ومن علامات متلازمة
الذأب المضادة للتخثر Lupus Anticoagulant Syndrome
حدوث تزرق (ترخم) Livido ، والتهاب وريد ، وتقرح ،
مع ظهور مضاعفات في الجهاز العصبي المركزي لدى نسبة
عالية من المرضى . وليس من النادر مشاهدة التهاب شرايين

ناخر Necrotizing Arteritis ، لاسيما في النواحي الطرفية
(القمية) على شكل شرى ، تزرق شبكي ، وتقرحات ،
متوضعة بشكل خاص على الساقين .

الأعراض العامة : إن حدوث إنهاك ، وتعب ، فتور عام ، أو
حمى يشير إلى وجود مرض مجموعي . ويمكن مشاهدة جميع
التغيرات المحتملة للمرض من الأشكال الخفيفة وحتى الأشكال
ذات الأعراض الوخيمة والبدء الحاد .

تُعطى الأعراض المجموعية الأنف وصفها انطباعاً عن
التغيرات العديدة الممكنة الحدوث في الذأب الحمامي
المجموعي . وحسب نوع الأعراض السائدة سريرياً ، فقد يراجع
المريض في البداية الطبيب العام أو طبيب مستشفى (أخصائي
رئية ، أو قلبية ، أو كلية) أو أخصائي عصبية أو جلدية ،
ويتوجب على أي منهم وضع التشخيص ، ومن الضروري
التعاون بين مختلف الفروع في هذه الحالات .

الموجودات المخبرية : تشاهد تغيرات دموية في ٤٠٪ - ٧٥٪
من الحالات وتبدو على شكل فقر دم طبيعي الصباغ إلى فقر دم
ناقص الصباغ (بسبب انحلال الدم ، نقص حديد ، أو قصور
كلوي) . ومن الموجودات الدموية الأخرى المهمة قلة
الكريات البيض (< ٤٠٠٠ /مل) و/أو قلة الصفائح
(< ١٠٠٠٠٠ /مل) مما يقود إلى حدوث فرورية بقلة
الصفائح . ويؤدي تعداد الدم التفريقي انحرافاً للأيسر مع قلة
اللمفاويات وقلة الحمضات ، ويشاهد أحياناً كثرة الكريات
البيضاء Leukocytosis .

ترتفع دائماً سرعة تفتل الكريات الحمر (ESR) ، وتصل في
أشكال المرض الوخيمة حتى ١٠٠ ملم في الساعة الأولى وقد
تتجاوز هذا الرقم ، وهذا دليل على نشاط المرض . يشاهد في
الرحلان الكهربائي نقص الألبومين وزيادة في
ألفا ٢ - غلوبولين ، وكذلك يشاهد زيادة في عرض غاما -
غلوبولين (معقدات مناعية) . ويشاهد في الرحلان الكهربائي
المناعي ازدياد في IgG (متعددة النسائل Polyclonal) ، أما
IgM و IgA فيكونان سويان عادة .

يكون العامل الرئاسي إيجابياً لدى حوالي ٣٣٪ من
الحالات ، ويكون البروتين التفاعلي (C-reactive C -
protein) إيجابياً في أغلب الأوقات خلال أطوار نشاط
المرض . وقد يكون اختبار كومبس إيجابياً . تشاهد أحياناً
معقدات مناعية جائلة وغلوبولينات قرية Cryoglobulins
ينخفض عادة مستوى المتممة (C3 ، C4 ، مجموع المتممة)
لأنها تستهلك في تكوين معقدات ضدية مستضدية
Antigen - antibody Complexes . وتشاهد في ١٠٪ من

عصبونات Neurons -

٥ - أضداد موجهة ضد الكلاجين .

أضداد مضادات النوى *Antinuclear Antibodies* : يمكن إثبات وجود واحد أو عدة أضداد ذاتية في هذه المجموعة بواسطة تقنية التآلق المناعي اللامباشر IIF لدى أكثر من ٩٠٪ من حالات الذأب المجموعي (SLE). تُغطى مقاطع مجمدة لركيزة نسيجية *Tissue Substrate* غنية بالنوى بمصل المريض (مثل : كبد فأر ، مزارع سرطانية خلية / HEP - ٢ خلايا). وبعد فترة حضانة لهذه المقاطع ، والغسل ، يمكن مشاهدة أضداد من المريض في نوى الخلية باستعمال مضاد غاما - غلوبولين إنساني موسوم *Labeled*. ويمكن التفريق بين قسم مركزي *Centromere* متجانس ، غشائي ، منقط ، وبين نماذج نوية *Nucleolar* في التآلق النووي *Nuclear*.

للأنواع المختلفة من الأضداد المضادة للنواة قيمة في التشخيص ، فالنموذج الغشائي (الحلقي) يكون بشكل عام نوعي للذأب الحمامي المجموعي (SLE) ، لاسيما بوجود عيارات *Titeres* عالية ، أما نموذج الومضان المتجانس فيكون أقل نوعية ، ومع ذلك فهو يتطابق مع ما يدعى بعامل الذأب الحمامي (LE) ، الذي يمكن كشفه في المصل بإجراء اختبار *Latex Test*. أما النموذج النووي أو نموذج القسم المركزي فيشير إلى تصلب جلد مجموعي مترقي .

تكون الأضداد الموجهة للدنا *DNA* الواطن ثنائي الطاق *DNA* (Native Double - Stranded DNA) نوعية للذأب الحمامي المجموعي (SLE) بشكل خاص ، ويمكن مشاهدتها في التآلق المناعي المجهرى على شكل تآلق نقطي في متقدرات *Mitochondria* الأنواع السوطية لشعورة لوسيليا (*Crithidia Luciliae*) ، والتي تستعمل كركيزة *Substrate*. وبالإضافة إلى ذلك توجد طريقة حساسة ونوعية مناعية شعاعية لكشف الأضداد *Radioimmunological* *Technique*.

إن أضداد المستضد (Sm) ، وهي قسم من الجزء المقاوم للدنا (*RNAse*) والمستخلص من المضادات النووية (ENA) تكون ذات نوعية عالية للذأب الحمامي المجموعي (SLE). تشاهد أضداد (Sm) لدى ٢٠٪ - ٣٠٪ من المرضى وبشكل رئيسي عند المصابين بمضاعفات وخيمة (الكلى ، الجهاز العصبي المركزي CNS). قد لا توجد أية أضداد عند بعض المرضى المصابين بذأب حمامي مجموعي (SLE) ، ولكن تشاهد لديهم أضداد ضد الهيولى (Ro (SSA) وغالباً ما تترافق مع

الحالات تفاعلات مصلية كاذبة للإفرنجي (تفاعلات نموذجية أو تفاعلات لا لولية) ، وهي علامة خاصة لتلازمة مضاد الكاردوليولين *Anticardiolipin Syndrome*. كما يشاهد في الذأب الحمامي المجموعي (SLE) إيجابية اختبار (FAT) مع تآلق سبحي *Beaded Fluorescence*. يكشف فحص البول وجود بيلة بروتينية ، أو دموية ، واسطوانات وذلك حسب شدة الإصابة .

ومن خواص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) وجود أعداد كبيرة من الأضداد الذاتية ذات القيمة التشخيصية والإمراضية (جدول ١٨ - ١٠).

الجدول ١٨ - ١٠ : الأضداد الذاتية في الذأب الحمامي المجموعي

١ - أضداد مضادات النوى الموجهة ضد *Antinuclear*

Antibodies Against

- ديوكسي ريبونيكليوبروتين (نموذج تآلق متجانس)
- دنا *DNA* وحيد الطاق (*ssDNA*) (نموذج غشائي)
- دنا *DNA* ثنائي الطاق الواطن (*nDNA* ، *dsDNA*) (نموذج نقطي الشكل مع شعورة لوسيليا *Crithidia Luciliae*)
- بروتين نووي ربي قابل للاستخلاص (*RNP*) (نموذج منقط)
- مستضدات نوية (نموذج نووي)

٢ - أضداد المضادات الهيولية الموجهة ضد :

- المتقدرات *Mitochondria*
- الجسيمات الحالة *Lyosomes*
- جسيم صغري *Microsomes*
- ريباسات *Ribosomes*
- بروتين سكري *Glycoproteins*
- مستضد بروتينات شحمية
- *Lipoproteins - Ro(SSA) Antigen*

٣ - أضداد موجهة ضد الخلايا الدموية :

- كريات حمراء
- كريات بيضاء (غشاء)
- صفيحات

٤ - أضداد موجهة ضد أعضاء مختلفة :

- مخاطية المعدة
- غلوبولين درقي
- غمد ليف العضل

أضداد (SSB) La ، وقد تشاهد الأضداد لدى مرض الذئب الحمامي المجموعي (SLE) من المصابين بعوز متممة وراثية ولدى حديثي الولادة المصابين بالذئب الحمامي (LE) .

ظاهرة خلايا (LE) ، واختبار خلايا (LE) : في عام ١٩٤٨ اكتشف هارغريفز خلايا الذئب الحمامي (LE) في نقي عظم قص مضاف إليه هيبارين ، ويمكن إنتاج هذه الخلايا في الزجاج In Vitro . تتكون خلايا (LE) من محبات عدلة Neutrophilic تحتوي على مادة نووية أسسة مُبلّعة Phagocytosed ، وتشاهد أقسامها النووية مُزاحة كلية إلى المحيط . تعود ظاهرة الذئب الحمامي هذه إلى عوامل مضادة للنواة (عامل LE وغيره) ، والتي تهاجم مادة النواة في الخلايا المتأذية فتستهلك المتممة وتخرب الخلية . تحاط المادة النووية المتغيرة بالعدلات (تُشكل زهرة Rosette Formation) التي تُبلع المادة فتصبح بذلك خلايا ذئب حمامي (LE) نموذجية . ويمكن بيان هذه الظاهرة خارج الجسم في الزجاج والكشف عنها في دم المرضى . وفي هذه الأيام لا توجد أية أهمية عملية لاختبار خلايا (LE) ، لأن تقنية اختبار (IIF) في كشف أضداد المضاد النووي أكثر حساسية وتسمح بالتعرف على نماذج التآلق والمعايرات . ويمكن استعمال اختبار اللاتكس لكشف عامل (LE) كوسيلة لتقصي المرض .

ترسب الغلوبولين المناعي على الغشاء القاعدي واختبار شريط الذئب : يمكن أن يشاهد لدى المرضى بذئب حمامي مجموعي (SLE) شرائط مكونة من ترسبات ناعمة - حبيبية أو رواسب خشننة من غلوبولينات مناعية (IgG ، وأيضاً IgM أو IgA) ومكونات المتممة (C3) في منطقة الغشاء القاعدي للجلد المصاب ، وذلك بواسطة التآلق المناعي المباشر (DII) المجهرى . تدعى صورة التآلق هذه شريط الذئب Lupus Band وتدعى الطريقة اختبار شريط الذئب .

قد توجد حاجة لإجراء ثلاث خزعات جلدية تُجمد مباشرة دون تثبيت :

- خزعة من الجلد المريض (الوجه ، الفروة ، اليدين) .
- خزعة من جلد معرض للشمس وغير متغير سريرياً (الناحية الظهرية للساعد) .
- خزعة من جلد غير متغير سريرياً وغير معرض للشمس (الألية) (تدعو الحاجة إليه نادراً) .

ويمكن حفظ المادة المتجمدة بدرجة (-٢٠)م لمدة أسبوعين على الأقل ، كما يمكن إرسالها بالبريد على ثلج جاف . يجب أخذ الخزعات على قدر الإمكان قبل إعطاء أي علاج عام أو موضعي بالستيروئيدات القشرية السكرية .

يكون اختبار شريط الذئب إيجابياً في الخزعات المأخوذة من أماكن الإصابة في ٩٠٪ - ١٠٠٪ من مرضى الذئب الحمامي المجموعي (SLE) وفي ٩٠٪ - ٩٥٪ من مرضى الذئب الحمامي القريصي (DLE) ، ولا يشاهد أي اختلاف في نموذج التآلق المناعي . يكون الاختبار أحياناً إيجابياً في العد الوردي ، والتهاب الجلد والعسل ، وداء الليشمانيات ، والجدام الجذمومي Lepromatous Leprosy ، وتوسع الشعريات الأساسي ، والداء السكري ، والبرفيرية الجلدية . يمكن أن يكون اختبار شريط الذئب سلبياً في الذئب الحمامي القريصي (DLE) ، وذلك في الحالات التي تكون فيها التغيرات الجلدية قد حدثت منذ أقل من شهرين ، أو إذا كانت المعالجة العامة أو الموضعية بالستيروئيدات القشرية قد طبقت منذ زمن طويل .

أما في الجلد غير المتغير سريرياً والمعرض للشمس فيكون الاختبار إيجابياً في ٨٠٪ من حالات الذئب الحمامي المجموعي (SLE) ، ولكنه دائماً سلبى في الذئب الحمامي القريصي (DLE) . وإذا ثبت أن الاختبار إيجابي في الذئب الجلدي تحت الحاد (SCLE) فهذه إشارة مهمة على التحول إلى شكل مجموعي . وفي الجلد غير المتغير سريرياً وغير المعرض للشمس يندر لاختبار شريط الذئب أن يكون إيجابياً في الذئب الحمامي المجموعي (SLE) ، وإيجابيته تشير إلى شدة المرض ، وتصاب الكلية في ٧٠٪ من الحالات .

المجدول ١٨ - ١٩ : الأهمية التشخيصية لاختبار شريط الذئب

التشخيص السريري	مكان العينة	إيجابي في ٪ من الحالات
الذئب الحمامي المجموعي (SLE)	جلد مصاب	٩٠ - ١٠٠
	جلد غير متغير معرض للشمس	٦٠ - ٨٠
	جلد غير متغير غير معرض للشمس	٤٠
الذئب الحمامي القريصي (DLE)	جلد مصاب	٩٠ - ٩٥
	جلد غير متغير معرض للشمس	
	جلد غير متغير غير معرض للشمس	

التشريح المرضي النسجي : إن التغيرات النسجية في الذئب الحمامي المجموعي (SLE) تختلف كاختلاف الصورة السريرية .

فقد تكون شديدة الشبه بالصورة الموجودة في الذأب الحمامي المزمن ، وقد تبدي ملامح نضحية Exudative واضحة . قد يشاهد ضمور ، وفرط تقرن سوي Orthohyperkeratosis ، وخطل تقرن Parakeratosis ، وكذلك تفجعي Vacuolization خلايا البشرة القاعدية . ومن الملامح الملفتة للنظر ثخانة الغشاء القاعدي (تلوين الباس PAS) . وغالباً ما تشاهد وذمة واضحة في أعلى الأدمة قد تقود إلى تشكل حويصل تحت البشرة . وتوسع الأوعية الدموية واللمفية بشدة . يشاهد في النسيج الضام تنكس فيبريني الشكل Fibrinoid مع ترسب عديدات السكر يد المخاطي المتعادل Neutral والحمضي (تلوين Hale-PAS) . تشاهد في الأدمة العلوية رشاحة لمفاوية تتوضع حول الأوعية واللواحق وتكون الكثافة أكبر في الأدمة العميقة . قد يشاهد أيضاً التهاب وعائي كاسر للكريات البيض Leukocytoclastic . ويندر أن يشاهد في الجلد ما يدعى بأجسام الهيماتوكسيلين (أجسام LE ، Gross ١٩٣٢) الموازية للمادة النووية المتبدلة في خلايا (LE) ، وتشاهد أكثر في التهاب الشغاف ، والتهاب الكلية ، وإصابة العقد اللمفية .

المسیر والإنذار : قد يأخذ المرض سيراً خاطئاً إلا أنه على الأغلب ذو سير متقطع مع هدأة محدودة تستمر لأسابيع أو أشهر أو لسنوات قليلة . ويكون الإنذار خطيراً دائماً ، حتى في الأشكال ذات السير تحت الحاد ، والعامل الحاسم يكون في مدى إصابة الأعضاء المختلفة وترقيتها . وقد تخمن الإنذار ، كانت الوفاة تحدث خلال أسابيع قليلة إلى سنتين ، منذ اكتشاف الستيروئيدات القشرية السكرية ، وأصبحت نسبة الحياة لمدة ٥ سنوات تزيد على ٩٠٪ . وبالإضافة للموت الناجم عن أسباب خاصة بالمرض (قصور كلوي أو قصور قلبي) فإن الأخماج الوخيمة العارضة (مرض - و/أو عوز مناعي محدث بالمعالجة) غالباً ما تكون هي المسؤولة عن حدوث الوفاة .

التشخيص : يوضع التشخيص السريري بسهولة عند اكتمال ظهور المرض لاسمياً في حال وجود حمى ، وارتفاع سرعة تنفل الكريات الحمر ، وقلة البيض . ويتأكد التشخيص بمشاهدة أضداد مضادة للنواة ، عامل (LE) ، وأضداد موجهة ضد الدنا DNA الواطن ثنائي الطاق ، وإيجابية اختبار شريط الذأب . يجب نفي أو تقييم إصابة الأعضاء بالاستقصاءات النوعية . قد لا يخطر تشخيص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) على البال إذا كان سير المرض مزمناً ، أو الأعراض قليلة ، أو إذا غابت التغيرات الجلدية . ويجب الشك به في حالات التهاب المفاصل المترافق مع قلة البيض أو الفرغرية ؛ وكذلك في التهاب المفاصل

العصي على الساليسيلات ، وفي التهاب كبيبات الكلى Glomerulonephritis غير المترافق بفرط ضغط الدم ، وفي ذات الجنب والتهاب الشغاف العصي على المعالجة . وفي حال وجود ذأب قريصي (DLE) سابق ، يمكن أن تكون الحالة عبارة عن سورة مجموعية لذأب حمامي قريصي (DLE) قد تأخذ سيراً حاداً أو تحت الحاد أو مزمناً . إن حوالي ٥٪ من حالات الذأب الحمامي القريصي (DLE) و (٢٠٪ - ٤٠٪) من الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد (SCLE) قد تتحول إلى الشكل المجموعي بعد ٥ - ٢٠ سنة .

التشخيص التفريقي : يجب التفريق عن التهاب المفاصل المزمن ، والتهاب الجلد والعضل ، كما يجب التفريق عن تصلب الجلد المجموعي المترقي ، ومرض النسيج الضام المختلط (متلازمة Sharp) ، والتهاب محيط الشريان العقيد Periarthritis ، و Nodosa ، والتهاب الشغاف الجرثومي ، وحمج المكورات السحائية أو البنية ، والحمى الرئوية ، والتهاب كبيبات الكلى ، والطفوح الدوائية ، وداء المصل Serum Sickness . وأخيراً ، يجب التفكير بالأمراض التي تصيب الأعضاء الأخرى من خلال الاعتماد على الأعراض السائدة .

المعالجة :

الجهازية : في بداية المعالجة لا يستغنى عن استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية ، وهي معالجة عرضية فقط ، يتوجب الاستمرار بها لعدة سنوات في معظم الحالات . ولهذا السبب يجب أن يكون هدف المعالجة الحصول على تأثير مناسب بأقل جرعة ممكنة . تعطى في البداية جرعات عالية (١٠٠ - ٢٠٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها من الستيروئيدات القشرية السكرية الأخرى) ، ومن خلال المناظرة الدقيقة للموجودات السريرية والمخبرية وإنقاص الجرعة بعناية ، كي يتسنى للطبيب المعالج من إقرار الجرعة الفردية الداعمة . في الحالات العصبية على الستيروئيدات بشكل خاص ، وبعد ثبات الحالة المرضية أيضاً ، تستعمل ، بالإضافة لها ، كاببات المناعة مثل أزاثيوبرين (٥٠ - ١٥٠ ملغ/يومياً ، أو ٢٠٠ ملغ/يومياً كحد أقصى) وسيكلوفوسفاميد (٥٠ - ١٥٠ ملغ/يومياً) . كما يوصى أيضاً باستعمال الأسبرين في حال وجود أعراض مفصلية واضحة . يمكن الاستطباب أيضاً بالأدوية المضادة للبرداء (كلوروكين ، هيدروكسي كلوروكين ، أو كيناكين) ويستفيد بشكل خاص من هذه المعالجة المرضى ذوي الحساسية الشديدة للضوء ، ومن الضروري مراقبة التأثيرات الجانبية للأدوية . وفي حالات وجود أضداد ذاتية أو معقدات مناعية ببيارات عالية في المصل يجرب إجراء فصادة المصورة Plasmapheresis .

تأثيراً إمرضياً لأن الآفات الجلدية والأضداد كلاهما تختفیان في نفس الوقت . وتشاهد أيضاً أضداد البروتين النووي الريبي UI (nRNP) دون أضداد Ro في مثل هذه الحالات .

المتلازمة الشبيهة بالذأب الحمامي المجموعي Systemic Lupus Erythematosus – Like : Syndrome

المرادفات : متلازمة الذأب الحمامي (SLE) الكاذبة .

مع أن الأدوية قادرة على إثارة ذأب حمامي مجموعي (SLE) حقيقي ، إلا أنها تستطيع أيضاً التسبب في إحداث متلازمات تشبه الذأب الحمامي المجموعي سريرياً ، وتتصف بنوب حمى معاودة ، وذات جنب ، والتهاب التأمور وعضل القلب ، وآلام مفاصل ، وآلام عضل ، وعلامات جلدية (تتضمن حمامى وجهية على شكل فراشة) .

تظهر هذه الإصابات بشكل عام بعد معالجة مديدة بالهيدروالكورتيكوستيروئيد ، بروكائين – أميد ، وبعض السولفاميدات . وبخلاف الذأب الحمامي المجموعي الحقيقي ، فإن أضداد مضادات النوى لا تشاهد في هذه الإصابات ، إلا أنه غالباً ما يشاهد أضداد المستون وأضداد مضادات المتقدرات Mitochondria . في أغلب الحالات ، وبعد التوقف عن استعمال الدواء ، تختفي الأعراض تدريجياً وبشكل دائم . وليس ممكناً في جميع الحالات إقرار فيما إذا كانت الحالة عبارة عن ذأب حمامي كامل استتير بالدواء ، أو أن ذأباً حمامياً ذو أعراض قليلة قد تقام ، أو أن مرضاً ذاتي الشكل قد تم تحريضه بالأدوية . وإن بعض الآليات الإراضية الممكنة هو حدوث تحريض دوائي يؤدي إلى تشكل أضداد للذات أو حصول تأذي في الوظيفة التنظيمية للنظام المناعي من خلال تشكل الأضداد . ولا يوجد أي اختبار يمكنه التفريق بشكل قاطع بين الذأب الحمامي الحقيقي والمتلازمة الشبيهة بالذأب .

المعالجة : إلى جانب تجنب الأدوية المشكوك فيها ، تطبق الستيرويدات القشرية السكرية بجرعات متناقصة عن الطريق العام .

التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis (Unverricht ، ١٨٦٣ Wagner)

المرادفات : التهاب العضلات (غالباً عندما لا تشاهد أية إصابة جلدية ، إيتون) ، الداء الليليكي (lilac) (غلاتزمان ، لدى الأطفال) .

نوعية : تستعمل رهيئات أو مراهم تحتوي على الستيروئيدات قشرية . كما تستعمل دارئات شمسية UVA و UVB .

تدابير العامة : ينصح في السورات الوخيمة بالراحة في الفراش وتجنب ضوء الشمس (قبعات ، ثياب ، واقبات شمسية) وتجنب الكرب الجسمي والنفسي . تسبب الأمراض الخمجية خطراً كبيراً على المريض .

مراقبة المعالجة : تفيد المعالم التالية في تقييم نشاط الذأب الحمامي مجموعي (SLE) :

– سرعة تفاعل الكريات الحمر (من الممكن أيضاً الرخلان الكهربي ، IgG) .

– تعداد الكريات البيض والحمر والصفائح ، واهيموغلوبين .

– أضداد مضادات النوى لاسيما الأضداد المضادة للDNA الواطن ثنائي الطاق .

– مستويات المتممة (C3 ، C4 ، ويمكن مجموع المتممة) .

– بيلة البروتين (سلاسل – L في البول) .

وإلى جانب الصورة السريرية العامة ، يمكن لهذه المعلومات المخبرية بشكل خاص أن تكون دليلاً في المعالجة الطويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية السكرية ، وبكابتات المناعة .

الذأب الحمامي الوليدي (مكويشن وشوش Neonatal Lupus Erythematosus : ١٩٥٤)

هو مرض نادر لدى ولدان Newborns من أمهات مصابات بذأب حمامي تحت حاد (SCLE) أو ذأب حمامي مجموعي (SLE) ، أو بمتلازمة جوغرن (Sjögren) ، أو مصابات بأدواء المغراء Collagenoses الأخرى . ويتصف سريرياً بمشاهدة آفات بقعية ، وأحياناً حلقية أو متحلقة Circinate ، حمامية ، مع ترقق نحو المحيط ، وتفضل أن تتوضع على جلد الوجه والجذع . تشاهد الآفات الجلدية منذ الولادة أو تظهر بعد الوضع بوقت قصير ، وتختفي الآفات خلال السنتين الأوليتين من الحياة . ويشاهد إحصار قلب ولادي لدى حوالي ٢٠٪ – ٧٠٪ من هؤلاء الأطفال . وغالباً ما تشاهد تشوهات قلبية ، وقلة صفيحات أيضاً .

تعد الأضداد (SSA) Ro و/أو (SSB) La في دم الأم وولدها من الواسمات المصلية لهذا المرض . ومن المعروف أن هذه الأضداد تعبر المشيمة إلى الجنين ، ثم تصاب بالتدرك (تحلل) خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة ، ويبدو أن لها

الموجودات السريرية :

التغيرات الجلدية : تكون التغيرات الجلدية في الحالات الإفرادية غير واضحة للمرضى ، إلا أن الصورة المرضية تكون نموذجية إذا أخذت من جميع جوانبها . تفضل الآفة إصابة الوجه بشكل متناظر لاسيما الأجزاء العلوية ، والمنطقة حول العين ، والحدود وأيضاً المرفقين ، والركبتين ، وبزوايا Knuckles الإصبع ، وطية وسرير الظفر . تشاهد على الوجه بشكل خاص ، بقع حمامية منتشرة ومتناظرة بلون أحمر خمرى إلى بنفسجي (لون الليلك) . ومن العلامات المميزة للمرض تعابير الوجه الحزينة ونقص المحاكاة Hypomimia مع مزاج مكتئب . ويظهر في وقت مبكر توسع شعيرات ، ووسف مفرط التقرن شديد الالتصاق . ويندر حدوث نزوف ، بينما تشاهد وبشكل منتظم وذمة في المنطقة الحمامية مختلفة الشدة . بعد استمرار الحالة لبعض الوقت ، تظهر مناطق من الضمور محدة بلون أبيض يشبه الخنزف الصيني (البورسلان) ، ثم تصبح هذه المناطق مثل الورق ، لاسيما على طيات الأظفار وفوق الأصابع ومفاصل الركبة (بقع كولوديون = Collodion Spots) . تشاهد مناطق واسعة من الضمور مع توسع شعيرات وفرط / أو زوال الصباغ على الوجه والرقبة والقسم العلوي من الصدر والظهر وتكون بمظهر مبكّل (التهاب الجلد والعضل التبكلي) . كما توجد حالات من التهاب الجلد والعضل التبكلي ذات سير مزمن . (راجع الشكل ١٨ - ٤٥) .

قد تشاهد حطاطات حزازية في نفس المناطق ذات لون أزرق - محمر إلى بنفسجي ، مرتفعة قليلاً ، لاسيما على ظهر اليدين ، والمرفقين ، والرقبة (علامة غوترون) . وتصبح الصورة أكثر تقلباً بسبب حدوث طفح ظاهر نرقي ، أو حويصلي - فقاعي ، أو عقيدي ، مع ميل لحدوث نخر Necrosis . هذا وإن ظهور حمى وخيمة ، دقة Hectic ، متوردة الشكل ، قد يكون علامة لحدوث خبائث (حمى خبيثة) .

يفقد الشعر بريقه ، وقد تحدث حاصة منتشرة ، كما قد يحدث فرط الأشعار Hypertrichosis . وقد تشاهد حمى على الفروة . وتصبح الأظفار أيضاً باهتة ومتجعدة . وبما يلفت الانتباه ، ظهور أخدود مصفر ومفرط التقرن في سرير الظفر ، وهو مؤلم عندما يدفع للخلف (علامة كينينغ = Keining's Sign) .

تحت الجلد Subcutis : يندر حدوث التهاب السبلة الشحمية . تشاهد ترسبات كلسية كبيرة في الحالات المتقدمة

التعريف : هو مرض جهازى التهابي وخيم ، يصيب الجلد والهيكال العضلي ، كما يصيب أيضاً النسيج الضام الوعائي ، وتصاب أعضاء في أجهزة أخرى . وغالباً ما تحدث أورام خبيثة لدى البالغين في نفس الوقت مع حدوث التهاب الجلد والعضل .

الحدوث : نادر . ويشاهد المرض في جميع مجموعات الأعمار . غالباً ما يحدث المرض لدى أطفال دون سن العشر سنوات ، ولدى البالغين بعمر ٣٠ - ٦٠ سنة . تتضارب المعلومات حول توزع المرض حسب الجنس إلا أن المحتمل هو إصابة الإناث أكثر من الذكور بمرتين إلى ثلاث مرات . وقد شوهد حدوث التهاب جلد وعضل لدى يافعين مترافقاً مع وجود مستضد (HLA - B8) .

السيببات : مجهولة . يشاهد في المجهر الإلكتروني مكتنفات تشبه الحمة Virus في الخلايا البطانية والعضلية ، إلا أن السبب الحموي لم يتأكد بعد . يصادف ظهور المرض في بعض الحالات مع وجود حمة كوكسايكي ، وفي حالات أخرى مع داء المقوسات Toxoplasmosis .

الإمراض : يصنف المرض غالباً مع ما يدعى بأمراض الكلاج Collagenoses أو مع الأمراض المنيعية للذات Autoimmune ، ومع ذلك لا يوجد دليل على قيام الأضداد الذاتية أو المركبات المناعية بأي دور في الإمراض .

التزامن مع الأورام الخبيثة : تحدث الأورام الخبيثة بنسب عالية لدى البالغين المصابين بالتهاب الجلد والعضل ، وتشير المعلومات المتوفرة إلى نسب تتراوح ما بين ٢٠٪ إلى أكثر من ٧٠٪ مع وضوح ارتفاع نسبة الإصابة لدى الذكور ، ومع تقدم العمر . يمكن كشف التهاب العضل والجلد بأن واحد مع الورم ، ومع ذلك فإن أحد هذين المرضين قد يحدث قبل الآخر . وغالباً ما يتحسن التهاب العضل والجلد بعد استئصال الورم وقد يرجع بعد عودة ظهور الورم أو حدوث انتقالات . تشاهد سرطانة في السبيل الهضمي (المعدة ، الكولون ، المستقيم) ، أو الرئة ، أو الثدي ، أو أعضاء التناسل الأنثوية (المبايض ، الرحم) . كما يجب التفكير بالأورام الخبيثة الأخرى . وفي اليابان والحوض الكاريبي يترافق أحياناً التهاب الجلد والعضل مع ابيضاض دم بالخلايا T / لدى البالغين / لمفوم (ATL) ، ومع خبائث خلايا T / للمفاوية الناضجة . وتترافق حمة T / الموجهة للمفاويات البشرية Human T Lymphotropic Virus ١ (HTLV - I) مع (ATL) في سببات الإمراض .

تتأخر = Calcinosis تنوضع تحت الجلد وفي العضل وقد تُثبت حمة قرحات بطيئة الالتئام .

هذا المرض على ترافق الأعراض الجلدية مع مرض في بعض غير أنه لا توجد علاقة دقيقة بين الإثنين ، فقد جاء حيداً أولاً أو يصاب العضل . وفي حال غياب الإصابة حبة يدعى المرض التهاب العضلات (ايتون) . يشاهد في نسبة تعب متزايد ، يتلوه إيلام Tenderness ، وألم في العضلات وشعور بالتوتر ، وضعف عضل متزايد (وهن عصبي مؤلم = Myasthenia Dolorosa) . وعلى الأغلب ، جاء أولاً حزام الكتف بحيث يتعذر رفع اليد فوق المستوى ذقني . وعلى سبيل المثال ، يصبح تمشيط الشعر مستحيلاً . قد ضيّت العضلات الرقبية فلا يمكن إبقاء الرأس منتصباً . ثم تغيرات العضلات الصوتية فإنها تسبب خشونة الصوت . تكون إصابة المريء وعضلات التنفس خطيرة وتقود إلى عسر مع وضيق النفس (زلة) . وقد يصاب الحزام الحوضي أيضاً يشعر المريض بالألم والضعف عند صعود درج أو عند الوقوف . وبما أن المرض ينتهي بضمور عضل وتصلب فإن مريض يصبح عاجزاً .

موجودات المجموعية : قد يحدث التهاب عضل القلب ، و التهاب كيبات الكلى (بيلة بروتينية ، بيلة اسطوانات ، بيلة دموية) . وأندر من ذلك الإصابة الرئوية (ذات الرئة خلالية ، تليف الرئة ، ذات الرئة الثانوية الرشفية Aspiration مع عسر البلع) ، وأعراض معدية - معوية (تشنج ، إسهال ، قرحات) ، وإصابة الجهاز اللمفي (ذبحة كاذبة Pseudoangina ، وتورم العقد اللمفية ، وضخامة كبدية - صحنية) ، والتهاب العصب ، وتخلخل العظام ، وألم مفاصل ، وتغيرات في قاع العين .

الموجودات المخبرية : يشاهد فقر دم ناقص الصباغ معتدل شدة في بعض الحالات وبعد سير مرضي طويل . تعداد كريات البيض غير وصفي ، يشاهد غالباً كثرة في الكريات بيضاء ، وقلة اللمفاويات ، وكثرة الحمضات . يرتفع قليلاً سرعة تفاعل الكريات الحمر خلال مراحل نشاط المرض . يكون معامل الريثاني أحياناً إيجابياً (ما بين ١٠٪ - ٥٠٪) ، أما عامل الذأب الحمامي (LE) ، وأضداد مضادات النوى ، وارتفاعات المصلية الإفرنجية فتكون سلبية .

من العوامل المهمة قياس نشاط الإنزيم LDH و Glutamate - Oxalate Transaminase GOT ، والأندولاز وبشكل خاص الكرياتين فوسفوكيناز CPK حيث يعتبر ارتفاعها مقياساً لواقع تحرب ألياف العضل أثناء مراحل

نشاط المرض ، وبنفس الوقت يرتفع كرياتين المصل ، ويفرغ بمقادير متزايدة في البول ، ويمكن استخدام كرياتين البول لمراقبة سير المرض .

يمكن تفريق الاضطرابات العصبية المنشأ عن الاعتلالات العضلية الأولية بواسطة مخطط كهربائية العضل (EMG) ، ومن خلال وجود رجفان وكمونات صغيرة متعدد الأطوار . وتفيد هذه الطريقة أيضاً في تحديد موقع الإصابة في الالتهايات المحدودة . تفحص خزعة عضلية لنفي الاعتلالات العضلية غير العادية ، ولتأكيد تشخيص الاعتلال العضلي الالتهابي ويجري هذا عادة بمشاركة مختص بالمرضيات العصبية .

التشريح المرضي النسيجي : لا يمكن تفريق التغيرات الجلدية في أطوار المرض الأولى عن آفات الذأب الحمامي حيث يشاهد ضمور في البشرة ، وتنكس في الخلايا القاعدية فجوي بؤري ، وثخانة في الغشاء القاعدي ، ووذمة معتدلة إلى شديدة في أعلى الأدمة ، ورواسب موسين (مخاطين) ، ورشاحة لمفاوية رخوة حول الشعيرات المتوسعة ، وغالباً ما يلاحظ تسرب كريات حمراء منتثرة خارج الأوعية . وأخيراً يشاهد تليف وتصلب مع رواسب كلسمية جلدية وتحت الجلد . يبدى التآلق المناعي المباشر أجساماً خلوية الشكل Cytoid .

تكون التغيرات العضلية التشريحية المرضية النسيجية محددة (بؤرية ، قطعية) . وقد توجد تغيرات وخيمة مجاورة للمناطق السوية . يظهر تورم وذمي في ألياف العضلات المخططة ، ثم تفقد التخطيطات العرضانية ، وتظهر فجوات وتنكس شعبي وتجانس وتخرب ليفيات ، وفي النهاية يشاهد غمد ليف عضلي فارغ . وتشاهد وذمة خلالية ورشاحة لمفاوية وأيضاً رشاحة بالمصوريات والمنسجات . ويكون التصلب هو النتيجة النهائية . وإن للتحريات الإنظيمية الكيميائية - النسيجية قيمة تشخيصية . ومن المهم أخذ خزعة عميقة ذات حجم كاف وكبير ، وغالباً ما تؤخذ من العضلة الدالية . وبما أن التغيرات تكون محدودة ، فإن الفحص النسيجي يؤكد تشخيص بعض الحالات فقط . قد توجد حاجة لأخذ عدة خزعات ويفضل أن تؤخذ بالتوافق مع نتائج مخطط كهربائية العضل .

المسير : إذا سار المرض بشكل خاطف فقد تكون النتيجة مميتة في أيام قليلة ، أما في حالات السير المعتدل فقد تمتد فترة المرض إلى أكثر من ثلاثين عاماً . تشاهد جميع التغيرات الممكنة من ترد متقطع إلى هدأة مرضية . ويكون سير المرض لدى الأحداث أفضل منه لدى البالغين لقلة توافقه مع الحباثة .

المضاعفات والإنذار : يمكن لتخرب العضل الواسع أن يقود إلى متلازمة الصدمة العضلية - الكلوية مع قصور دوراني

لمسوققات النمو الخلوي Cytostatics بإنقاص كمية الستيروئيدات ، والخيار الأول هو ازاثيوبرين (١,٥ - ٣ ملغ/ لكل كغ من وزن الجسم يومياً عن طريق الفم) كما يعطى أيضاً ميثوتركسات (٠,٤ - ٠,٨ ملغ/لكل كغ من الوزن مرة في الأسبوع عن طريق الحقن الوريدي ، أي ما يعادل ٢٥ - ٦٠ ملغ إسبوعياً) ، وتراقب وظائف الكبد ويجرى تعداد للكريات البيض . يحتاج المريض خلال مرحلة المرض الحادة إلى راحة في الفراش ، وتغذية جيدة ، وعناية طبية عامة ، وبعدها تطبق معالجة فيزيائية منفعة وبخدر لتجنب حدوث التقيحات . وتستعمل مركبات الستيروئيدات القشرية السكرية بمقادير قليلة موضعياً في معالجة التغيرات الجلدية ، كما تفيد الأدوية المضادة للبرداء في تحسين التغيرات البكالية الجلدية . يعطى هيدروكسيد الألمنيوم عن طريق الفم لمعالجة الكلاس الجلدي لدى الشباب وله بعض الفائدة .

داء النسيج الضام المختلط

: Mixed Connective Tissue Disease

(شارب ، ايروين ، تان ، غولد ، هولمان ١٩٧٢)

المرادفات : متلازمة شارب .

التعريف : هو متلازمة مترابكة من تصلب الجلد المجموعي المتري ، والتهاب الجلد والعضل ، والذآب الحمائي المجموعي .

الحدوث : نادر . يفضل النساء ، وغالباً في العقد الرابع من العمر .

الموجودات السريرية : إن العلامات الجلدية مع التورم الجاسي (متصلب = Indurated) في اليدين والأصابع يتوافق مع الطور الالتهابي لتصلب الجلد المجموعي ، ومن الشائع مشاهدة أعراض رينو وإصابة المريء . وبالإضافة لذلك تشاهد آفات جلدية تتوافق مع الذآب الحمائي المجموعي أو القريصي أو الجلدي تحت الحاد . وتوجد غالباً حاصة منتشرة وكذلك تغيرات في صباغ الجلد . ومن العلامات الأخرى الهامة حدوث ، حمى ، وآلم مفاصل ، والتهاب عضل ، وعسر بلع ، واعتلال عقدي لمفي ، وضخامة كبدية - طحالية ، والتهاب مصليات ، وتغيرات رئوية (رئة ذائبة) ، ويندر جداً حدوث إصابة كلوية أو التهاب أوعية .

الموجودات المخبرية : إن وجود أضداد للمستضد النووي القابل للاستخلاص (UI-RNP) والحساس للريونوكلياز في

وكلوي . تحدث ذات الرئة بسبب قصور عضل التنفس ، أو بعد الرش في حالات عسر البلع . وإن استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية لفترة طويلة و/أو استعمال كاببات المناعة يعرض للإصابة بأحماج عرضية . يُنظر إلى الكلاس على أنه علامة لإنذار جيد . وقد تحسّن الإنذار السيء كثيراً عن السنين السابقة وذلك إثر استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية وكاببات المناعة ، ومع ذلك فإن معدل الوفيات خلال السنتين الأوليتين من بدء المرض تقارب ٢٥٪ - ٣٠٪ لدى البالغين و ١٠٪ - ٢٥٪ لدى الأطفال . وغالباً ما تبقى بعد الشفاء شلول عضلية ، وتقفع ، وتحدد بالحركة .

التشخيص : يؤكد التشخيص : الصورة السريرية ، ونشاط الإنزيمات العضلية في المصل ، وطرح الكرياتين في البول ، ومخطط كهربائية العضل ، والتشريح المرضي النسيجي . يجب نفي ترافق المرض مع الحباثة (السرطانة ، اللمفوم) لاسيما لدى البالغين .

التشخيص التفريقي : من المهم تفريق هذا المرض عن الذآب الحمائي المجموعي (عامل الذآب LE ، وأضداد مضادات النوى ANA ، وسرعة التثفل ، وتعداد الدم ، واختبار شريط الذآب) وعن تصلب الجلد المجموعي المتري (وبشكل خاص المدعو متلازمة كريست) ، وعن أمراض النسيج الضام المختلطة (متلازمة شارب) وعن التهاب محيط الشريان العقد .

يسبب داء الشعريينات Trichinosis صعوبة كبيرة عند التشخيص التفريقي ، ولاسيما في طوره المهاجر (بدءاً من الأسبوع الثاني بعد العدوى) ، لأن الحمى ، ووذمة الأجفان والوجه ، وآلم العضلي ، من العلامات النموذجية لهذا المرض أيضاً . يدوم داء الشعريينات لمدة ٧ - ٨ أسابيع ، ومع ذلك فعند الأسبوع الرابع وما بعد ، يمكن التأكد من المرض بفحص الدم والعضل ، ويجب إجراء الاختبارات المصلية . ويفرق المرض أيضاً عن آلم العضلات الرثوي ، وحثل العضل ، والوهن العضلي الوخيم ، والاعتلال العضلي الإنسمامي الدريقي .

المعالجة : لا يستغنى عن استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية ، وينصح باستعمالها في أسرع وقت بعد وضع التشخيص . ويعتمد على الصورة السريرية لتقدير مقدار الجرعة التي تتراوح ما بين ٦٠ - ١٢٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها للحصول على تأثيرات سريعة مضادة للالتهاب . لا ينصح باستعمال ديكساميثازون أو تريامسينولون لأنها قد تحث على حدوث اعتلالات عضلية . يخفض مقدار الجرعة بخدر بينما تراقب نشاطات الإنزيمات المصلية لأن المعالجة لمدة تزيد على السنة ضرورية في معظم الحالات . يسمح التطبيق الإضافي

معظم مريض مهم جداً في التشخيص . ويمكن في معظم حالات مشاهدة عبارات عالية لأضداد مضادات النوى (ANA) مع نموذج تآلق منقط (مرقط) .

• شيء مميز هو أن العيارات العالية للأضداد المرتبطة بالكثير من حي يمكن كشفها في نوى الخلايا البشرية بواسطة تآلق ضاعي مباشر . وتشير الفحوص المخبرية الأخرى إلى علامات التهاب عام (ارتفاع سرعة التثفل ، وفرط الغاما غلوبولين ، وناعمل الرثياني) ، وإلى موجودات نموذجية للذئاب حمومي مجموعي ، والتهاب العضل والجلد .

علامات المتراكمة الأخرى : إلى جانب المتلازمة المترابطة موصوفة آنفاً ، والتي يعتبرها بعض المؤلفين كياناً مستقلاً ، يشهد أيضاً مزيج من تصلب الجلد المجموعي المترقي ، مع ذأب حمومي مجموعي ، والتهاب الجلد والعضل ، التهاب مفاصل رثياني . والتهاب محيط الشرايين العقد .

الإنداز : يستمر المرض عادة عدة أشهر إلى سنين قليلة . ولكن عام يكون الإنداز جيداً نسبياً ، إلا أنه غالباً ما يحدث تحسب جلد .

علاجية : تستجيب الحالة بشكل جيد إلى الستيروئيدات تقشيرية السكرية . في الحالات الوخيمة ، وإذا كان ثمة مانع لاستعمال الستيروئيدات ، أو كانت تأثيراتها الجانبية شديدة ، يمكن استعمال كابنات المناعة أيضاً . تعالج الحالات الأقل وحمة بالأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية . تعتمد معجزة في كل حالة إفرادية على مدى إصابة الأعضاء .

أمراض النسيج الضام المؤثرة في الأيدي والأقدام والقضيب Connective Tissue Diseases Affecting Hands, Feet, and Penis

وسادات الراجم (مفاصل العظام الصغار باليدين والقدمين) Knuckle Pads :

بريدات : ثفان المفصلة Tylositates Articuli ، وسادات برجة الحقيقة .

التعريف : ثخانة تشبه الوسادة ، محددة ، قاسية ، تتوضع فوق مفصل الأصابع ناجمة عن التليف .

الحدوث : فرادي ، وغالباً عائلي ، وأحياناً يتصادف مع تقفع

دوبويتزان وورام ليفي Fibromatoses . يبدأ المرض بشكل تلقائي في سن ١٠ - ٣٠ سنة من العمر .

الإمراض : مرض وراثي ينتقل بواسطة صبغي جسدي سائد . يحدث أحياناً كمتلازمة يشاهد فيها وسادات البرجمة ، ووبش الأظفار Leukonychia ، وصمم (متلازمة بارت بمفري ١٩٦٧) . لا يوجد دليل على أن النشوء آلي أو رضحي ، ويشك بتأثير الاضطرابات الوظيفية الوعائية كزراق الأطراف أو التأذي بسبب البرد .

الموجودات السريرية : التوضع متناظر على السطوح الظهري للمفاصل المتوسطة للأصابع من الثاني وحتى الخامس ، ونادراً فوق الإبهام . وغالباً ما يتأثر الجلد فوق المفاصل النهائية . تكون الثخانات قاسية ، ونصف دائرية ، شبيهة بالوسادة ، بحجم ٣ - ١٠ ملم ، وبلون الجلد أو مزرقة . لا تتوضع هذه الوسادات عادة في المنتصف فوق قمة المفصل ولكنها وبشكل عام تميل إلى أحد الجوانب . ويكون المركز أحياناً منخفضاً ، ويدعى وسادات البرجمة مع تكون رصعة Dimple (ستروبل ١٩٤٥) .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي البشرة ثخانة شواكية Acanthotic وفرط تقرن سوي ، وتبدي الأدمة تليفاً غنياً بالخلايا ، وثخانة مكونة من حزم من ليف الكلاجين .

المسار : تبدأ التغيرات في الظهور عند الشباب أو بدء الكهولة ، وتزداد ببطء خلال السنين ، ثم تستمر .

التشخيص التفريقي : يجب التفريق بين وسادات البرجمة الكاذبة من النموذج الثفني ، وعن الثفن التفاعلي أو الناجم عن المضغ ، وعن التقران البرجمي الوسادي الشكل المحدد في التقران الراجمي الأخصي .

المعالجة : غير ممكنة . وقد يسبب الاستئصال حدوث ندبات جدرية أو جدرات .

وسادات الراجم الكاذبة (التمط الثفني) ستروبل ١٩٤٩ : False Knuckle Pads (Callosity Type)

المترادفات : تشكل وسادات من التمط الثفني .

الإمراض : هي إثنان تنجم عن عوامل آلية (عادة العمل) وليس عن تغيرات أولية في نسيج الجلد الضام .

الموجودات السريرية : تكون الوسادات قاسية بقطر ٥،٠ - ١ سم ، وتقع مباشرة فوق منتصف المفاصل ولها لون مصفر داخلي المنشأ (فرط تقرن) وأخاديد خشنة . لا تشاهد أعراض حركية - وعائية أو التهابية . (راجع الشكل ١٨ - ٤٦) .

المعالجة : تجرب المراهم الحالة للطبقة القرنية . تراجع وسادات البراجم الكاذبة بعد التوقف عن التعرض للمنبهات المسببة للمرض .

وسادات المضغ (غارود ١٨٩٣ ، ميجل وبلوويج ١٩٧٦) : Chewing Pads

التعريف : هي آفة نادرة . وتشاهد غالباً نخانة متناظرة على ظهور الأصابع لدى الشباب ، ومن المحتمل أن تكون مماثلة لوسادات البراجم الكاذبة من النمط الثفني .

الإمراض : فرط تنسج محدد Circumscribed يصيب النسيج الضام والبشرة ينجم عن : مضغ ، مص ، لعق ، شد ، حك ، أو ذلك .

الموجودات السريرية : تنمو وسادات المضغ ببطء ، ولا يلاحظها المريض في البداية . تغيب الأعراض الشخصية كالآلم ، وتحدد الحركة ، أو الشعور بالتوتر . وتكشف النخانة مصادفة في الغالب . يبدو الجلد أحياناً خشناً أو ثلثولي الشكل ولا تشاهد تغيرات النهاية . وتكون الأصابع من الثاني إلى الخامس في كلتا اليدين ثخينة على الأغلب ، وذات شكل مغزلي مع زيادة في النسيج الضام ، لاسيما بين مفاصل الأصابع . وبهذا التوضع تختلف وسادات المضغ عن وسادات البراجم الحقيقية التي تفضل التوضع فوق مفاصل الإصبع أو إلى جانبها . يكون الجلد مغضناً على الأغلب في محور الأصابع الطولي . قد تشاهد شقوق وسحجات أيضاً Excoriations . (راجع الشكل ١٨ - ٤٧) .

التشخيص المرضي النسيجي : يشاهد شواك Acanthosis ، وورام حلبي (Papillomatosis) ، وفرط تفرغ سوي Orthohyperkeratosis وفرط تنسج منتشر في النسيج الضام .

التشخيص التفريقي : يفرق عن وسادات البراجم ، وعن وسادات البراجم في الجلادات الوراثية - (متلازمة تورين - سولنتي - غولي ، متلازمة بارت - بمفري) ، وعن جلاد الترصب (نفرس ، توف (اجناد) ، صفروم) ، وعن عقد هيردين ، وعن التهاب العظم الكيسي المتعدد (داء بيريس - جنغلنغ) في الغرناوية ، وعن احمرار الجلد القرني المتناظر المترقي ، وعن التقران الراحي الأخصي النافذ Keratosis Palmoplantaris Transgrediens .

المعالجة : يتوجب أن يشرح للمرضى الشباب ولوالديهما العلاقة بين المضغ والثفن التفاعلي بهدف تقويم هذا السلوك الخاطيء . ويخفف من الآفة وضع شريط لاصق فوقها ،

وكذلك الحقن بداخل الآفة لمعلق مخفف من الستيروئيدات القشرية .

ليفوم الأصابع المتعدد (نيلاتون ١٨٥٦) : Multiple Fibromas of The Fingers

التعريف : هي عقيدات من الليفوم ذات توزع متناظر وتوضع فوق مفاصل الإصبع المتوسط .

السيببات : مجهولة ، ويفكر بوجود تأهب شخصي أو وراثي في النسيج الضام الوتري كي يشكل أوراماً ليفية .

الموجودات السريرية : تشاهد عقيدات متحركة بقطر ٥ - ١٢ ملم على شكل قبة ، غالباً ما تكون مؤلمة ، وقد تمنع إغلاق قبضة اليد . لا يحدث تغير بالجلد ، وقد يرق ، ويكون لونه محمراً غالباً . قد تحدث تغيرات مماثلة سريرية ونسجية على المرفقين وفوق الركبتين .

التشخيص المرضي النسيجي : هو ليفوم ذو توضع جلدي وتحت الجلد .

التشخيص التفريقي : يفرق عن وسادات البراجم ، والأشنان ، والصفروم الوتري الذي يتوضع أيضاً فوق المفاصل ، وتحت الجلد ، وفي مناطق أخرى من الجلد .

المعالجة : غير ممكنة . يحدث النكس غالباً بعد الاستئصال الجراحي .

عقد هيردين (١٨٠٢) : Heberden's Nodes

المرادفات : التهاب المفصل لهردين .

التعريف : تشكّل متناظر من عقيدات صلبة تتوضع على الجانب الباسط للمفاصل بين السلاميات القاصية (البعيدة) في أصابع اليدين والقدمين من الثاني وحتى الخامس .

الإمراض : وراثي غالباً ، ومرتبطة بالجنس . وهو سائد لدى النساء . قد تحدث تغيرات النهاية نخرية في العظام يتلوها نشوء أعران Exostoses على الرؤوس المفصلي . ويفرق عن شكل رضحي يحدث لدى الرجال .

الموجودات السريرية : يفضل المرض إصابة النساء بسن / ٤٠ / سنة وما فوق . تنشأ عقيدات صلبة ، أو عقيدات مزدوجة ، من العظم بحجم ٢ - ٥ ملم وبشكل متناظر وتوضع عادة على المفاصل القاصية بين سلاميات الأصابع الثاني والثالث والخامس ، ويكون الجلد متحركاً فوق الآفة . قد تبدي السلاميات القاصية ثنيًا جانبيًا . وقد تبدأ الحالة بالآلام راحة في الإصبع المصاب ثم تنتهي بالآلم خفيف عند الضغط . تكون عقد بوشارد Bouchard أكثر ندرة ، وهي تشكلات شبيهة تتوضع

على المفصل بين السلاميات الدانية ، وقد تتوضع على أصابع
تقدمين وعلى الركبة والورك بشكل نادر . تشخص الحالة دائماً
بـفحص بالأشعة السينية .

التشخيص التفريقي : تفرق عن جميع الأمراض الالتهابية
تنكسية التي تصيب مفاصل الإصبع وعن الكلاس المحدد وعن
نقرس . يتم التعرف بسهولة على توف النقرس وهي رواسب
من اليورات بيضاء تلمع عبر الجلد ويمكن تحريكها فوق طبقة
جلد الواقعة تحتها . (راجع الشكل ١٨ - ٤٨) .

المعالجة : المعالجة العرضية فقط ممكنة .

تقفع الإصبع لدبوتران (١٨٣١)

: Duputren's Finger Contracture

مرادفات : ورام ليفي راحي Plamar Fibromatosis .

التعريف : هو تقفع اثنتائي لأصابع اليدين بسبب ثخانة مزمنة
وانكماش السفاق الراجي Palmar Aponeurosis .

الحدوث : يحدث أكثر لدى المتقدمين في السن من الرجال
وتزداد المراضة Morbidity لتصل إلى حوالي ١٨٪ . المرض
نادر لدى النساء ويظهر فقط مع تقدم العمر « وينجم عن وراثية
بصبغي جسدي سائد مع انتفاذ Penetrance مختلف .

الإمراض : إلى جانب التأهب الوراثي والجنس ، فإن الرضح
يخضع على ظهور المرض . تحدث عقيدات في السفاق الراجي
وأخيراً يظهر انقباض ليفي .

الموجودات السريرية : تميز في تقفع دبوتران ٤ درجات من
المشددة وهي :

الدرجة الأولى : عقيدات مجسوسة محددة على السفاق الراجي
تشاهد غالباً في تجويف اليد على طول شعاع ممتد من الإصبع
الرابع .

الدرجة الثانية : تقفع وشيك للسفاق الراجي مع تحدد خفيف
في انبساط الإصبع في المفصل السعني - السلامي (المشطي -
السلامي = Metacarpophalangeal) .

الدرجة الثالثة : يمنع الانبساط في المفصل داخل السلامي
الداني Proximal ، أو في الإبهام في المفصل السعني -
السلامي .

الدرجة الرابعة : فرط انبساط إضافي في المفصل القاصي Distal
بين السلاميات .

تتأثر أولاً أصابع اليدين الرابع والخامس . في البداية يحدث
تأذي بسيط في الانبساط ، وبعد تردد متقطع تنحني أخيراً

الأصابع نحو مركز اليد بوضعية شديدة الثني ويسحب الجلد إلى
الداخل ويلتصق مع السفاق . يمكن أن يشاهد تشكل حبل
ناشر قاسر يبرز بوضوح عندما يحاول المريض أن يمد الأصابع ،
يقاسي بعض المرضى من ألم شديد . (راجع الشكل
١٨ - ٤٩) .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد في السفاق الراجي ثخانة
وترية وتليف عقيدي . تكون العقيدات الجلدية غنية
بالأرومات الليفية ، وفي التشريح النسجي يتذكر الإنسان الغرن
الليفي Fibrosarcoma .

السير : تفقد في الحالات الوخيمة وظيفة القبض Gripping في
اليد . ومن الممكن إصابة طيات أصابع اليد المنقبضة الجلدية
بالمذح Intertrigo وداء المبيضات Candidosis بشكل
ثانوي .

التزامن مع أمراض أخرى : يصنف المرض كأحد أمراض
الورام الليفي المتعدد لتورين Polyfibromatoses وقد يشاهد
المرض مجتمعاً مع ورام ليفي راحي ، أو مع داء القضيب الرأبي
الجناسي Induratio Penis Plastica أو مع تليف الثدي
الرجولي Fibrosis Mammar Virilis . وقد يتزامن مع ميل
لحدوث الجدرات ، ووسادات البرجمة ، وتشمع كبد ، و
التهاب حول المفصل العضدي - الكتفي . لا توجد علاقة
قاطعة مع الكحولية Alcoholism ، أو الداء السكري ، أو
الصرع .

المعالجة : يجب التخلص قدر الإمكان من القوى الآلية حتى في
الطور المبكر (مثلاً الضغط الدائم) . المعالجة المختارة هي
الاستئصال الجراحي للسفاق الراجي . إن حقن الستيرويدات
القشرية السكرية والهيالورونيداز داخل الآفة لا يقود إلى نتائج
مقنعة . كما لا يؤثر إعطاء الفيتامين E عن طريق الفم . ينصح
بعض المؤلفين بالمعالجة بالأشعة السينية الخفيفة للأطوار المبكرة
من المرض وبجرعة مقدارها ٤ Gy في كل يومين متتاليين . ثم
تعاد هذه الجرعة بفترة ٨ - ١٠ أسابيع حتى يصبح مجموع
الجرعات ٢٤ Gy . ويعترض الجراحون على المعالجة الشعاعية
لأنها تقود إلى حدوث تليف شعاعي يزيد من صعوبة الجراحة
اللاحقة .

الورام الليفي الراجي (لدرهوز ١٨٩٤)

: Plantar Fibromatosis

المرادفات : مرض لدرهوز ، تليف السفاق الراجي
Aponeurosis Fibrosa Plantaris .

الإمراض : يشبه هذا المرض بشكل أساسي تقفع دبوتران وقد

يحدث معه . ينذر حدوث الورام الليفي للسفاق الراجحي . وغالباً ما يظهر المرض بعد أذية Injury أو تهتك Laceration تالٍ لرضح آلي . تشاهد التغيرات العقدية عادة على النهاية الدانية للعظام المشطية ، وقد تقود إلى صعوبة في المشي .

المعالجة : كما في تقفع دوبيتران .

داء القضيب الرأبي الجاسيء (دي لا بيروني ١٧٤٣) : Induratio Penis Plastica

المترادفات : داء بيروني Peyronie ، تصلب القضيب الليفي ، جسؤ (تصلب) القضيب ، جسؤ رأبي في القضيب .

فرانكو دي لا بيروني طبيب الملك لويس الرابع عشر الخاص أول من وصف هذا المرض .

التعريف : هو جسؤ (تصلب) يشبه الحبل ، يصيب النسيج الضام في الغلالة البيضاء Tunica Albuginea .

الحدوث : نادر . وغالباً ما يحدث بين عمر ٤٠ - ٦٠ سنة ويندر حدوثه لدى الشباب .

السيببات : مجهولة . يمتثل وجود تأهب وراثي لاسيما وأن الورامات الليفية الأخرى تحدث بنفس الوقت . على سبيل المثال « يشاهد تقفع دوبيتران بنفس الوقت ولدى حتى ٣٠٪ من المرض . كما يحدث المرض مع جذرات « ووسادات البرجمة ، أو تليف الثدي الرجولي .

الإمراض : هو ورام ليفي ينشأ من الغلالة البيضاء المحيطة بالأجسام الكهفية وتقود مع الزمن إلى حصول جسؤ محدد أو منتشر .

الموجودات السريرية : يكون موقع الجسؤ النموذجي على الجانب الظهري لجسم القضيب ، فيبتدأ بعد الحشفة ويرق بشكل دائي . وبالجس ، يمكن الشعور بالجسؤ على شكل صفيحة أو حلقة أو قلم ، وتكون غالباً مميزة عن الأجسام الكهفية بالجس ، ويبدو أن الجسؤ يتوضع في الجسم الكهفي بالذات عندما يصاب حاجز القضيب أيضاً . في حالات نادرة يتوضع الجسؤ على الجانب البطني لجسم القضيب حول الإحليل . ولا يشاهد الجسؤ ولا يؤلم عندما يكون القضيب رخواً ، وعند الانتصاب ينحني القضيب إلى الأعلى أو إلى

الجانب باتجاه الجسؤ . ودائماً يبدو الجلد المغطي للآفة طبيعياً ويتحرك بسهولة . قد يأخذ العجز أشكالاً مختلفة . يقود الألم الموضعي والألم المشع خلال الانتصاب والانسداد الآلي إلى عدم المقدرة على الجماع وما يرافقه من كرب نفسي ومزاج اكتئابي ، الأمر الذي يسبب حدوث العنانة .

التشريح المرضي النسيجي : في البدء تشاهد تغيرات التهابية . تنخن الغلالة البيضاء على شكل ورام ليفي يتألف من نسيج ضام وتري غني بالأرومات الليفية . وبعد ذلك تقل الخلايا وتصبح غنية بالكلاجين مع نقص أو غياب الألياف المرنة ، يحدث تكلس حوولي Metaplastic ويتكون غضروف وعظم .

المسير والإنذار : يوجد ترقى لجميع الأعراض غالباً . وقد يحدث تراجع عفوي خلال فترة سنوات بنسبة تصل إلى ٣٠٪ من المرضى . ويكون النمو سليماً .

المعالجة : المعالجة صعبة وغير واعدة . المعالجة العامة بمجرات كبيرة من الفيتامين E ، والمعالجة بمزيج من الفيتامين A مع فيتامين E لم تكن مقنعة . قد تفيد في بداية المرض إعادة الحقن بداخل الآفة بمعلق من بلورات الستيروئيدات القشرية السكرية (استيونييد التريامسينولون المعلق ١٠ ملغ المخفف مع مخدر بنسبة ١ : ٥) . وينصح بحقن داخل الآفة بالأورغوتين (سوبر أوكسيد ديسموتاز) مع تحذير جذر القضيب . تحذ التأثيرات الجانبية للدواء من جدوى هذه المعالجة .

يقال إن المعالجة بأشعة سينية خفيفة (المقادير كما في تقفع دوبيتران) تؤدي إلى نتيجة جيدة لدى ٣٠٪ - ٥٠٪ من المرضى . وبينما يستجيب الألم للمعالجة الشعاعية الخفيفة فإن استجابة الجسؤ تكون أفضل في الإصابات الجديدة ذات التغيرات البسيطة ، وكذلك عند المرضى دون الخمسين سنة من العمر . ينصح أيضاً بالإشعاع البعادي بالسيزيوم ، وكذلك باستعمال حزمة إلكترون (إلكترونات من ٦ - ٩ mV) .

وأخيراً ، يفكر بالمعالجة الجراحية في الحالات الوخيمة يجريها أخصائي بولية أو جراح رأبي . وتستطب بالجراحة إذا سبب الألم و/أو الانحراف عنانة ، وقد تحدث العنانة بعد العمل الجراحي أيضاً .

الفصل التاسع عشر

شذوذات الجلد وتشوهات

Anomalies and Malformations of the Skin

د. وليد حناوي

لا تنسج الجلد الولادي Aplasia Cutis Congenita

[Cordon 1767] :

مردفات : غياب الجلد الولادي ، لا تنسج الجلد المحدد .

التعريف : مجموعة متغايرة من الاضطرابات تنصف بغياب خسد وملحقاته الموضع أو المنتشر عند الولادة ، وقد يكون عضو مقترحاً عند الولادة .

الإمراض : نظراً لأن هذه المجموعة متغايرة ، لذلك يجب أخذ عوامل السببية المختلفة التالية بعين الاعتبار : الاحتشاءات شيمية ، الماسخات ، الأخماج داخل الرحم ، الزيغ الصبغي ، خلل البشرة الفقاعي ، وخلل تنسج الأديم الظاهر . ولقد نوقشت شرائط السلي (الأمينوس) Amniotic Bands ونزوح داخل الرحم حول دورها الإمراضي ، ولكن لا توجد نظرية موحدة في ذلك .

الموجودات السريرية : قد تتفرح الآفات عند الولادة أو تشفى تماماً . وبالاعتماد على عمق الآفات ، فقد تغيب بعض طبقات جلد أو جميعها ، وأحياناً تصل الآفة عميقاً إلى اللفافة ، أو نغص ، أو الأم الجافية . وإذا شفيت ، نجد غيباً واضحاً في كل مسحات الجلد (راجع الشكل ١٩ - ١) .

ويتطلب التصنيف الحديث للأسباب وطراز لا تنسج الجلد الولادي ، وجود تسع زمر سريرية (Frieden 1986) .

الزمرة ١ : وتنتشر باللاتنسج جلدة الفروة الولادي دون ترافقها بشذوذات متعددة . تعتبر الفروة المكان الأكثر شيوعاً لإصابة (قمة الرأس) ، وتوجد آفة وحيدة في أكثر من ٧٠٪ من الحالات ، وآذان في ٢٠٪ ، وثلاث في ٨٪ ، وتتراوح الغيوب بين ٠,٥ - ١٠٠ سم^٢ . وقد تحدث فيها النزوف ، وخشخشات الوريدية ، والتهاب السحايا . ولقد سجلت شذوذات معزولة في هذه الزمرة ، ولكنها ليست متعددة : فليح خشفة Cleft Lip والحنك ، ناسور رغامي مرئي ، ازدواج لرحم وعنقه ، القناة الشريانية المفتحة ، الفتق السري

الولادي ، الكلبية عديدة الكيسات ، تخلف عقلي ، توسع الشعيرات الجلدي المرمري الولادي . وتكون الوراثة فردية أو بصبغي جسدي سائد .

الزمرة ٢ : وتنتشر باللاتنسج جلد الفروة الولادي المترافق بشذوذات في الأطراف . وفي معظم الحالات ، تتوضع الآفات وحيدة على الخط المتوسط للفروة ، وترافق بشذوذات في الأطراف : ارتفاع الأصابع ، حنف القدم ، لا تنسج الأظفار أو حثلها ، مياسم جلدية Skin Tags ، جلد مرمري ، قيلة دماغية ، وعاءومات دموية ، شذوذات قلبية ، اختفاء الخصية . والوراثة فيها بالصبغي الجسدي السائد .

الزمرة ٣ : وتنتشر باللاتنسج الجلد الولادي المترافق بوحات بشرية أو عضوانية Organoid . وفي معظم الحالات ، يوجد هذا الشكل من اللاتنسج على الفروة ، وتكون العيوب فيه وحيدة أو متعددة ، وترافق بوحات عضوانية على الفروة أو الوجه ، وبشذوذات عينية مع تخلف نفسي حركي . وهذه الزمرة غير مورثة .

الزمرة ٤ : وتنتشر باللاتنسج الجلد الولادي المترافق بشذوذات جنينية كثيرة . تتوضع الآفات فيها على الجذع (البطن ، الظهر) ، أو الفروة أو أي مكان آخر ، وقد تختفي الشذوذات تحت هذه الإصابة . تصاب الأذن والحبل الشوكي غالباً . ولقد سجل في الحوادث ترافقها ببقيلة سحائية نخاعية ، ونقص الرق Dysraphia وتضيق قحفي ، وورامات وعائية في السحايا الرقيقة ، وشذوذات أذنية ، وفتق سري ولادي . والوراثة فيها تختلف باختلاف المرض المرافق .

الزمرة ٥ : وتنتشر أيضاً باللاتنسج المترافق بجنين ورقي أو بخشخشات مشيمية . ويتوضع اللاتنسج لهذه الزمرة في مناطق مختلفة كالقرو أو الصدر أو الظهر أو الإبط أو الأطراف . ويجدر الانتباه إلى التوضعات المتناظرة والمتعددة ، وغالباً ما تكون بشكل خطي أو سواتل . أما التأثيرات المرافقة فهي : شريان سري وحيد ، تأخر في النمو والتطور ، شلول ، حنف Clubbed الأيدي والقدم التي ترافق مع حثل الأظفار . ولقد نوقشت التبدلات الإقفارية أو الخشارية في المشيمة والجنين المسببة لهذه الزمرة . وهي لا تورث .

الزمرة ٦ : وتنتشر باللاتنسج الجلد الولادي المترافق بالخلل البشرة الفقاعي الوراثي . لقد وصف النمط الأول على شكل نفاطات موضوعة دون ترافقها بشذوذات ولادية متعددة ، بينما وصف النمط الآخر بإصابة واسعة في الجلد وشذوذات ولادية ، وتصاب مناطق واسعة من الساعدين والساقين والجذع ، وتشاهد النفاطات على الجلد والمخاطيات ، وقد تغيب أظفار

اليديين أو تكون مفتولة Distorted . وعلاوة على ذلك ، تشاهد شذوذات في الكلية ، والعفج ، والإحليل ، والأذنين والأنف . أما الوراثة فيها فتعتمد على غط اختلال البشرة الفقاعي الوراثي .

الزمرة ٧ : وتظاهر باللا تنسج الجلد الولادي الموضع على الأطراف دون أن يترافق بتشكيل النفاطات ، ويتوضع هذا اللا تنسج على الذراعين (السطوح الباسطة) ، والرسغ ، وظاهر اليدين ، ولا توجد فيه شذوذات مرافقة . وتكون الوراثة فيها بالصبغي الجسدي السائد أو الصاغر .

الزمرة ٨ : وتظاهر باللا تنسج الجلد الولادي الذي يعزى إلى الماسخات Teratogens ، وقد يصيب أي منطقة من الجسم عقب الإصابة بأخماج الحماق أو الحلا البسيط . ولقد أصيبت الفروة بعد تناول الميتيازول Methimazole . وكما لا توجد علامات أخرى لإصابة الوليد بأخماج الحماق أو الحلا البسيط . وهذه المجموعة غير موروثية .

الزمرة ٩ : وتظاهر أيضاً باللا تنسج الجلد الولادي المترافق بمتلازمات الشذوذات . وتشاهد في : التثلث الصبغي ١٣ (والمرادف هو متلازمة تثلث الصبغي d1) ، متلازمة 4p (خبن Deletion الذراع القصير للصبغي ٤) ، الأشكال المختلفة من خلل تنسج الأديم الظاهر ، نقص التنسج الجلدي البوري (متلازمة غولتز - غورلين) (Goltz - Gorlin) ، وخلل تكون القند Xy ، ٤٦ . وتعتمد الوراثة فيها على نوع المتلازمة .

الدلائل العامة في التشخيص : لا توجد شذوذات مرافقة في معظم مرضى اللا تنسج الجلد الولادي ، ولكن توجد هذه الشذوذات لدى بعض المرضى ، وتؤخذ القصة العائلية والولادية بشكل كامل . وفي الزمر ١ ، ٢ ، ٦ ، ٧ ، و ٩ ، يجب أن يفحص أفراد عائلة المصاب . عندما تكشف الشذوذات عند الولادة ، يجب معاينة المشيمة بحذر ، ويراقب الطفل المصاب وخاصة من أجل شذوذات الأديم الظاهر (الأشعار ، الأسنان ، الأظفار ، الجهاز العصبي المركزي ، العينان) .

الإنذار : يختلف باختلاف المرض المرافق .

العلاج : عرضي . ويلجأ إلى الجراحية الرأية إذا كان ذلك ضرورياً .

متلازمة الأينوم الكاذب Pseudo - ainhum

Syndrome [Clark 1860, von Messum 1871]

المرادفات : تشوه الأطراف Peromelia ، تضيق (اختناق

الأطراف .

التعريف : تضيق الأطراف الولادي أو بترها النادر جداً . (« الإينوم » وتعني الأينوم بلغة زنوج شرق إفريقيا : يقطع أو ينشر) .

الحدوث : نادرة جداً .

الإمراض : من المحتمل أن يعزى إلى اضطراب غير معروف في التطور الجنيني الباكر للأطراف .

الموجودات السريرية : توجد الأخاديد المتضيقة بشكل شائع على الساعدين والأصابع منذ الولادة ، وأكثر ندرة توضعها على الساقين ، تكون هذه المتلازمة ثنائية الجانب عادة ، ويكثر وضوحها على الجانب الأيسر أكثر من الجانب الأيمن ، وتؤدي الأخاديد الحلقيّة العميقة إلى تشوهات غريبة غالباً ، ومع ذلك تبقى حركة المريض والوظائف الأخرى مقتصرة على حدها الأدنى بشكل ملفت للانتباه وتتمثل النسيج اللينة عميقاً كما لو تثلمت بالحلقات (كفات Cuffs) ، بينما تبقى الأوعية الدموية والأعصاب والعظام غير مصابة غالباً .

التشخيص التفريقي : تحدث متلازمة الأينوم متوطنة في السود على شكل موات جاف يرافقها بتر عفوي ، ولا يصيب الخلل الشحمي نصف الحلقي يحيط الطرف بكامله ولا يتحدد بشكل واضح ولين . كما يؤخذ تصلب الجلد الخطي المحدد بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي .

المعالجة : غير ضرورية . وتعاد بنية الأصابع والأباحس بالجراحة الرأية .

جلد الرأس المتلفف Cutis Verticis Gyrata

[Jadassohn 1900, Unna 1907, Audry 1909]

المرادفات : ثخن جلد الرأس المتلفف ، جلد الرأس المثني ، ثخن الجلد المطوى ، متلازمة فروة الكلب القوي (البلدغ Bulldog) .

التعريف : تبدي الإصابة طيات دماغية الشكل على الفروة داخل منطقة محددة . قد تكون ولادية أو تظهر في سن الكهولة وتشبه قشرة الدماغ ، كما توجد على التلايف خاصة متبدلة .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : في بعض المرضى ، توجد وحة جلدية كبيرة في منطقة جلد الرأس المتلفف ، وفي الطب البيطري توجد حالة مشابهة معروفة لدى كلاب الصيد والبلدغ (نوع من الكلاب القوية) ، وتبدي هذه الكلاب طيات وانتفاخات واضحة في منطقة رؤوسها .

الموجودات السريرية : تسود هذه الإصابة في الذكور ، وتحدث إما ولادياً أو غالباً قبل الكهولة الباكورة أو في متوسط العمر . وإن الطيات المنتفخة تذكرنا بتلايف الدماغ التي تبدو في مناطق محددة حيث تصيب قمة القروة و/أو القفا عادة ، وتزداد سماكتها تدريجياً حتى تبلغ سماكة الأصبع . (راجع شكل ١٩ - ٢) . وإن التورمات المعترضة الغليظة قد تبدو على الجبهة ، وتصيب الراحين أيضاً في حالات نادرة جداً . وفي هذه التوضعات يبدو الجلد واسعاً جداً ولهذا يتراكم فوق عظام الطبيعية ، وتزداد درجة التبدلات النسجية ببطء ، ويميز خلايا البؤرة الأولية غالباً لأول مرة ، ويكون نمو الأشعار ضيقاً في الأخاديد (الأثلام) ، ولكنها تنقص على أعراف Crests (تلايف) الجلد . تشبه طيات القروة الإسفنج سين ، وقد يحدث التعطن والأخماج الجرثومية والفطرية وإفرازات التنتة في المرحلة الأخيرة إذا كانت التلايف ضيقة جداً .

وتتواجد وحة أدمية وحمية الخلايا دماغية الشكل إذا وجدت التلايف في هذا الداء عند الولادة ، وقد تتحدد هذه وحات بشكل واضح من الجلد المحيط بها ، وتنمو في البداية شكل متجانس ثم بشكل غير متجانس في بقية الجسم ، وقد يحدث التناكس الخبيث فيها .

الأعراض : تغيب الأعراض المزعجة عادة ، ولكنها قد تحدث في أمراض الغدد الصماء مثل ضخامة الأطراف أو القدماء ، كما يحدث الدهان أيضاً .

التصنيف :

- جلد الرأس المتلف الحقيقي .

كجزء من متلازمة .

مع ضخامة الأطراف وسرطانة القرنية .

مع ثخن الجلد والسمحاق .

كعلامة في اضطرابات الغدد الصماء .

مع ضخامة الأطراف .

مع الوذمة المخاطية .

مع القدماء .

دون أن يترافق بمتلازمات الغدد الصماء أو اضطرابات في الأشخاص الأصحاء .

- جلد الرأس المتلف الكاذب .

وحمة الخلايا الوحية داخل الأدمة دماغية الشكل .

الوحمة الشحمومية .

الليفوم العصبي ، الشفانوم .

الارتشاح الليفاضي اللمفي المزمن .

الداء النشواني .

عقب الالتهاب .

الإنذار : جيد .

التشخيص التفريقي : وحمة الخلايا الوحية ، جلد الرأس المتلف كجزء من متلازمة ثخن الجلد والسمحاق الغامض .

المعالجة : الاستئصال إذا تطلب الأمر ذلك ، والعلاج العرضي للأخماج والتعطين .

ثخن الجلد والسمحاق Pachydermoperiostosis

[Friedreich 1868, Touraine, Solente, and Gale]

[1935] :

المرادفات : متلازمة تورين - سولينت - غولي ، ثخن الجلد والسمحاق العائلي ، تعجر الأصابع والسمحاق الغامض ، الاعتلال المفصلي العظمي الضخامي الغامض ، ثخن جلد النهايات مع ثخن الجلد والسمحاق ، الجلد الضخامي المزمن والعظام الطويلة .

التعريف : مرض يورث بصبغي جسدي سائد أو صاغر ، ونادراً ما يحدث بشكل فرادي ، ويتصف بجلد القروة المتلف ، وتعجر الأصابع ، وتبدلات عظمية ، وتسمل الأقسام اللينة من الوجه ، وفرط تعرق ، بالإضافة إلى المث .

الحدوث : نادر جداً .

الأسباب : غير معروفة . إذا حدثت الهجمة الأولى للمرض في سن الشباب ، فإن التبدلات تبقى ثابتة .

الموجودات السريرية : تحدث هذه المتلازمة في الذكور عادة ، وتكون شديدة جداً عادة ، ويعد جلد الرأس المتلف جزءاً من هذه المتلازمة فقط ، أما المظاهر المرافقة فهي الأصابع المتعجرة ، وفرط التعظم السمحاق المتناظر الذي ترافقه تبدلات في المادة الإسفنجية ، وتغلظ الملاخ ، وتسمل النسيج اللينة وجلد الساعدين والساقين ، وفرط تعرق اليدين والقدمين وفرط تنسج الغدد الزهمية التي يرافقها مث وكبر مسامات جلد الوجه .

الإنذار : حسن .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي كل من جلد الرأس المتلف ، وثخن الجلد والسمحاق العرضي المكتسب الذي يظهر بعد حدوث الأورام مثل سرطانة الرئة ؛ ومتلازمة EMO التي يرافقها أدواء الغدة الدرقية ويتصف بالأصابع المتعجرة وثخن جلد النهايات ، ومتلازمة أولهنجر

- Uehlinger

المعالجة : استئصال الجلد الجراحي إذا تطلب الأمر .

الظفرة أو متلازمة الوترية Pterygium or Web Syndrome [Bonnevie 1934, Ullrich 1936] :

المرادفات : متلازمة بونيفي - إيلريخ ، داء الظفرة .

التعريف : توجد طيات الجلد التي تشبه الأغشية بين الأصابع وعبر ثنيات المفاصل . وهذه الطيات تشبه الوترية في بعض طيور الماء ، وقد تكون الظفرة ملازمة لبعض المتلازمات .

متلازمة بونيفي - إيلريخ : توجد هذه الوترية على العنق والمفاصل وترافقها شذوذات في الأطراف والأذن الخارجية ، وشذوذات في الأعصاب القحفية ، وفرط ثني المفاصل ، وفرط مرونة الجلد ، واضطرابات في التعظم وعيوب قلبية .

متلازمة لوفيفر - لانغوين Lefever Languepin : (١٩٢٦) . تعتبر التشكلات الوترية ثنائية الجانب في الناحية المأبضية هي القاعدة في هذا الشذوذ . بالإضافة إلى ذلك ، فقد يرافقها فلح في الشفتين والفك السفلي والحنك ، ونواسير ولادية في الشفة السفلى ، ومتلازمة ارتفاق الأصابع ، واختفاء الخصية ، ونقص تنسج الشفر الكبير والوحمات البقية المتعددة .

شذوذات الأذن Malformations of the Ear :

الأذن الخدية Cheek Ear (أذن القطعة) : هذه الظاهرة (الأذن الخدية : Melotia) نادرة جداً ، وتتألف من ضخامة متدرجة في القسم العلوي من حنار الأذن .

اللواحق الأذنية Auricular Appendages : وتبدو هذه اللواحق على شكل حديدات صغيرة أو تشكلات فضية على الأذن أو بين الأذن والوجنة ، وقد تلازمها شذوذات الأذن الخارجية (راجع الشكل ١٩ - ٣) .

نواسير الأذن وكيساتها : وتحدث هذه الآفات أمام زغمة الأذن وفي منطقة حنار الأذن الصاعد وقد تسبب حبيومات النهاية مزمنة . وهذه تؤدي إلى تقرح مع حبيوم جسم أجنبي أو صورة تشبه الذأب الشائع وذو ارتشاح ذأباني يكشف بالمعاينة بالشفوفية .

المعالجة : الاستئصال التام ، إذا كان ضرورياً بعد إجراء تخطيط النواسير .

النواسير الغلصمية والكيسات Branchial Fistulas and Cysts :

ليست النواسير الغلصمية الولادية غير شائعة ، وتعزى إلى خلل في تطور الجهاز الغلصمي .

النواسير الأنفية Nasal Fistulas : تحدث النواسير الولادية على جسر الأنف وتقع فتحاتها في الزاوية الداخلية من الجفن .

التشخيص التفريقي : ويدخل في التشخيص التفريقي كل من أورام الملحقات للأعضاء الإضافية ذات الفتحات المنخفضة قرب جسر الأنف الشبيهة بالنواسير ، وجريومات الغدد الزهمية والتي هي أورام سليمة ذات عنيبات من الغدة الزهمية الكبيرة والمتعددة ، وأشعار انتهائية معزولة تبرز من فتحة الناسور . ويكون فرط التنسج المحدد للغدد الزهمية ذو بني صفراء وانخفاض سري الشكل .

تحدث الجريومات الشعرية في مناطق مختلفة من الوجه وعلى جسر الأنف أيضاً ، ويساعد وجود الأشعار الحريرية الشكل اللامعة الصغيرة (تشبه الزغب) في التشخيص أيضاً .

المعالجة : الاستئصال .

نواسير الشفة : انظر الفصل ٣٣ .

نواسير العنق وكيساته Fistulas and Cysts of the Neck : وينظر إلى نواسير العنق وكيساته باعتبارها شذوذات غلصمية .

نواسير العنق الوحشية (الألمانية) : يوجد هذا النمط من الناسور عند الولادة عادة وتدعو الحاجة للاستشارة الطبية غالباً عندما يتراوح عمر المريض بين ١ - ٥ سنوات . وتعتبر الحافة الأمامية من العضلة القصية الترقوية الخشائية أكثر المناطق شيوعاً للإصابة ، وفي تلك المنطقة توجد فتحة متلمة وتشكل جبلي عميق ومجسوس . وهذه النواسير الوحشية في العنق تنجم عن شذوذات في قوس الفك السفلي وتتصف نسجياً بظاهرة مطبقة أو بظاهرة العصي والمخاريط Columnar وبارتشاح من الخلايا الالتهابية . (راجع الشكل ١٩ - ٤) .

المعالجة : الاستئصال بعد تحديدها بالأشعة السينية أو بتخطيط مسار الناسور بزرقة الميتيلين خلال الجراحة . ويبلغ معدل الرجعة حوالي ١٠٪ وينشأ من ترك البشرة في القسم الخلفي للناسور ، وقد يمتد مسار الناسور بعيداً حتى السرير اللوزي .

الكيسات الوحشية في العنق : ما يزال التشكل النسجي لهذه الكيسات غير واضح . وفي عديد من الحالات ، تكون ذات أرضية وراثية وترافق بشذوذات في قوس الفك السفلي ، أو في القناة البلعومية التنوتية ، أو في بشرة الغدة اللعابية المنتبذة للعقد اللمفية الرقية . وتظهر هذه الكيسات تالية لأنحاج الأنف والحلق . ويتراوح عمر الأشخاص المصابين بين ١٥ - ٢٠ عاماً عادة . ويقع المكان الأكثر شيوعاً للتبدل الكيسي الالتهابي في الثلث السباتي .

المعالجة : الاستئصال . وتتألف بنيتها من كيسة نسيج ضام

حيث . ولا يمكن تمييز منشأها عادة ، وقد تتضخم العقد اللمفية مجورة ، ويكون محتوى الكيسة بشكل عام عقيماً لزجاً وغنياً -نكوسترول . وفي العديد من الحالات يصعب إزالة محفظة هذه الكيسات تماماً ، ويبلغ معدل نكس الإصابة حوالي ٢٪ .

لنواصير الناصفة في العنق Median Fistulas of the Neck : تظهر مثل هذه النواصير على الناحية البطنية من منتصف العنق وينظر إليها كشذوذات في القناة الدرقية اللسانية ، وأحياناً توجد وحة عضوانية كالزحمة الزهمية حول فتحة الناسور . وقد تظهر النواصير الناصفة في العنق من كيسة تقع في مركز رضح أو خراج سابق ، كما يحيط النسيج الالتهابي بفتحة الناسور عادة . (راجع الشكل ١٩ - ٥) .

المعالجة : الاستئصال ، إذا كان ممكناً بعد تحديد مسارها -لأشعة السينية . ويمكن تتبع المسارات الإضافية داخل العضلة الخشكية اللامية Mylohyoid والعضلة الذقنية اللامية Geniohyoid ، وأحياناً بعيداً حتى اللسان . وإن معدل النكس بعد الاستئصال الجراحي مرتفع وتبلغ حوالي ٣٠٪ - ٤٠٪ .

الكيسات الناصفة في العنق (كيسة القناة الدرقية اللسانية) Median Cysts of the Neck (Thyroglossal Duct cyst) : تتوضع هذه الكيسات التي تتطور من بقايا الأقية لسانية الدرقية على الخط الناصف ، وقد تتواجد في المنطقة ما بين الثقبة الأعورية والغدة الدرقية . وليس من غير الشائع وجود أقسام من النسيج الدرقي في جدار الكيسة . وتعتبر هذه كيسات فعلياً الكيسات الأكثر شيوعاً عند الرجال ، كما تحدث تبدلات النهائية في عديد من الحالات .

المعالجة : الاستئصال بعد نفي الإصابة بالغدة الدرقية المنتبذة بالتخطيط الومضاني Scintigraphy . وبعد أن تزح هذه الكيسات ، يمكن ملؤها بزرق الميثيلين لكشف المسارات الإضافية . وفي عديد من الحالات ، لا يمكن تجنب القطع جزئياً للعظم اللامي .

النواصير في مناطق أخرى : تحدث النواصير الولادية على طول رفاء Raphe الصفن ورفاء العجان ، وتعتبر الجراحة العلاج لأفضل فيها .

الحلمات الإضافية Accessory Nipples :

ترادفات : تعدد الحلمات ، الحلمات زائدة العدد .

إن وجود حلمة إضافية أو أكثر أمر شائع نسبياً ، وقد ينظر إليها كبقايا لتطور سلالات ليست بذات شأن .

الموجودات السريرية : تحت المكان الطبيعي للحلمات ، توجد حلمة إضافية أو أكثر على خط الحليب ، وحيدة الجانب عادة ،

وأحياناً تكون ثنائية الجانب . وتبدو على شكل بني لينة القوام ، مرتفعة قليلاً ، بنية اللون ذات أخاديد معترضة مركزية نموذجية تشبه الحلمة . ويرافقها أحياناً لعوة مصطبغة وبعض الأشعار ، وقد توجد هذه الحلمات في حالات نادرة ، بعيداً فوق الكتف أو أعلى الظهر .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي الوحام ذات الخلايا الوحية الأدمية المصطبغة ، وإن كان هذا الشذوذ والحزرة ، إذا كانت ضرورية (الحزم العضلية الملساء) ، يقودان إلى التشخيص الصحيح .

المعالجة : الاستئصال ، إذا كان ضرورياً .

العقيدات المحدثة بالضغط Piezogenic Nodules [Shelley and Rawnsley 1968] :

المرادفات : العقيدات المحدثة بالضغط على العقبين وجوانب اليدين ، فوق النسيج الدهني المتعدد في العقب ، الحطاطات القديمة المحدثة بالضغط المؤلمة (Piezein باليونانية : تعني يضغط) .

التعريف : عقيدات محددة ، مؤلمة في بعض الحالات ، تتوضع على العقبين وجانب اليدين ، وتعزى إلى فوق النسيج الدهني .

الحدوث : شائع نسبياً ، وتحدث في حوالي ٢٠٪ من السكان ، وتشاهد في جميع الأعمار ، ولا توجد اختلافات في الإصابة بين الجنسين .

الأمراض : من المحتمل أن تكون حواجز النسيج الدهني داخل غرف هذا النسيج والتي تتحمل الضغط غير كافية ، وبالتالي تسبب ترسبات من كرات دهنية صغيرة في الأدمة تؤدي إلى تبايزات تشبه الفتوق عندما تتعرض للضغط .

الموجودات السريرية : تحت الضغط الانتصابي ، تظهر عقيدات متبارزة نصف كروية على الناحية الناصفة أو الظهرية أو الوحشية للعقب . وأعلى من الأخمص حوالي ٢ سم . وقد تكون هذه العقيدات عديدة ويبلغ عددها العشرون ، وأحياناً تصاب القدمين معاً . تأخذ هذه العقيدات اللون اللحمي ، وأحياناً اللون الأبيض ، ولا تترافق بإصابة البشرة ، وتبدو قاسية متوترة . تنزلق هذه العقيدات إلى داخل الجلد عندما يزول الضغط عنها . (راجع الشكل ١٩ - ٦) .

الأعراض : هذه العقيدات المحدثة بالضغط مؤلمة أحياناً وتعزى إلى ضغط العقيدات على الأعصاب في النسيج الدهني تحت الجلد . وقد تلاحظ هذه العقيدات على جوانب اليدين أو في منطقة الظنوب أيضاً ، وفي هذه التوضعات تتواجد بضعة عقيدات فقط .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد عيب في تشكل الحواجز في
طبقة النسيج الدهني تحت الجلد قرب الأدمة .
المعالجة : الاستئصال وخياطة النسيج تحت الجلد عند الألم
الشديد .

الفصل العشرون

الداء التهابي في الغضروف

Inflammatory Disease of Cartilage

د. صالح داود ، د. شذى زيزفون

يندر أن يرى طبيب الجلد التغيرات الالتهابية في الغضروف . وعلى أي حال ، هناك ثلاثة أمراض يجب تذكرها هي : الأذن القنبيطة ، التهاب جلد وغضروف حنار الأذن العقيدي مزمن ، التهاب الغضاريف العديد الناكس . ويمكن أن تؤدي عضة الصقيع في الأذنين إلى تفاعل التهابي مع تشوه في غضروف .

الأذن القنبيطة Cauliflower Ear :

هو تشوه في الأذن يحدث عند الملاكمين أو المصارعين أو غيرهم ، نتيجة تغيرات في الغضروف الأذني ، بسبب الرضخ متكرر . هذه الحالة دائمة ولا يمكن أن تتحسن إلا بالجراحة فقط .

التهاب جلد وغضروف حنار الأذن العقيدي المزمن Chondrodermatitis Nodularis Chronica Helicis [Winkler 1916] :

مرادفات : عقيدات الأذن المؤلمة ، عقيدات الصيوان المؤلمة .

التعريف : عقيدات التهابية ممضة بشدة ، تتشكل في الناحية العلوية من الصيوان .

الحدوث : ليس الداء نادراً ، ويحدث عامة عند الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ - ٧٠ سنة ، وتأثير العوامل الوراثية غير معروف . يصيب الداء الأذن اليمنى بتواتر أكبر .

السيببات : إن سببات هذا الداء غير واضحة . فإلى جانب العوامل خارجية المنشأ مثل الأذيات الآلية أو عضة الصقيع ، هناك أهمية للعوامل الشخصية المؤهبة مثل التوعية القليلة نسبياً للجزء العلوي من صيوان الأذن . وقد شوهد الداء عند الراهبات في مناطق الضغط الواقعة تحت رداء الرأس القاسي ، وليس لهذا الداء أية علاقة مع الأذن الداروينية Darwinian Ear . وقد يعزى هذا الداء أيضاً إلى مرض مناعي ذاتي حيث تثيره التغيرات المرضية الطارئة على الغضروف الأذني .

الموجودات السريرية : يتوضع الداء على حواف حنار الأذن Helix ، ونادراً ما يصيب مناطق أخرى من الأذن كالوترة ، ويتظاهر الداء بعقد دائرية أو بيضوية ممضة بشدة يبلغ قطرها حوالي ٤ ملم ، ذات قوام قاسر وسطح أملس ، وتنشأ هذه العقد من الغضروف المستبطن . تكون العقد عادة بلون الجلد أو تكون لؤلؤية شفافة ولكن قد تكون مزهرة قليلاً . وكثيراً ما تشاهد وسفة أو قشرة مركزية عالقة ، نتمكن بعد نزعهما المؤلم من مشاهدة قرحة صغيرة تحتها . وقد تكون المنطقة المجاورة ملتهبة وحمراء أحياناً . ومن الملفت للنظر حساسية العقيدات الشديدة للضغط وإيلامها مما يمنع المريض من النوم على جهة الأذن المصابة أو وضع سماعة الهاتف عليها . والعرض المسيطر هو الألم الشديد . (راجع الشكل ٢٠ - ١) .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي البشرة شواكاً غير منتظم مع فرط تقرن وخطل تقرن بؤري ، وكثيراً ما يشاهد تشكل قشرة مركزية وعيب بشروي مستبطن . ويلاحظ في النسيج الضام وسمحاق الغضروف التهاب حبيبي مزمن ، مع تنخر صغير محدد ، وتسرب النسيج المرن من خلال البشرة . ويمكن أن نجد في بعض الأحيان مفاغرة شريانية وريدية تشبه الكبة ، وقد تكون مسؤولة عن ألم هذه الآفات . أما التغيرات الأخرى في النسيج الضام الأدمي مثل المران السافع ، أو في الغضروف مثل التكتسك الموضع ، فمن الواضح أنها غير نوعية للداء وإنما تتعلق بالمر .

المسير : سير الآفة مزمن إذا لم تعالج ، مع أعراض شخصية تتمثل بالألم وليس لها أي مضاعفات . ويمكن أن يؤدي الاستئصال الناقص وغير الكافي للآفة إلى تشكل تالٍ لعقيدتي أذن مؤلمتين .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن توفه النقرس ، والحبيوم الحلقي ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والسرطانة وسفية الخلايا .

المعالجة : إن الاستئصال الجراحي الكافي والواسع الإسفيني الشكل هو وحده الذي يمنع النكس . ويمكن بشكل بدني محاوله إجراء الحقن داخل الآفة بمستحضرات ستيروئيدية مبلرة (التريامسينولون ، ١٠ ملغ/مل مع ١٪ مخدر موضعي ممدد ١ : ٥) . أو يمكن أن تجرب الراهبات الستيروئيدية الموضعية . ويؤدي تجميد الآفات بالآزوت السائل إلى تحسن مؤقت فقط .

التهاب الغضاريف العديد الناكس Relapsing Polychondritis [Von Jaksch - Wartenhorst 1923, Altherr 1936, Von Meyenburg 1936] :

المرادفات : التهاب الغضاريف العديد الناكس المزمن ، التهاب

الغضاريف العديد الضموري المزمن ، تلين الغضروف المعمم ، متلازمة Meyenburg – Altherr – Uehlinger .

التعريف : هو داء التهابي معمم يصيب الغضروف الأذني وغير الأذني بالتحلل الغضروف وتندبه وضموره .

الحدوث : لقد ورد ذكر أكثر من ٤٠٠ حالة حتى الآن (معظمها في أوروبا والولايات المتحدة) ، مع حدوث متساو عند الرجال والنساء . يمكن أن يحدث الداء في جميع الأعمار ولكنه أكثر شيوعاً في الأعمار التي تتراوح بين ٢٠ - ٦٠ سنة (متوسط العمر في أكبر دراسة كان ٥١ سنة ، يتراوح بين ١٣ - ٨٤ سنة) . ولا يوجد أي دليل على دور العوامل العرقية أو الإرثية .

المسببات : لا يعرف سبب التهاب الغضاريف العديد الناكس (التهاب الغضروف والتهاب سمحاق الغضروف) المترافق بالتحلل الغضروف وضموره . ويعتقد بأنه مرض مناعي ذاتي لأنه يوجد تشابه معين مع التهاب المفاصل المزمن البدئي والذئب الحمامي . ويستجيب الداء جيداً للمعالجة بالستيروئيدات القشرية . ويمكن إثبات وجود تراكيز مرتفعة من الأضداد المضادة لعديدات السكريد المخاطية خلال الأطوار الحادة من المرض . يُتبع التفاعل المناعي الذاتي بالتهاب وتهدم في الغضروف .

الموجودات السريرية : يبدأ الداء عادة بنزلة في الجهاز التنفسي العلوي ، أو إصابة بالنزلة الوافدة ، أو بضعف عام . ثم لا يلبث أن يحدث عسر تنفس بسبب ليونة غضاريف الحنجرة والراغامي . ويمكن أن يصاب الأنف بتشوه حيث يأخذ شكل السرج ، ثم يتبعه إصابة غضروف الأذن والذي يسمى بالأذن القنبيطية أو الأذن البالية Wash - rag Ear . وتصاب الأذنان والأنف في حوالي ٨٠٪ من الحالات . ويمكن أن تسبب إصابة صماخ السمع الخارجي صمماً أذنياً خارجياً . ويمكن أن يتأثر غضروف الأذن أيضاً .

الأعراض : يمكن أن تؤدي إصابة الشجرة الرغامية القصية إلى أخماج ثانوية ، وعسرة تنفس واختناق . ويمكن أن يترافق ذلك مع استرواح صدر عفوي . تؤدي إصابة العينان إلى التهاب ملتحمه أو التهاب صلبة أو التهاب قرح . وتؤدي إصابة المفاصل إلى أعراض رثوانية . وكذلك ذكرت إصابة الأوعية الدموية (أم دم أبهرية ، قصور أبهر) . وتعدى التظاهرات الأخيرة إلى إصابة النسيج المرن .

تختلف الأعراض العامة من تعب وفقدان وزن وحرارة وفقر دم .

الموجودات المخبرية : ترتفع سرعة التثفل مع كثرة العدلات ، وأحياناً كثرة الحمضات . يكون البروتين التفاعلي C (ن) إيجابياً ، ويكون العامل الرثواني إيجابياً أحياناً خلال الأطوار الحادة . وثمة زيادة في طرح عديدات السكاكر المخاطية الحمضة في البول مع بيلة بروتينية . ويؤدي الفحص بأشعة X والتخطيط الومضاني تغيرات ملحوظة في غضروف الأذن .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي خزعة الغضروف (الأذن) نقص في التلون الأساسي للغضروف مع رشاحة النهائية باللمفيات . ومن ثم يحدث تشد (تشظ) في الغضروف وتليفه .

السير : سير المرض مزمن ٣ - ٥ سنوات . والإنذار سيء بسبب تلف الوظيفة التنفسية والقلبية . يمكن أن يحدث في الحالات الشديدة سير حاد وميت . وعلى كل حال ، فقد تحدث هودة تامة . وبلغت نسب الحياة من ٥ - ١٠ سنوات بعد التشخيص ٧٤٪ بينما بلغت ٥٥٪ في دراسة أخرى أجريت في Mayo Clinic في الولايات المتحدة . ومن أهم أسباب الوفاة : الأخماج ، والتهاب الأوعية المجموعي ، والخبثات . ويشير حدوث فقر دم والتهاب أوعية وتشوه الأنف بشكل السرج إلى الإنذار السيء .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق الداء المعمم عن التهاب المفاصل المزمن البدئي (التهاب المفاصل الرثواني) . وعن داء رايتز والتهاب المفاصل الحاد . ويمكن أن تلتبس التغيرات في الجهاز التنفسي مع الداء الحبيبي لفاغز والإفرنجي الولادي والتهاب الشرايين العقد . ويتضمن التشخيص التفريقي للتغيرات الأذنية : التهاب جلد وغضروف حنار الأذن العقيدي المزمن ، والحبيبوم الحلقي ، وعضة الصقيع ، والأذن القنبيطية ، والنقرس .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : تعطى الستيروئيدات القشرية ، بجرعة بدئية ٤٠ - ٦٠ ملغ بردينزولون يومياً أو ما يعادلها ، ثم تخفض إلى جرعة داعمة بمقدار ٥ - ٢٥ ملغ : يومياً . ويمكن أن نفكر بإعطاء الأدوية التالية : الساليسيلات ، الاندومييتاسين وغيرها من الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيروئيدية ، والأزاثيوبرين أو الكولشيسين . وقد وجد أنه يمكن أن يكون للسلفون (دابسون ٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم) فائدة أحياناً ، وربما يرجع ذلك إلى تثبيط تحرر إنزيمات الجسيمات الحالة Lysosomal في منطقة الالتهاب .

الفصل الحادي والعشرون

أمراض النسيج الشحمي

Diseases of the Fatty Tissue

د . صالح داود

مصورة الخلايا ، عدلات ، حيوية مع أو دون نخر وترسبات موسينية Mucin أو ليفينية أو شحمية) ويمكن أن يكون النخر الشحمي مصلياً أو زجاجياً أو أسياً Basophilic . وتشير ترسبات الكالسيوم والمادة النشوانية إلى التنكس الشحمي ، تتظاهر جميع التهابات السبلة الشحمية بعقيدات جلدية أو تحت جلدية حمراء اللون أو بنية أو مرمرية ، وغالباً ما تكون طرية الملمس ، ويمكن أن يتقرح بعضها وقد لا يتقرح . وستكلم في هذا الفصل عن التهابات النسيج الشحمي وترك الأورام إلى فصل آخر .

تصنيف التهابات السبلة الشحمية : يمكن تصنيفها إلى التهابات سبلة شحمية حادة ، و التهابات سبلة شحمية مزمنة والأشكال الأخرى التي دعيت بمتلازمة بفيفر - وير - كريستيان ، ومتلازمة روثمان - ماكاي . ولا توجد معايير سريرية أو تشريحية مرضية تفصل بين المتلازمتين الأخيرتين . وتتضمن التهابات السبلة الشحمية : النخر الشحمي مع مرض معنكي ، والتهاب السبلة الشحمية مع عوز ألفا واحد مضاد تريسين ، والتهاب السبلة الشحمية الذاتي ، والتهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام ، والتهاب السبلة الشحمية المفتعل ، والتهاب السبلة الشحمية مبلم الخلايا .

هذا وتسبب أمراض عديدة مختلفة تغيرات مرضية في النسيج الشحمي وسنشرح في هذا الفصل التهابات السبلة الشحمية غير الخمجية ، (راجع الجدول ٢١ - ١) . حيث تم تصنيف هذه الأمراض تبعاً للعمليات ، وتتضمن العوامل المسببة ، العوامل الفيزيائية ، والنفسية ، والكيميائية ، والاستقلابية ، والمناعية ، والتكسية ويضاف إليها التهابات الأوعية والحباثات . وليس ثمة أدنى شك بأن حالة المريض تلعب دوراً في قابليته للإصابة بالتهاب النسيج الشحمي .

متلازمة بفيفر - وير - كريستيان Pfeifer - Weber Syndrome
[Christian - 1925, Pfeifer 1892, Weber]

المرادفات : مرض وير كريستيان ، التهاب السبلة الشحمية الناكس غير المقيح الحمي العقيدي ، التهاب السبلة الشحمية العقيدي غير المقيح الناكس .

التعريف : هو التهاب سبلة شحمية غير معروف السبب وناكس ، غير مقيح ورافع للحرارة . يتصف تشريحياً مرضياً بمروره بثلاث مراحل : مرحلة أولى توضع العدلات ، والثانية بلعمة الخلايا الشحمية (Wucheratrophie) ، والثالثة التليف Fibrosis .

يدعى النسيج الشحمي تحت الجلد ككل بالسبلة الشحمية Panniculus Adiposus أيضاً . ويقسم هذا النسيج إلى فصيصات Lobules بواسطة حجب من النسيج الضام ذات تغذية دموية وافرة واستقلاب فعال . وتختلف ثخانة طبقات نسبلة الشحمية تبعاً للعمر ، والجنس ، والوراثة ، وحالات تغدد الصماء Endocrine والاستقلاب . (راجع الشكل ٢١ - ١) .

يغيب النسيج الشحمي تحت الجلد في الأجناف وفي المنطقة تناسلية عند الرجال ، وكقاعدة عامة لا تنتقل الأمراض جلدية إلى النسيج الشحمي تحت الجلد ، وكذلك تكون أمراض هذا النسيج محدودة لذاتها وترقى في بعض الأحيان إلى لأدما التي تغطي النسيج الشحمي .

يشير التشخيص التفريقي لالتهابات السبلة الشحمية صعوبات رئيسية وذلك بسبب التشابه الكبير فيما بينها في النسيبات ، والأمراض ، والسريريات ، و/أو التشريح المرضي النسجي . ولا يخفي ضرورة أخذ خزعة كبيرة تتناول هذا النسيج وتكون من أفة حديثة التشكل وذلك للدراسة التشريحية المرضية ، وإن الدراسة النسجية صعبة في التهابات السبلة الشحمية وذلك بسبب التخرب الذي يمكن أن يصيب الخلايا الشحمية بأسباب عديدة . وما التفاعل الالتهابي النسجي إلا الحلقة الأخيرة في سلسلة العمليات النسجية المرضية في هذه الأمراض . ولا تؤخذ الخزعات في هذه الأمراض عادة قبل هذه المرحلة ، وغالباً ما تعطي معلومات تشريحية مرضية متقاربة بالرغم من أن أسباب هذه الأمراض مختلفة .

ولقد جرت محاولة لتصنيف الالتهاب من حيث مصدره البدئي ، فإذا كان في الحاجز بين الفصيصات يدعى التهاب السبلة الشحمية الحاد ؛ وإذا كان الالتهاب في الفصيصات سمي التهاب السبلة الشحمية الفصيضي . ويجب تحديد مكان الالتهاب البدئي أيضاً سواء في الشريينات أو الوريدات أو الشعيريات وكذلك تحديد طبيعة الالتهاب (لمفاوية الخلايا ،

الجدول ٢١ - ١ : التصنيف السببي لالتهابات السبلة الشحمية

مجهولة السبب	متلازمة بغير - وير - كريستيان متلازمة روثمان - ماكاي
فيزيائية	البرد (القر) الرضح Trauma الأدوية
كيميائية كيميائية حيوية	النخر الشحمي عند الوليد التهاب المشكلة عوز ألفا واحد - مضاد تريسين
نفسية مناعية	المفتعل Factitial التهابات الأوعية أمراض النسيج الضام تفاعل الثوي تجاه الطعام
تنكسية	التكلس النشواني التصلب
تكاثري	التهاب السبلة الشحمية مبلعم الخلايا المرض التكاثري للمفاوي

لمحة تاريخية : وصف بغير عام 1892 طفلاً مصاباً بضمور شحمي موضع التهابي ، ونشر Ketron ، و Lamb ، Lever حوادث مشابهة أطلقوا عليها اسم مرض وير - كريستيان .

ولقد وصف باركر - وير Parkes, Weber عام ١٩٢٥ مرضى مصابين بعقيدات التهابية ترافقت بأخماج أو بتناول أدوية ، ودعى هذه الإصابة بالحمى العقدية ، غير أن تغيراتها اللونية غير نموذجية للحمى العقدية . ثم وصف كريستيان Christian في عام ١٩٢٨ حالة امرأة مصابة بهجمات من التهاب سبلة شحمية ، اتصفت بقلعة العدلات مع وجود خلايا ناسجة وبلعمة خلوية . وهذا ما يدعى في الوقت الحاضر التهاب السبلة الشحمية مبلعم الخلايا . ووضع بريل Brill المراحل التي يمر فيها الداء من الناحية السريرية ، وميز التهاب السبلة الشحمية غير المقيح الحمي العقيدي الناكس مع ميل للضمور الشحمي ، على أنها مرض وير - كريستيان ، دون أن يعرف أن هذه المراحل غير نوعية .

الحدوث : سجل الأدب الطبي ما يقارب ٢٠٠ حادثة . وكانت أكثر الإصابات عند النساء فيما بين ٣٠ - ٦٠ سنة من أعمارهن .

السيببات : أسباب المرض غير معروفة ، ويرجح أنه يحدث بعوامل عديدة : خمجية ، ودوائية ، ومناعية ذاتية ، واضطراب

في وظائف المشكلة ، وحتى بعوامل رضحية . ويفترض أن هذا المرض هو اضطراب معمم في النسيج الشحمي في الجسم بالإضافة إلى إصابة السبلة الشحمية تحت الجلد ، حيث تحدث تفاعلات مرافقة أيضاً في النسيج الشحمية الأخرى كالنسيج الشحمية داخل البطن وخلف الصفاق .

الموجودات السريرية : يشبه بدؤه الحاد مرضاً خمجياً . حيث يتصف بظهور عقيدات طرية صغيرة تكبر وتتسع وتوزع بشكل متناظر أو غير متناظر ، ويتورم الجلد فوقها ويحمر . والتوزع الانتقائي للمرض هو الطرفين السفليين . (راجع الشكل ٢١ - ٢) ولا يصاب الوجه عادة . يميل مركز العقيدات إلى التلين والانقباض ويخرج منها بخر عقيم .

وقد يكون سائلاً مصلياً مدمى ولكن ليس ذلك بقاعدة . ويبدأ المرض عادة بوهن ، إتهاك ، إقياء ، آلام مفصلية رثوانية وحمى ترافق ظهور العقيدات .

الموجودات المخبرية : ترتفع فيه سرعة التثفل عادة وتكثر الكريات البيض . أما الحالات التي تقل فيها الكريات البيض فتترافق عادة بضخامة كبد وطحال بالإضافة إلى تغيرات في نقي العظام (قلة الكريات البيض ناقصة النسيج ، وفقر دم) . وقد ذكر ترافق المرض بالتهاب عضلات في حالات نادرة .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي العقيدات الحادة التهاب سبلة شحمية فصيصة مع أعداد كبيرة من العدلات تحل محل الخلايا الشحمية . هذا ويلاحظ التهاب السبلة الشحمية الحاد في متلازمات عديدة أهمها الحمى العقدية .

أما في العقيدات المتقدمة فنجد حبيوم مبلعم الشحم الذي يتشكل من خلايا ناسجة تحل محل النسيج الشحمي ، وقد تختلط هذه المرحلة مع المرحلة الحادة . ويمكن أن يلاحظ الحبيوم مبلعم الشحم في الحمى العقدية ، والحبيوم التصليبي الشحمي Liposclerotic Granuloma ، والتهاب السبلة الشحمية المفتعل ، وفي متلازمات أخرى من التهابات السبلة الشحمية . أما المرحلة النهائية فهي التليف ، والمراحل الثلاث ليست نوعية لأية متلازمة أو مرض .

المسار : يشفى العديد من عقيدات الداء بسرعة ولكنها تنكس في الغالب وهكذا يستمر المرض بظهور العقيدات وتراجعها لسنوات عديدة .

ولقد سجلت وفاة ٥٠ حالة من الحالات الموصوفة في الأدب الطبي ومن الممكن حدوث تغيرات شحمية في المخزون الشحمي الحشوي في هذه الحوادث .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي جميع

المعالجة :

المعالجة الجهازية : مضادات الالتهاب الستيروئيدية ،
الستيروئيدات القشرية بعيارات متوسطة .

المعالجة الموضعية : الستيروئيدات تحت ضئاد كئيم ، عصاب
ضاغطة .

التهابات السبلة الشحمية الفيزيائية والدوائية

Physical and Drug – Related

: Panniculitis

التهاب السبلة الشحمية بالبرد (القرى) Cold

: Panniculitis

يصيب الأطفال والرضع ، وأقل منهم المراهقين والبالغين
وذلك بعد ٦ – ٧٢ ساعة من تعرضهم للبرد . وأكثر المناطق
تعرضاً هي خذاً الرضيع وذقنه ، هذا ولقد وصفت حالات عند
الأطفال ، أصيبت بها الوجتان بعد تناول الثلجات .

يتظاهر نسيجياً بالتهاب سبلة شحمية لمفاوى . وكثيراً ما
تصاب به الإناث البدينات من بين البالغين ، وذلك بعد
تعرضهم للبرد أثناء التزلحق على الجليد أو ركوب الدراجات .
ويحدث التهاب السبلة الشحمية في هذه الشروط في الإلئين
والفخذين وأحياناً في منطقة البطن . يكون الجلد المصاب بارداً
باللمس ، لونه أحمر مرمرى ، وبالجس ، نجد عقيدات أو
لويحات تتراجع بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع . تترك العقيدات
أحياناً انخماصاً أو وهدة بعد تراجعها . ولا توجد معالجة لهذا
الشكل من التهابات السبلة الشحمية ، واتقاء البرد هو السبيل
للوقاية منه .

التهاب السبلة الشحمية الرضحي Traumatic

: Panniculitis

ذكر حدوث آفات التهاب سبلة شحمية نتيجة الرضخ عند
المصابين بالحماى العقدة ، متلازمة بفيفر – وير –
كريستيان ، عوز ألفا ١ مضاد تريسين والتهاب السبلة
الشحمية مبلم الخلايا .

ويبدو أن حدوثه يحصل عند الأشخاص ذوي الاستعداد
للإصابة بالتهاب النسيج الشحمى أو الأوعية نتيجة الرضخ .

يشفى التهاب السبلة الشحمية التالى للرضخ الغامض عفواً
عند الفتيات . تحدث الآفات بعد رضخ خفيف يؤدي إلى
عقيدات التهاية مترقية غالباً ما يخرج منها مادة نخرية عقيمة .
وييدي الفحص النسيجي التهاب سبلة شحمية عدل حاد .
وينصح باستقصاء الأسباب المفتعلة أو الاستقلابية .

تتأثر نسبة الشحمية تقريبا ، وخاصة متلازمة روثمان –
ماكاي . بالإضافة إلى التهابات السبلة الشحمية العرضية
كتهب نسبة الشحمية في الذأب الحماى ، والتهاب السبلة
شحمية في التهاب المعثكلة أو في سرطان المعثكلة .

نفاخه : يجب محاولة معرفة العامل المسبب كما في الجدول
٢٠ – ١ . ذكرت بعض الفائدة في بعض الحالات من جراء
مفحتها بالستيروئيدات ، والدابسون ، والكليوروكين ،
وكثت المناعة ، وموقفات الخلايا ، والصادات .

متلازمة روثمان – ماكاي Rothman – Makai

Syndrome [Rothman 1894, Makai 1928] :

مرذفات : الحبيوم الشحمى تحت الجلد ، متلازمة ماكاي ،
مرض وير كريستيان اللا حمى Afebrile Weber –
Christian Disease .

تعريف : لا يرافق التهاب السبلة الشحمية بحمى أو أعراض
عامة ، بعكس متلازمة بفيفر – وير – كريستيان . وما زال
كونه مرضاً مستقلاً عرضة للشك .

الحدوث : المرض نادر جداً ، ويشاهد عند الأطفال الكبار ،
وإناث متوسطات الأعمار .

البيات : غير واضحة .

الموجودات السريرية : يتصف بظهور عقيدات بقذ الكرزة
وحتى الحوزة تظهر فجأة على الساقين ونادراً على الجذع ، ولا
تظهر على الوجه إلا في حالات استثنائية . وعندما تتوضع على
هيئة مجموعة فإنها تؤلف جسوعاً يشبه اللويحات . وتكون هذه
لعقيدات متحركة نسبياً على الجلد الذي يغطها والنسج
لعميقة ، والعقد الحديثة منها مؤلمة ، والجلد الذي يغطها طبيعى
وتقرحها نادر كما لا توجد أعراض عامة .

التشريح المرضى النسيجي : يتألف هذا النوع من التهاب سبلة
شحمى فصيصى مع رشاحة حبيومية بؤرية ، تتألف من خلايا
رغوية ، ومنسجات عملاقة ، وكيسات صغيرة كاذبة
(كيسات زيتية صغيرة تحاط بحبيوم مبلم للشحم
Lipophagic Granuloma) وتشبه الصورة النسيجية فيه
منسجات الحبيوم الشحمى الرضحي ، ومتلازمة بفيفر –
وير – كريستيان وهي غير نوعية .

المسار : المرض مزمن يستمر أشهراً ونادراً ما يستمر سنوات .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي معه جميع
أشكال التهابات السبلة الشحمية التي تصيب الساقين وخاصة
الحماى الجاسئة (حمى بازان) ، والصمغة الإفريقية ،
والتهاب الأوعية العقيدى ، والشحمومات أيضاً .

التهاب السبلة الشحمية بالسيلكون والبارافين :

يمكن أن يؤدي حقن السيلكون أو البارافين المستعمل لتصحيح الندبات إلى عقيدات التهابية كبيرة بعد ١٠ - ٢٠ سنة من حقنه . ويكون سير هذه العقد شديداً . وينطبق نفس الشيء لدى استعمال هذه المواد للتعويض عن الثدي المتأصل أو لغايات تجميلية أخرى .

التشخيص : يبدى التشريح المرضي النسجي فجوات بأقطار مختلفة ، ويمكن كشف الطبيعة الكيميائية للمواد فيها بواسطة نظير الطيف متناثر الطاقة Spectroscopy .

الإنذار : الإنذار سيء ، يحدث عادة تقرح والتهاب سبلة شحمية واسعين ، وقد يحدث تحول في نظير الليفوم Parafibromas إلى أغران (ساركوما) .

المعالجة : الاستئصال الجراحي الواسع .

التهاب السبلة الشحمية الدوائي Drug Panniculitis :

يمكن للتفاعلات الدوائية أن تحدث التهاب سبلة شحمية كما هو الحال في الهاليدات (أملاح اليود ، البروم) .

التهاب السبلة الشحمية بعد المعالجة بالستيرويدات Poststeroid : ويعتبر هذا النوع شكلاً نادراً من التهابات السبلة الشحمية ، ويحدث عند الأطفال بعد ١ - ١٤ يوماً من إيقاف المعالجة بالستيرويدات الجهازية وبالمقادير العالية نسبياً . تتشكل العقيدات تحت الجلدية وتراجع خلال أسابيع أو أشهر . ونجد بالتشريح المرضي ما يشبه الصورة النسجية لالتهاب السبلة الشحمية الفصيضي مع منسجات عرطلة فيها بلورات نجمية كالتي تشاهد في نخر الشحم تحت الجلد عند الولدان . الإنذار جيد ولا تعرف له معالجة مفيدة .

التهاب السبلة الشحمية المفتعل Factitial Panniculitis :

المترادفات : التهاب السبلة الشحمية النفسي .

التعريف : يحدث نتيجة حقن الشخص لنفسه بمواد أجنبية وتحدث غالبية الحالات من التهابات السبلة الشحمية المفتعلة نتيجة حقن النسيج الشحمي تحت الجلد بالأدوية كالمبيبريدين Meperidine أو البنتازوسين Pentazocine ، أو الجرثام ، أو الإنظيمات ، أو مفرزات الجسم ، أو الحليب ، أو البارافين أو بمواد أجنبية أخرى .

ويوصف السلوك النموذجي للمصابين بأنهم منفعلون ، عالة على الآخرين ، هادئون ، لجوجون . هذا ولقد حصل التباس في تشخيص بعض الحالات على أنها متلازمة بفير - وير

كريستيان ونخر شحمي معشكلي .

تشاهد الآفات على السطوح الباسطة وفي الجهتين عادة . قد تكون حمامية أو تبدي علامات نزف خفيفة . وتبين الخزعة دميوماً Hematoma ، ونسيجاً حبيباً التهابياً ، والتهاب سبلة شحمية غشائي ، والتهاب سبلة شحمية بالمنسجات الليفية مع وجود مادة شحمية فوكسينية Lipofuscin وحديد .

وصف شاركو Charcot هذه المتلازمة على ساعد مريض وأسمها الوذمة الزرقاء . ووصفها سيكريتان Secretan على ظهر اليد ، وتسمى حالياً أيضاً بمتلازمة سيكريتان ، وقد تؤدي إلى عجز وتليف في أوتار ظهر اليد والمعصم .

الحدوث : المرض أكثر تواجداً لدى الفتيان والشابات في أعمار متوسطة ، ويمكن أن يتواجد لدى العاملين في الحقل الطبي .

الموجودات السريرية : إن أماكن تواجد الإصابة عادة هي الصدر والذراعان والساقان والأليتان ، وتتوضع في مكان واحد أو أكثر . ونشاهد لويحات أو عقيدات مؤلمة . وتترك وهدة في النسيج الشحمي بعد تراجعها .

التشريح المرضي : يشاهد عادة التهاب سبلة شحمية بالمنسجات مع خلايا بالغة الشحم ، وخلايا عملاقة وكيسات محاطة بالمنسجات تالية لحقن مادة زيتية : زيتوم Oleoma ويلاحظ التليف دوماً .

المعالجة : يحتاج المصاب إلى مساعدة شخصية ومعالجة نفسية ، ويطبق ضماد كتيك عليها وتساعد كل من ضمادات روبرت - جونز Robert - Jones المبطنة بالقطن والعصائب الأسطوانية والشرائط في التامها .

التهابات السبلة الشحمية الاستقلابية Metabolic Panniculitis :

أمراض النسيج الشحمي عند الوليد :

النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد Adiponecrosis Subcutanea Neonatorum [Cause 1879] :

المترادفات : التصلب الشحمي المتناظر ، النخر الشحمي تحت الجلدي عند الوليد وسمي سابقاً بتصلب جلد الوليد (وهذه التسمية خاطئة) .

التعريف : تتوزع الإصابة بشكل متناظر . وتتصف بتصلب محدود وعميق في النسيج الشحمي تحت الجلد بعد يومين إلى ثلاثة أسابيع من الولادة .

الحدوث : المصابون أصحاب وطم ولاداتهم في تمام فترة الحمل .

إمراض : تؤدي الرضوح الآلية الولادية ، وخاصة أثناء غرض الصعب والطويل أو نتيجة ضغط ملقط الجنين ، إلى نخر في النسيج الشحمي يعقبه تشكل حبيوم شحمي . ويتم إلى حسب الأسباب الآلية ، عوز الأوكسجين والبرد (هنا : نخر شحمي قري) في إحداثه . ويذكر أن المصاب لديه انخفاض في مستوى حمض الزيت (الحموض الشحمية غير المشبعة) في حموض شحم الوليد وزيادة نسبية في الحموض الشحمية مشبعة والتي تذهب لتشكيل بلورات إبرية . ولكن هذا لا قراض ما يزال بحاجة إلى إيضاح .

الموجودات السريرية : تتوضع الإصابات في الأماكن التي تتعرض للرضوح أثناء الوضع : الكتفان ، منتصف الظهر ، ولأحيان ، والأطراف وأماكن تماس ملقط الجنين على الخدين . وبالفحص ، نجد لويحات قاسية مجسوسة في النسيج تحت الجلدي ، هذه اللويحات قد تكون مرتفعة قليلاً ومحددة ، متحركة قليلاً على ما تحتها ولكنها ملتصقة بالجلد . ويمكن أن يندى الجلد لوناً أزرق محمراً . ويمكن أن تحدث طراوة (ليونة) صاهرة Aseptic Softening ونزح من خلال الجلد .

التشريح المرضي النسيجي : يندى نخرات شحمية بؤرية عديدة مترافقة بالتهاب سبلة شحمية حبيومي أو تليفية . ويمكن مشاهدة منسجات عملاقة متعددة النوى ، تحتوي على بلورات مزدوجة الانكسار ، وتبدو هذه الخلايا واضحة في الرشاحة .

المسار : التراجع العفوي هو القاعدة .

المعالجة : لا حاجة لمعالجتها .

صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد Sclerema Adiposum Neonatorum

ترادفات : الصلدمة الشحمية عند الوليد Fat Sclerema of the newborn

التعريف : صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد نادرة جداً ، شديدة المسار ، تتصف بتصلب منتشر في النسيج الشحمي عند نويد ، ولها إنذار سيء . ومن المحتمل أن يوزنبرغ Usanberg وصفها بشكل صحيح عام ١٧١٨ ، ثم بعد ذلك أخذت تنسب مع الودمة الصلبة . الحدوث : نادرة جداً .

الإمراض : صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد ، جلاد يصيب الولدان ، والحدج منهم عادة . تكون الإصابة بدئية شديدة ، وتعزى هذه الصلدمة إلى التغذية السيئة ، والأخماج ، وفقدان سوائل الشديديسبب الإسهال والبرد ، والآلية الإمراضية غير واضحة تماماً . ولا يعرف دور للحموض الشحمية غير الطبيعية

في النسيج الشحمي عند المصابين . ويعتقد أن نقص نسبة الحموض الشحمية غير المشبعة مثل حمض الزيت يكون لصالح الحموض الشحمية المشبعة ، ويؤدي إلى قابلية الجلد للإصابة والحد من مرونته .

الموجودات السريرية : يمكن أن يبدأ المرض بعد الولادة مباشرة ولكنه عادة ما يحدث خلال يومين إلى عشرة أيام من عمر الوليد . وقلما يصاب الولدان الأكبر عمراً بهذا الداء وعادة ما ترافق إصابتهم هذه بأمراض بدئية منهكة . وبالفحص تكون تظاهراته الوصفية على شكل تصلب حجري في الجلد والطبقة الشحمية التي تحته . وينتشر التصلب بسرعة صاعداً من الفخذين والأليتين ، ويكون منظر الجلد المصاب شمعياً شاحباً وأحياناً مزرقاً بارداً ولا يمكن ثنيه أو إحداث وهدة Pit فيه . ولا تصاب اليدين والقدمان ، ويصبح الوجه صملاً كالقناع ، وتحدد حركة المفاصل ، ويصبح الطفل خاملاً وتطول حركات التنفس ، ويقل النبض ، وتكون حرارته تحت المعدل الطبيعي ، ويصاب بنوبات من الإسهال .

التشريح المرضي النسيجي : يبدو النسيج الشحمي أيضاً شمعياً ، ويكون المنظر النسيجي وصفيّاً ، وتبدي المقاطع المجمدة ما يشبه البلورات الإبرية وترى على هيئة نجمة الشكل في الخلايا الشحمية الفصيصة . ويوجد بالإضافة لذلك رشاحة التهاية حبيومية ، ويمكن أن يحدث تكلس في الآفات القديمة . ومما يجدر ذكره أن البلورات النجمية تكون في المنسجات العملاقة عديدة النوى المتواجدة في النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد بينما تتواجد هذه البلورات في الخلايا الشحمية في الصلدمة وهذا يفيد في التشخيص التفريقي .

المسار والإنذار : يسير المرض بالطفل نحو الموت بسرعة ، ونسبة الوفيات عالية حتى ولو عولجت الأمراض البدئية التي يشكو منها الوليد . ويمكن للصلدمة أن تتراجع وتشفى إذا كانت محدودة ، ولكن ليس قبل مرور أسابيع على الولادة .

التشخيص التفريقي : تفرق عن صلدمة الوليد الودمية وعن النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد .

المعالجة : يجب معالجة الأمراض البدئية . ويجب المحافظة على حرارة الجسم ووضع الطفل في حاضنة والمحافظة على الدوران ، ووضع أنبوب للتغذية وإعطاء الصادات . ولم تثبت بعد فائدة الستيروئيدات .

التهاب السبلة الشحمية مع اضطرابات المعثكلة :

تؤدي التهابات المعثكلة وسرطانتها إلى رفع سوية الليياز والاميلاز في المصل . وتؤدي هذه بدورها إلى النخر وتميع

سبلة شحمية ثانوي) . ونجد نسيجاً التهاب وحيد الشكل في جميع الأوعية الدموية مع تنكس زجاجي Hyaline في جدرانها . وقد نحتاج إلى مقاطع نسجية كثيرة لمعرفة ذلك .

يؤدي التهاب الأوعية الأرجي ، والتهاب الشرايين العقيدي ، والتهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis إلى التهاب سبلة شحمية حاجزي Septal panniculitis .

وعلى العكس يؤدي التهاب الأوعية في الحمامي الجاسئة Erythema Induratum وداء الشرث Perniosis إلى التهاب سبلة شحمية فصيصي Labular P .

يحدث المرض العقيدي الالتهابي المزمن في الكاحل الذي يعقب التهاب الوريد والدوالي ويؤدي إلى كتلة متصلبة أو شريط قد يحيط بأسفل الساق . يطلق مصطلح تصلب الشحمي Liposclerosis غالباً على التهاب السبلة الشحمية بعد التهاب الوريد . وتبدي الخزعة النسجية التهاباً مزمناً ، وتليفاً ، وأحياناً تشكل حبيوم أو حتى تبلمع النسيج الشحمي . وقد يظن في السابق أن هذه الموجودات وصفية لمتلازمة بيفر - وير - كريستيان .

أمراض النسيج الضام مع التهاب السبلة الشحمية :

يمكن أن نجد التهاب السبلة الشحمية في كل أمراض النسيج الضام ، ولكنها أكثر نموذجية وتواجداً في الذأب الحمامي وتصلب الجلد .

التهاب السبلة الشحمية الذأبي Lupus Panniculitis :

التعريف : يعتبر التهاب النسيج الشحمي أكثر شيوعاً في الذأب الحمامي القريصي ولكنه قد يحدث في الذأب الحمامي المجموعي .

التشريح المرضي النسيجي : يحدث تنكس زجاجي في النسيج الشحمي مع عقيدات لمفوانية Lymphoid ، والتهاب أوعية لمفي وبؤر من التكلس . ويمكن التثبت من التشخيص السريري والنسجي للذأب الحمامي بالومضان المناعي (اختبار شريط الذأب Lupus Band test) .

السير : مزمن وراجع .

المعالجة : مضادات الملاريا التركيبية والستيروئيدات عن طريق الفم .

التهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام :

التعريف : التهاب شحمي لمفاوي فصيصي عند الشباب أو

السبلة الشحمية مع تشكيل عقيدات تحت الجلد مؤلمة النهاية وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم . والصورة السريرية هي نخر النسيج الشحمي العقيدي تحت الجلد . ويوحى ارتفاع الحرارة والأعراض العامة بمتلازمة بيفر - وير - كريستيان . يوضع التشخيص بناء على زيادة خمير في الليياز والأميلاز . وتوجد هذه الزيادة في العقيدات أيضاً .

وتعتبر الموجودات النسجية مع وجود الخلايا الشبحية Ghost Cells في النسيج الشحمية وترسب الصوائين الكلسية الأسسة في هذه الخلايا من الموجودات النوعية . ويمكن أحياناً تشخيص بعض الاضطرابات المعثكلية غير المعروفة من الموجودات النسجية في العقيدات .

التهاب السبلة الشحمية بعوز - ألفا ١ مضاد التريسين Panniculitis With a 1 - Antitrypsin Deficiency [Worter Etal 1972] :

التعريف : هي التهاب في السبلة الشحمية مع عوز - ألفا ١ مضاد التريسين .

الموجودات السريرية : يتظاهر بعقيدات طرية تتفرح نتيجة تميعها . يمكن أن يصاب المريض بترفع حروري ودعث . وتتوضع العقيدات على الفخذين ، والساقين ، والجذع . وقد تترقى التفرحات ، وقد ينضج منها نسيج نخري زيتي .

الإمراض : لا تعرف العوامل البدئية المحدثة للداء . وغالباً ما يكون المرضى متماثلي الزيجوت Homozygous لعوز ألفا ١ - مضاد التريسين . ووجدت حالات مخالفة الزيجوت نمط P, ZZ كانت الإصابة فيها خفيفة .

السير : السير حميد في بعض الأحيان ، ولكن سيره شديد غالباً ويؤدي إلى تفرحات ويؤدي المرض إلى الوفاة بنسبة كبيرة .

المعالجة : لقد تبين أن عقار الدانازول Danazol يزيد من مستوى - ألفا ١ ، مضاد التريسين وتستجيب الحالات الخفيفة في بدنها للمعالجة بالدابسون (سولفون) . والمثبط التركيبي (معطل C₁ ٥٠ وحدة/مل Inactivator C₁ ، بهرنج) متوفر في الأسواق ويمكن إعطاؤه وريدياً ويؤدي إلى تحسن سريع .

التهاب السبلة الشحمية مع التهاب الأوعية Panniculitis Vasculitis :

يكون تخرب النسيج الشحمي شديداً لدرجة يشخص التهاب سبلة شحمية حاد أو نخر شحمي . والعقيدات المتشكلة ما هي إلا آفات ثانوية ناتجة عن التهاب أوعية بدئي (التهاب

الأطفال مع قلة الكريات البيض وإيجابية الأضداد المضادة لتنوى ، دون موجودات أخرى تشير إلى الذأب الحمامي .

الموجودات السريرية : يتصف بظهور عقيدات التهابية في السبلة الشحمية تتواجد على الظهر والأطراف عند شباب أصحاء .

التشريح المرضي النسيجي : يبدى التهاب سبلة شحمية فصيصي لمفاوي منتشر يبدى مظهره التشريحي المرضي مظهر لمفومي كاذب . ونجد حبيومات بؤرية ، ويكون الومضان المناعي سلباً في هذا الداء .

السير : مزمن ويؤدي إلى الضمور .

التشخيص التفريقي : شخضت غالبية الحالات على أنها متلازمة بفيفر - وير - كريستيان وذلك لأنها تبدي التهاب سبلة شحمية فصيصي الومضان المناعي سلبى فيها . والآفة شبيهة بتصلب الجلد والذأب الحمامي فعلاً ولكن لا توجد علامات نسجية تثبت هذا التشخيص .

المعالجة : يستجيب هذا الالتهاب لمضادات الملاريا ، حيث يعطى هيدروكسي كلوروكين بمقدار ٢٠٠ ملغ مرتين يومياً ، وتعتبر معالجة كافية ويجب الانتباه للتأثيرات الجانبية .

الضمور الشحمي والخلل الشحمي : Lipotrophy and Lipodystrophy

التعريف : أمراض تصيب النسيج الشحمي وتؤدي إلى ضمور النسيج الشحمي تحت الجلد وقد يكون الضمور موضعاً أو معمماً .

الضمور الشحمي الموضع Localized Lipotrophy :

ضمور شحمي رضحي ، أولي ، موضع .

الضمور الشحمي الموضع بعد حقن الستيروئيدات القشرية :

المرادفات : حثل الستيروئيدات الشحمي .

هذا النوع من الضمورات غير نادر ، يصيب الجلد وما تحته ويتراجع غالباً . ويحدث بعد حقن معلق ملبر من الستيروئيدات وخاصة إذا لم يتم الحقن في العضل . هذا ويمكن أن يحدث الضمور الجلدي أيضاً وبشكل أقل . نتيجة التطبيق الموضعي للستيروئيدات المفلورة تحت ضماح كتم . ويحدث مكان الحقن ضمور في الجلد ، دون علامات التهابية أو أعراض أخرى وذلك بعد عدة أسابيع من الحقن والضمور الستيروئيدي لا يحتاج إلى معالجة ، وتراجع الحالة عادة بعد ١ - ٣ سنوات .

الخلل الشحمي الأنسولي Insulin Lipodystrophy :

المرادفات : الضمور الشحمي الأنسولي .

يحدث الخلل الأنسولي ، نتيجة التأثيرات الجانبية النادرة حول مكان حقن الأنسولين عند المصابين بالسكري . وأكثر ما تحدث الإصابة عند الإناث والأطفال ، وتندر عند البالغين . والسبب فيه غير واضح . وتزعم بعض الدراسات أن حدوثه يتم بسبب عدم نقاء الأنسولين المزروق ودرجة الباهاء PH الحامضي فيه ، وهو لا يحدث في الأنسولين النقي جداً .

وهذا النوع من الضمورات قد يكون كبيراً ، ويلاحظ عادة بعد ٦ أشهر إلى سنتين من استعمال الأنسولين . وقد يكون الضمور بعيداً عن مكان الحقن في حالات استثنائية ويمكن أن توجد ندبات ضخامية حبيومية بجانب الضمور .

تراجع هذه الحبيومات عادة بصورة عفوية بعد سنوات وينصح بتبديل مكان الحقن باستمرار وتغيير الأنسولين إلى نوع آخر ، كما ينصح بإضافة الدكساميثازون بين الفينة والأخرى ، للإقضاء من حدوث مثل هذا الضمور .

الضمور الشحمي الأولي Involutional : Lipotrophy

التعريف : ضمور بؤري دون التهاب مع أوب نسيجي وشحمي وصفي .

الموجودات السريرية : بؤرة مفردة من الضمور الشحمي دون علامات التهابية . تظهر على الأطراف الدانية والجذع . ويمكن أن يكون الرضح مسبباً لها .

التشريح المرضي النسيجي : يبدى فصيصات شحمية يوزينية مؤلفة من خلايا شحمية أدمية ، مع وجود أوعية دموية . لا تشاهد علامات التهابية وقد يوجد الموسين Mucin وخلايا تحتوي على هذه المادة .

السير : يمكن أن يتراجع عفواً .

المعالجة : غير ضرورية .

الضمور الشحمي الموضع الالتهابي Inflammatory : Localized Lipotrophy

الضمور الشحمي نصف الدائري Lipotrophy Semicircularis [Marques 1953, - Ferreira Gschwandtner and Münzberger 1974] :

الضمور الشحمي نصف الدائري ، ضمور في النسيج الشحمي يشبه شريطاً دائرياً يصيب الوجه الباسط للفتخ ، أو

التشخيص التفريقي : دعت حوادث هذا الداء في السابق بمتلازمة بفيفر - وير - كريستيان عند الأطفال . وما حوادث بفيفر Pfeifer ، وكترون Ketron ، وكمن Cummin ، ليفر Lever ، ولامب Lamb إلا من هذا النموذج من الضمور الشحمي الالتهابي . يجب تفريق المرض عن التهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام ، والتهاب السبلة الشحمية الذاتي ، والتصلب الجلدي الموضع .

المعالجة : لا تعرف معالجة للداء .

الحثل الشحمي الجزئي Partial Lipodystrophy :

المرادفات : الحثل الشحمي الغامض المحدد .

يحدث الحثل الشحمي الجزئي كضمور في النسيج الشحمي في مناطق محددة دون سبب واضح ، وتصاب الوجنتان بالضمور الشحمي وقد يصادف في مناطق أخرى . هذا وقد يحدث الحثل الشحمي الجزئي في سياق التهاب كبيبات الكلى المسراقى الشعيري ، مع ذلك تكون الإصابة الجلدية من النوع الخفيف . وقد يسبقه فترة تتراوح بين ٥ - ٢٠ سنة . ويمكن أن يكون هذا الحثل الشحمي الجزئي مشعراً للإصابة بالتهاب كبيبات الكلى المسراقى الشعيري . وينقص مستوى التشممة C₃ في كلتا الحالتين أي في الحثل الشحمي الجزئي وفي التهاب كبيبات الكلى المسراقى الشعيري . ويكون لدى المرضى أهبة للأخماج ، وليس من معالجة لهذا المرض (راجع الشكل ٢١ - ٤) .

الحثل الشحمي النابذ البطني عند الوليد

Lipodystrophia Centrifugalis Abdominalis

Infantil [Imamura, Yamada, Ikeda 1971] :

التعريف : مرض يصيب الأطفال وأكثر ما ذكر المرض في اليابان وكذلك في أوروبا ويتصف بانكماش جلد البطن والصدر بسبب حثل النسيج الشحمي .

المحدوث : المرض نادر جداً ، وما سجل منه حتى الآن حوادث قليلة خارج اليابان . يصيب المرض الإناث أكثر بمرتين من الذكور . ويبدأ المرض منذ الشهر الأول وحتى السنة التاسعة من العمر ، وليعلم أن ٨٠٪ من الحالات تحدث دون الخمس سنوات من العمر . وقد تلعب الأذيات والعمليات الجراحية (عملية فتق أربي) دوراً في إحداثه .

الموجودات السريرية : تبدأ الإصابة في المنطقة الأربية والحفرة الإبطية ثم تنتشر إلى منطقة القاربي Scaphoid ، حيث تأخذ سيراً نابذاً ، وتشمل منطقة واسعة من جدار البطن وأو الصدر يكون محيط الآفة حمائياً ويتوافق بتضخم العقد اللمفية عادة .

يصيب طرفاً علوياً وسفلياً لدى النساء الشابات عادة . ويظهر على شكل تضيق سطحي دائري دون أية شذوذات أخرى ولا توجد علامات التهابية ، غير أن منظره مؤذ للمريض جمالياً .

سببه مجهول ، ولكن يذكر حدوثه بعد رضوح خارجية شائعة في مكان الإصابة ، يكون سير المرض حسناً والتراجع العفوي هو القاعدة (راجع الشكل ٢١ - ٣) .

يدخل في التشخيص التفريقي الضمور المحدد بسبب أذية آلية أو بعد حقن الستيروئيدات أو الضمور التالي لصلابة معدة .

المعالجة : لا داعي للمعالجة .

الضمور الشحمي الحلقي Lipotrophic Annularis

[Ferreira - Marques 1953, Shelley et al 1970,]
[Jablonska 1975] :

مرض نادر جداً ويحتمل أنه يماثل الضمور نصف الدائري . أكثر ما يشاهد عند الإناث . يترأى على شكل حلقي من الضمور الشحمي على الذراع والساعد أو على الكاحلين وذلك بعد ١ - ٣ أسابيع من حدوث وذمة التهابية . أما سببها فغير معروفة . وقد افترض أنه ناجم عن الرضوح المزمنة ، أو التهاب السبلة الشحمية الذاتي ، أو التهاب الأوعية الشريانية أو الوريدية . قد تؤدي الآفات إلى الألم والحلل الوظيفي في الطرف المصاب ، ولا يميل للتراجع . ويدخل في التشخيص التفريقي معه بصورة رئيسية ، تصلب الجلد المحدد وتحت الجلد . ولا توجد له معالجة مجدية معروفة .

الضمور الشحمي الالتهابي الموضعي Local

Inflammatory Lipotrophy [Winkelmann]

[1984] :

التعريف : ضمور شحمي موضع يؤري يحدث بمرحلتين : الأولى التهاب سبلة شحمية التهابي لمفاوي فصيصي والثانية ضمور هذه السبلة الشحمية .

الموجودات السريرية : المرض عبارة عن عدة بؤر من ضمور النسيج الشحمي يصيب النهايات في غالبية الحالات . يكون في البداية عبارة عن عقيدات تحت جلدية طرية حمامية . ثم يحدث انخماص في مكانها ويؤدي إلى الضمور . تتراوح أقطار الآفات بين ٢ - ٢٠ سم .

التشريح المرضي النسيجي : التهاب سبلة شحمي لمفاوي فصيصي .

المسير : مزمن .

الأعراض : يوجد أحياناً كثرة في العدلات وقد يلاحظ زيادة غير مضاد السربتوليزين ، وإيجابية اختبارات وظائف الكبد كما قد تصاب اللوزتان بالالتهاب أيضاً .

تشريح المرضي النسيجي : يبدو في المناطق الحمامية المحيطة راحة التهابية معتدلة تتألف من لمفاويات ، ومنسجات ومغسورات ، كما يوجد ضمور في النسيج الشحمي .
علامات لالتهاب أوعية وانحلال شحمي .

تسرع : إذا حدث التراجع العقوي ، تراجع الحمى في البداية ويحدث أحياناً توسع محيطي . ويتراجع اعتلال العقد اللمفية . وقد يشاهد تراجع كامل الداء .

التشخيص التفريقي : يجب تفرقه عن تصلب الجلد الموضع حتمي ، وتصلب الجلد الموضع ، والخلل الشحمي المترقي ، و التهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام ، والتهاب السبلة شحمية الذأبي .

العلاج : ليس للمعالجة الموضعية من فائدة ، وتعطي استيروئيدات القشرية فموياً بعض الفائدة .

الخلل الشحمي المترقي Lipodystrophia Progressive
[Barraquer 1906, Hollander 1910, Simons 1911]

مرادفات : الخلل الشحمي الجزئي المترقي ، متلازمة هولاندر - سيمون ، متلازمة باراك - سيمون .

مرض نادر جداً ، يصيب الإناث على وجه التحديد تقريباً . يبدأ في الطفولة ويتصف بضمور تام في النسيج الشحمي تحت خند في القسم العلوي من الجسم والوجه . تكون الإصابة متناظرة ، بينما قد يزداد حجم النسيج الشحمي في القسم السفلي من الجسم . يمكن أن يترافق المرض باضطرابات طمئية ، وتصلب الأذن Otosclerosis ، وكيسات عظمية ، وضعف عام .

يشعر المريض بالبرد نتيجة نقص الحماية من جراء فقدان نسيج الشحمي ، ويكون وجه المريض مدنفاً ، وهي علامة بارزة ، والآلية المرضية فيه غير معروفة . قد يسبق ظهور مرض كرب فيزيائي أو عاطفي ، ويحتمل أن ينجم عن اضطرابات في الدماغ البيني Diencephalon وأمراض خلقية خفية متوسطة Mesenchymal وبغض النظر عن شدة هذا مرض ، فهو غير مميت ، والمصابات عقبات عادة ، وليس له علاج . تجرى الجراحة الرأبية Plastic Surgery في حالات مستثنية .

متلازمة سيب - لورنس Seip - Lawrence Syndrome
[Seip 1959, Lawrence 1946]

المرادفات : الخلل الشحمي الولادي المترقي ، متلازمة الخلل الشحمي المعمم ، والسكري الخثلي الشحمي .

التعريف : تصيب هذه المتلازمة الدماغ البيني ، ويتظاهر بضمور شحمي معمم ، وشذوذات متنوعة ، ومرض سكري معند على الأنسولين .

الحدوث : نادر ، ويرجح أنه ينتقل بصبغي جسدي صاغر .
الإمراض : اضطراب وراثي ، يتداخل تحرر هرمونات الدماغ البيني/النخامي في إمراضه .

الموجودات السريرية : يكون سن البدء في حوالي السنتين من العمر ، ويتظاهر بضمور النسيج الشحمي تحت الجلد بشكل مترق (خلل شحمي معمم) . ويؤدي ضمور النسيج الشحمي في الوجه إلى منظر الوجه الشبيه بالجمجمة . تظهر في الطفولة تصبغات في الجلد كالتي تشاهد في الشواك الأسود ، وخاصة في العنق ، وتحت الإبط ، والناحية الأربية ، وظهر القدمين ؛ وقد تتطور إلى شواك أسود حقيقي . يصاب المرضي بفرط الأشعار ، ويكون شعر الفروة أجعداً . ويبدو المصاب بعد ولادته وكأنه مصاب بما يشبه ضخامة النهايات Acromegaloïd ، كما تكشف معانيته عن ضخامة كبد وطحال ، وضخامة عضلات ، وضخامة بظر وفرط توتر شرياني ، أما الضفيرة الوريدية فواضحة أكثر مما هي عليه في الحالة الطبيعية (ضخامة وريدية) . يصاب المريض أيضاً بالسكري الشبابي المقاوم للأنسولين ، والبوال ، والتخلف العقلي ، ولا تشاهد هذه الأعراض الأخيرة في وقت مبكر .

المسار : مزمن ومترق ، وقد يتحسن مع البلوغ .
التشخيص : يتم التشخيص استناداً إلى الأعراض السريرية المذكورة ويمكن كشف توسع البطينات بالتصوير الطبقي .
المعالجة : عرضية فقط .

متلازمة الوذمة الشحمية المؤلمة Painful Lipedema Syndrome
[Allen and Hines 1940]

المرادفات : المتلازمة الشحمية المؤلمة ، متلازمة الوذمة الشحمية المؤلمة في الساقين متناظر في الساقين .

التعريف : انتفاخ شحمي مؤلم متناظر في الساقين .
الحدوث : نادرة المشاهدة نسبياً .

الإمراض : يفترض فيه أنه مرض استقلابي وراثي ، تزداد فيه شحوم الدم ، ويكون تركيب الشحوم في النسيج الشحمي تحت

الجلد غير طبيعي حيث تزداد نسبة الحموض الشحمية غير المشبعة نسبياً .

الموجودات السريرية : يظهر في الطفولة أو مع البلوغ بتورم متناظر في النسيج الشحمي للساقين ، ويكون صلباً ولذلك لا يمكن إحداث وهدة بالضغط عليه . لا يصيب القدمين عادة . ويزداد التورم بسبب التوتر القياسي Orthostatic ، والتورم مؤلم في الساقين وخاصة قرب مفصل الركبة . (راجع الشكل ٢١ - ٥) .

الأعراض : تورم الساقين مؤلم ، لا يغيب بالراحة أو برفع الطرف . ولا توجد أعراض عامة ، إلا فيما يتعلق بفرط البروتينات الشحمية في الدم .
السير : تترق الآفة ببطء .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي كل من متلازمة Nonne - Milory - Meige (الوذمة اللمفية) ، ومرض الشحام المؤلم (مرض Dercun) ، والتصلب الجلدي الثانوي في القصور الوريدي ، والوذمة الصلبة لبوشكه

(Buschke's Scleredema) والأنواع الأخرى من وذمات الساق .

المعالجة : عصائب ضاغطة وجوارب مرنة .

التهاب الهلل Cellulite :

يطلق مصطلح التهاب الهلل على التغيرات في النسيج الشحمي تحت الجلد عند الفتيات وخصوصاً حول الفخذين والأليتين وتكون الأعراض الشخصية على شكل شعور بالتوتر وألم منتشر عفوي . ويبدو الجلد بالمكبرة شبيهاً بقشرة البرتقال أو ظاهرة الفراش Mattress . لا توجد علامات نسجية النهائية ، بينما يوجد ركود لمفي خفيف ووذمة في النسيج الضام الأدمي ، مع تورم في النسيج الشحمي تحت الجلد . وكانت تدعى هذه الحالة بالوذمة الشحمية Adipositas Oedematosa . تبدأ محددة وتزداد مع تقدم العمر وزيادة الوزن . ولا ينظر لهذه التغيرات على أنها مرض ، وليست لها معالجة ينصح بانقاص الوزن بالتمارين الرياضية للساقين (ركوب الدراجات ، التدليك ، المشي) .

الفصل الثاني والعشرون

أمراض الأوعية الدموية

Diseases of the Blood Vessels

د . وليد حناوي

الصغيرة في الضفيرة الحليمية وخاصة الشعيريات والوريدات التالية لها .

التصنيف : ويميز فيها التوسعات الشعيرية الأولية والثانوية (العرضية) .

التوسعات الشعيرية الأولية Primary Telangiectases

الوحمة متوسعة الشعيريات :

يشير هذا التعبير إلى توسع الشعيريات التي تحدث كشوّهات ولادية في مناطق محددة من الجلد .

متلازمة بلوم Bloom's Syndrome [1954] :

المصادفات : الحمّامي متوسعة الشعيريات الولادية ، متلازمة بلوم - تور - ماشاسك Bloom - Torre - Machacek .

التعريف : متلازمة بلوم عبارة عن حمّامي متوسعة الشعيريات ولادية ، تصيب الوجه والساعدين وتشبه الذأب الحمّامي ، وتترافق بحساسيتها للتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ، وباضطرابات في النمو ، وبطفالة ، وبميل للإصابة ببيضاض الدم .

الحدوث : مرض نادر الحدوث ، ينتقل بصبغي جسدي صاغر ، ويصيب الذكور غالباً ، ويبلغ عدد الإصابات به حوالي ٤٠٠ حالة مسجلة في الأدب الطبي .

الإمراض : تبين وجود خلل في الدنا ليغاز واحد (DNA Ligas 1) في الخلاصات الخلوية المختلفة ، ولهذا فإن كسلة الإنزيم الخزيفية تبلغ حوالي ١٢٠ - ٢٠٠ كيلو دالتون ، بينما تبلغ كسلة الدنا ليغاز ٢ (DNA Ligas 2) حوالي ٨٠ كيلو دالتون . ويعتبر الرّبط المتناقص للدنا ، والرّبط المعيب لنهاية الدنا ، وزيادة التبدل العفوي ، علامات مميزة لمتلازمة بلوم ، كما تحدث شذوذات صبغوية متعددة مثل : تحطم في الصبغي ، وأشكال ذات إشعاعات رباعية ومقايضات متعددة مع شق الصبغي المقابل ، بالإضافة إلى ميل المريض للإصابة ببيضاض الدم وبالسرطانة .

الموجودات السريرية : يولد الأطفال المصابون عادة بوزن أقل من الوزن الطبيعي (أقل من ٢٥٠٠ غ) ، ويترافق بتأخر في النمو أو بقزامة ، ولكن يوجد تناسب في شكل المريض ، كما يصاب بقصور في القنذية (مبال تحتاني ، اختفاء خصية) ويكون مستوى الذكاء في المصاب سوياً ، وقد تلاحظ أحياناً شذوذات أخرى مثل العنّش Polydactylism أو الصوت الطفلي العالي .

يعالج هذا البحث العوامل الإمراضية الرئيسية التالية : شذوذات أو الاضطرابات الوظيفية أو التبدلات الالتهابية التي تصيب الشرايين ، أو الشريينات ، أو الشُعيرات ، أو نوريدات ، أو الأوردة . وثمة حالات خاصة لا يمكن تجنبها ، لأن حالات الشذوذ تتداخل في حدوث الوحام الوعائية ، وفي الحدوث الالتهابية ذات التفاعلات الشديدة .

الأوعية المغذية للجلد Vessels Supplying the Skin :

تألف الشبكة الوعائية الدموية بأبعادها الثلاثة والتي تغذي جلد من ضفيرة جرياتها أفقي ، ومن أوعية عامودية تصل بها . تمر شريينات هذه الشبكة عبر المنطقة الحدودية بين منطقتي الجلد ونحت الجلد (الضفيرة الجلدية العميقة) لتغذي ملحقات الجلد وتدعم الضفيرة تحت الحليمية (الضفيرة الجلدية السطحية) . ومن الضفيرة الأخيرة تتشكل العرى الشعيرية لتغذي وبمفردها حنجات النسيج الضام التي تشكل تثر فوقي الشكل في لاستطالات البشرية الأدمية Rete Ridge عبر البشرة ، ويتكون النظام الوريدي بشكل مشابه لذلك ، إلا أن الأوعية نوريدية أكبر قطراً . وبالإضافة للوظيفة الاستقلالية ، يعتبر تنظيم حرارة الجسم وظيفة هامة أخرى من وظائف الجملة الوعائية الجلدية . أما قطر الشرايين والشريينات فينظمه فعل لأعصاب على العضلات في جدر الأوعية ، بينما تنظم المفاغرة شريانية الوريدية - الموجودة تحت المراقبة العصبية أيضاً - تدوران الدموي في الأطراف . وإن التبيغ الشرياني يؤدي إلى حمّامي بينما يؤدي التبيغ الوريدي إلى ركودة دورانية وقد يؤدي إلى ازرقاق الناحية (راجع الشكل ٢٢ - ١) .

توسع الشعيريات Telangiectases :

التعريف : هو توسع دائم في الأوعية الدموية الصغيرة السطحية التي تبدو من خلال الجلد ، وقد تكون قريبة من بعضها فتبدو كحمّامي حمراء متجانسة متوسعة الشعيريات ، وتبدو بالمعانة عن قرب بشكل شبكة وعائية دقيقة ، بينما يختفي الاحمرار - المعانة بالشفوفية .

التشريح المرضي النسجي : يكشف عن توسع في الأوعية

وتعتبر الحمامي البقعية متوسعة الشعيريات من الميزات الخاصة ، والتي تمتد على الوجه بشكل فراشة ، وتظهر في السنة الأولى من العمر ، وقد تشبه الذأب الحمامي .

وقد تترافق بظاهرة مشابهة على السطوح الانبساطية للساعدين ، وبالإضافة إلى ذلك ، يشكو المصاب من حساسية لأشعة الشمس والتي تتجلى بإحداثها حمامي ونفاسات على الشفتين . كما لوحظ ترافق هذه المتلازمة بالداء السكري .

الإنذار : سيء ، فقد يصاب هؤلاء الأطفال بابيضاض الأرومة النقية الحاد . وبسرطانات في الأعضاء المختلفة ولكنها لا تصيب الجلد في جميع المرضى . يبلغ متوسط البقاء Survival في هذه المتلازمة حوالي ٢٣ عاماً .

المعالجة : وتم بالوقاية من الضياء ، وبالعاية بالجلد .

توسع الشعيريات الأساسي Essential Telangiectasia :

تظهر هذه الإصابة بلا سبب واضح ، وتنتشر مترقية في أغلب الحالات ، وتزداد تدريجياً وعلى شكل بقع منتشرة على الوجه والأطراف ، ولذلك سميت بتوسع الشعيريات الأساسي المنتشر المترقي . وقد تكون هذه الآفات سطحية أو عميقة . وثبت أن الأقنية الوعائية المتوسعة تنجم عن توسع في الشعيريات الوريدية ، كما وتترافق هذه التوسعات بالنجمات الوريدية وحتى بالدوالي في بعض المرضى (راجع الشكلين ٢٢ - ٢ و ٢٢ - ٣) .

المعالجة : يفيد في علاجها الليزر أو النفوذ الحراري Diathermy غالباً ، كما ينصح بإعطاء التتراسكلين في الشعيريات المتوسعة الأساسية .

الرنخ بتوسع الشعيريات Ataxia Telangiectasia [Sillaba and Hanner 1926] :

المرادفات : متلازمة الرنخ بتوسع الشعيريات ، متلازمة لويس - بار (١٩٤١) ، توسع الشعيريات الجلدي - العيني - الدماغ .

التعريف : مرض وحماني مجموعي نادر جداً ، يترافق باضطرابات في النظام المناعي الخلطي ، وإصابة الجلد والعين والدماغ .

الحدوث : يُحتمل أن يكون هذا الداء اضطراباً وراثياً في نوعية الدماغ ، وينتقل بصبغي جسدي صاغر . ويلاحظ في هؤلاء المرضى إزفاء Translocation صبغوي ، وزيادة في التحطم الصبغي .

الموجودات السريرية : تظهر العلامة الرئيسية لهذا المرض في صغار الأطفال بشكل رنخ دماغي مترقي ببطء ، وباللاخطوية ، وباللا وقوفية أيضاً ، كما يلاحظ وجود اضطرابات في الكلام . وتظهر التوسعات الشعيرية على الجلد بطيئة ومترقية وخاصة على الوجه والأذنين والملتحمة . ويُنظر إلى تشكل الشعيريات المتوسعة في الملتحمة في زوايا الأجناف كعلامة باكورة ، ثم يتلوها ظهور بقع القهوة بالحليب ، مع شيب الأشعار في باكورة سن البلوغ ، وضمور الجلد أيضاً . ومن العلامات الهامة لهذا المرض ، أهية المريض للإصابة بالأخماج الجرثومية المعادة التي تصيب كلاً من جيب الفك العلوي والرتتين ، وأحياناً الإصابة الباكورة بتوسع القصبات . يوجد لدى المريض نقص في مقاومة الأخماج عموماً .

الأعراض : وتتجلى بنقص في النمو ، وتأخر في النمو العظمي ، ويكون الذكاء سوياً في البداية ، ثم يتأخر فيما بعد . وعادة ما يوجد نقص تنسج في التوتة أو يغيب هذا التنسج فيها ، وينقص الغلوبولين IgA في المصل واللعاب أو يغيب فيهما ، وينقص الغلوبولين IgE و IgG أيضاً ، ويزداد الغلوبولين IgM أحياناً ، كما توجد قلة في اللمفاويات بشكل نسبي أو مطلق .

التشخيص : قد يشاهد في التصوير المقطعي المحوسب نقص تنسج التوتة أو اللاتنسج بها ، وضمور الدماغ أيضاً .

التشخيص التفريقي : يجب استبعاد الأشكال الأخرى من الرنخ (الرنخ الحسي ، الرنخ الدوائي) ، وداء هارتنب Hartnup ، وبيلة هيدروكسي كينيورين في التشخيص التفريقي لهذا الداء . ويجب أن تؤخذ الأورام الدماغية بعين الاعتبار أيضاً .

السر : يوجد في المصاب زيادة في قابليته للإصابة بالأخماج ، وفي استعداده للإصابة بالحيوانات (السرطانة ، اللمفوم الخبيث ، ابيضاض الدم) . ويكون الإنذار سيئاً عموماً ، إذ غالباً ما يقضي الأطفال نجبتهم في سن البلوغ .

المعالجة : عرضية ، بالإضافة إلى الوقاية من الأخماج (وقد جرب زرع التوتة أيضاً) .

المتلازمات الأخرى المترافقة بتوسع شعيريات أولي :

قد يتظاهر كل من توسع الشعيريات الوراثي التزفي (داء رندو - أوسلر (الفصل ٥٢) وتبكل الجلد الولادي مثل متلازمة رثوند وتومسون (الفصل ١٨) ، وأخيراً الوعاؤوم الرحاف (الفصل ٥٢) ، والوعاؤومات الأخرى أو التقرانات الوعائية (الفصل ٥٩) ، بتوسع أولي في الشعيريات .

توسع الشعريات الثانوي Secondary Telangiectases :

التعريف : توسع الشعريات العرضي أو الثانوي هو الذي يحدث بتأثيرات خارجية أو كنتيجة للأمراض الجلدية .

توسع الشعريات خارجية المنشأ : يؤدي التعرض الطويل واندريد للشمس والطقس إلى حدوث شعريات متوسعة على نوجه وخاصة لدى المزارعين ، والبحارة وأدلاء الجبال (التهاب الجلد الشمسي) ، ويبدو هذا التوسع أيضاً في حالات تاكل الجلد المكتسب بعد التشعيع بالأشعة السينية (التهاب جند شعاعي مزمن) ، أو بعد العلاج بالستيروئيدات موضعياً ونفترات طويلة (التهاب الجلد الستيروئيدي ، الجلد نستيروئيدي) وقد تظهر على الأطراف أيضاً إذا تعرضت للبرد شديد ، وخاصة الأطراف السفلية عند النساء .

توسع الشعريات كنتيجة لمرض : يعتبر توسع الشعريات صفة نموذجية للمرحلة الأخيرة في الجلادات التي تنتهي بالضمور وانتصلب : كتصلب الجلد ، ومتلازمة كريست CRST ، واندأب الحمامي ، والتهاب الجلد والعضل ، والتهاب جلد لأطراف المزمع الضموري . وقد تظهر على الوجه والقسم العلوي من الجسد في حالات تشمع الكبد أيضاً .

المعالجة : يمكن استعمال إبرة الإنفاذ الحراري لإنقاص شعريات المتوسعة . وعلى أية حال ، توجد خطورة بسيطة في تطبيق هذه الطريقة في معالجة الحمامي متوسعة الشعريات تنجم عن الشكل الحاصل ، بينما يمكن تجربة سنفرة جلد الوجه بمسنتات عالية السرعة . ويؤخذ بعين الاعتبار المداواة بالبرودة سطحية ، كما وإن تخثر الأوعية الصغيرة جداً بأشعة الليزر مفيد ومثير للاهتمام .

الاحمرار بين الجريبات على العنق Erythrosis Interfollicularis Colli [Leder 1944] :

مرادفات : الملان الاحمراري بين الجريبات ، الجلد المرقط .

إن هذه الآفات غير مؤذية ولكنها تبدلات غير مرغوبة جمالياً ، وتصيب الذين يتعرضون لأشعة الشمس الشديدة ونفترات طويلة غالباً : كالزراعين والجنود ، وأدلاء الجبال والبحارة وعبادي الشمس . وتصيب كلاً من جانبي العنق تحت الأذنين ، ومنطقة الصدر بشكل V أيضاً . ويتظاهر هذا نداء على شكل حمامي متوسعة الشعريات ، وواضحة الحدود ولا تصيب الجريبات ذات اللون الطبيعي ، وتكون المنطقة تحت الذقن والمنطقة وراء الأذنين سليميتين من الإصابة دائماً ، (راجع شكل ٢٢ - ٤) . ويتوافق هذا الاحمرار بين الجريبات بفرط

تصنع أحياناً ويسمى بالملان الاحمراري بين الجريبات . وهذا التبدل غير عكوس ، ويتم الانتقاء في هذا الداء بالحماية من التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية .

المعالجة : تغطية أماكن الإصابة ووقايتها من أشعة الشمس .

توسع الأوردة Venectases :

يمكن تميز الشعريات المتوسعة الدقيقة الحمراء بسهولة عن الأوردة المتوسعة (الدوالي) Phlebectases ، وهذه الأخيرة عبارة عن جيوب (من الدم الوريدي) حمراء مزرققة ، أو أرجوانية مزرققة ، وذات قطر كبير وطول يتراوح بين عدة سنتيمترات . وتحدث على شكل نجمة (النجوم الوريدية) أحياناً ، وغالباً ما تبدو بشكل تشجرات دالية تصيب ظهر القدمين والكاحل وأسفل الساقين والفخذين . (راجع الشكل ٢٢ - ٥) . كما وتظهر الأوردة المتوسعة على القوس الضلعية نتيجة للسعال في مصاب بالنفاخ الرئوي أحياناً .

ويعتبر توضع هذه الإصابة على الجوانب الأنسية للأخص وقربه على شكل دوالي إكليلية ، مظهراً نموذجياً للقصور الوريدي المزمن من الدرجة الأولى .

المعالجة : وتم بالحقن المصلية بالأدوية السادة أو بالمصل الملحي مفرط التوتر وإن تخثر هذه الأوعية بأشعة الليزر مفيد .

الاعتلالات الوعائية الوظيفية Functional Angiolopathies :

تضم هذه الاعتلالات الوعائية الوظيفية جميع الاضطرابات المزمنة في الدوران النهائي ، وتصيب الشريانات والشعريات والوريدات . وقد تكون هذه الاضطرابات نفسها ذات أهمية معتبرة في الحالات المعزولة ، حيث تختلف هذه الاضطرابات الوعائية الوظيفية في الدوران الأصغري عن الأمراض الوعائية العضوية التي يجب تفريقها عنها لأنها غير مؤذية نسبياً . ويمكن تحديد المتلازمات السريرية التي يشيع فيها نقص التحمل للبرد .

زراق الأطراف Acrocyanosis :

المرادفات : اختناق النهايات Acroasphyxia .

التعريف : يعني زراق الأطراف حدوث تبدل لوني زراقي في الأقسام القاصية من الأطراف وانخفاض درجة حرارة الجلد فيها ، وتترافق بفرط تعرق وتورمات لينة غالباً .

الحدوث : تصاب النساء بهذا الداء بشكل رئيسي ، وتبدأ الأعراض عادة في سن البلوغ ، وتختفي في العشرينات والثلاثينات عفوياً ، وتتفاقم الإصابة عند التعرض للبرد كالمعمل

في بيئة باردة ورطبة ، بينما تعمل التدفئة على تخفيف الإصابة بشكل كبير .

الإمراض : يفترض وجود خلل في نظام الدوران الأصغري من منشأ عصبي مستقل ، وعائلي أحياناً . وقد اقترح وجود اضطرابات في النظام النخامي الدماغي البيني أو في المنعكسات النخاعية و/أو زيادة حساسية عضلات جدر الأوعية للبرد ، حيث يبقى الدم المتزوع الأكسجين في الشعيرات الوريدية الكبيرة الوانية ، وفي الوريدات التالية لها ، بينما تضيق الشريينات بزيادة المقوية أيضاً .

الموجودات السريرية : تصاب الأطراف في نهايتها كاليدين والقدمين ، كما يصاب كل من الساعدين والساقين والأنف والوجنتين والأذنين والألتين والربع السفلي الخارجي من الثدي أيضاً ، وتكون المناطق الحمراء المزرقمة من الجلد باردة ، بينما تكون الراحتان والأخصان رطبة عادة ، وتعزى هذه الرطوبة إلى فرط تعرقها ، وقد تظهر التورمات اللينة التي تشبه الوسادة خاصة على اليدين . ولا يتذمر المرضى من برودة اليدين والقدمين فقط ، بل يتذمرون من شعور التمثل المزعج أحياناً ، وهذا ما يسمى زراق الأطراف المزمن الحديري A. Chronica Anaesthetica .

الظاهرة القرحية Iris Phenomenon : وهي علامة تشخيصية نموذجية . بعد إحداث الالبياض بالضغط الخفيف ، تحمر المناطق ثمانية من محيطها وباتجاه مركزها ، بينما يرجع لون الجلد الطبيعي سريعاً وبانتظام بدءاً من محيطها ، وبعد هذا تحدث بقعة حمراء قرمزية فاتحة بلون القسم الظاهر من الشفة (التبيغ الشرياني) ، ثم يظهر الزراق ثمانية (راجع الشكل ٢٢ - ٦) .

السير والإنذار : تختفي أعراض هذا الزراق في العشرينات وحتى الثلاثينات من العمر . ويجب - أثناء وضع الإنذار - أن يدخل في الحسبان أن الإصابة بهذا الزراق تعني زيادة القابلية للإصابة بالجلادات الأخرى ، فالتأليل الشائعة مألوف حدوثها على هذا الزراق ، وتعتبر مناطق الإصابة بهذا الزراق توضع مفضلة للإصابة بالذآب الشائع ، والسلبيات الحطاطية النخرية ، والحمامي الحاسئة ، والذآب الشرسي (شكل من الذآب الحمامي المزمن) ، والشرث . ويصبح سير التقيحات الجلدية في مناطق الإصابة بهذا الزراق أكثر طولاً ، وتطورها إلى إكثيمة أكثر احتمالاً . كما تكون هذه المناطق ذات أهبة للإصابة بالأحماج الفطرية أيضاً (السعفة اليدوية والقدمية ، الداحس بالمبيضات) .

التشخيص التفريقي : يحدث زراق الأطراف العرضي في كل من أمراض القلب والرئة المزمنة ، والاضطرابات العصبية

والدموية ، والأمراض التي تترافق برصاصات البرد وغلوبولينات القر أيضاً . ويمكن تشخيص التهاب جلد الأطراف المزمن الضموري (هرزهايمر Herxheimer) نسجياً ومصلياً ، ويستبعد سريراً بالحقيقة التي مفادها أن الإصابة فيه تتطور إلى ضمور ، كما ويتميز داء رينو بهجمات العارضة .

المعالجة : لا يوجد علاج جهازي ناجح ، ويجب أن تراقب اضطرابات الإحاضة . ومن الأهمية بمكان في هذا المرض ، الوقاية من البرد بالملابس المناسبة ، ومن ثم التعرض للحرارة بشكل حمامات متناوبة ، وحمامات جزئية ، وحمامات بالبخر (الساونا Sauna) ، والمعالجة بالمبيغات كمشتقات حمض الصفصاف وحمض النيكوتين أيضاً ، كما ينصح بالعلاج الفيزيائي بالتدليك ، وتدليك النسيج الضام ، والتدليك تحت الماء بالإضافة إلى النشاطات الرياضية .

الجلد المرمرى Cutis Marmorata :

الملاحظات : التزرق الشبكي العابر .

التعريف : وهو عبارة عن جلد مرمرى شبكي كبير العيون غير مؤذ ، يحدث نتيجة تفاعلات وعائية وظيفية تشبه البقع البيضاء في زراق النهايات .

الحدوث : يترافق عادة حدوث الجلد المرمرى مع زراق النهايات ، ويصيب الفتيات الصغيرات والنساء البدينات ويندر استقلاله عن زراق النهايات ، كما يندر حدوثه في الرجال .

الأسباب والإمراض : تتداخل في سببات الجلد المرمرى عوامل مشابهة للعوامل التي تسبب زراق النهايات . وعلى أية حال ، فإن الونى الوظيفي الصرف للوريدات ، وفرط توتر الشريينات في هذا الداء ، يصيب الأوعية الصغيرة في الأدمة العميقة والنسيج تحت الجلد .

الموجودات السريرية : يندمج زراق النهايات عادة إلى حد بعيد بالتزرق الشبكي واسع العيون المرقط الذي يتظاهر به الجلد المرمرى . ويمكن للجلد المرمرى أن يصيب مناطق واسعة من الأطراف والألتين بشكل مستقل . وتتناوب بشكل نموذجي نمط الحلقات المزرقمة والشبكات في أوقات مختلفة ، وتختفي بعد تواجدها في بيئة دافئة لفترة قصيرة ، أو بعد ذلك الجلد ، كما لا توجد أعراض شخصية مرافقة . (راجع الشكل ٢٢ - ٧) .

السير : يختفي الجلد المرمرى بتقدم العمر ، وتنبع أهمية هذا التزرق المرقط للجلد من أنه يصعب تمييز الطفح المنعزل أحياناً ، ومثلها الوردية الإفرنجية .

التشخيص التفريقي : يجب أن تُستبعد الاضطرابات الوعائية

لأخيرة من غط التزرق العنقودي Livedo Racemosa في تشخيص التفريق لهذه الإصابة .

المعالجة : وتم كما في علاج زراق النهايات .

التشنج الوعائي في الوضع الكاذب Pseudoleukoderma Angiospasticum :

ويتظاهر على شكل ترقط أبيض على باطن اليدين والساعدين و/أو الأليتين ، ويحدث في المرضى ذوي الإصابات نوعائية ، ولكنه يصيب الأصحاء أيضاً ، وقد يشبه الوضع الحقيقي ، ولكن نقص التصبغ يغيب بالمعانة الشفوية . وينجم هذا الوضع عن شذوذ وظيفي في الأوعية المحيطية (تشنج مركزي في الشريينات ، توسع محيطي في الوريدات) ويتوافق هذا مع الجلد المرمري أيضاً . وتعتبر البقع البيضاء على الأليتين علامة غير نوعية للاضطرابات في استقلاب الكبد ، وغالباً ما يحدث هذا الشذوذ الوظيفي لدى المدخنين .

التزرق الشبكي والحروري Livedo Reticularis e Calore :

المرادفات : حمامى الاصطلاء Erythema ab Igne .

تنجم هذه الحمامى عن التعرض المديد للحرارة الشديدة (مواقد الفحم ، الدثارات الحرارية الكهربائية) ، وتظهر في انبداية على شكل شبكة حمراء ذات عيون كبيرة والتي قد تتحول إلى فرط تصبغ شبكي في الجلد ، ولذا دعيت بالملان الحارري لبوشكيه «Buschke's Heat Melanosis» . وقد تستمر هذه الحمامى سنوات عديدة فتسبب تبدلات واضحة في الجلد .

الجلد المرمري متوسع الشعيرات الولادي Van Lohuizen] Cutismorata Telangiectatica [1922 :

المرادفات : متلازمة Van Lohuizen ، الدوالي المتعممة الولادية .

التعريف : تعتبر هذه المتلازمة تشوهاً وحمائياً ولادياً في الأوعية الدموية الجلدية .

الموجودات السريرية : وتتجلى بنموذج واضح من الجلد المرمري غير أن عدم انتظامه أكبر وخشونته أكثر ، ويظهر منذ الولادة أو بعدها بفترة قصيرة ، ويشاهد عادة في الفتيات ، ويصيب كل الجلد أو يصيب مناطق غير متناظرة منه . وإذا استثنيت خشونة الجلد وتزرقه المرقط ، فإن هذه المتلازمة تترافق بالوحمات العنكبوتية وبالتقرحات الصغيرة وبفرط

الكلسمية أحياناً ، كما لوحظ حدوث زرق مرافق أيضاً . (راجع الشكل ٢٢ - ٨) .

الإمراض : مجهول ، ويؤخذ بعين الاعتبار قصور أوعية الجلد في تنظيم الحرارة بعد الولادة ، كما ترافقه تشكلات وحمائية في الأوعية .

التشريح المرضي النحجي : وتكون فيه الشعيرات في الأدمة والأوردة تحت الجلد متوسعة .

المسرح : قد يحدث تراجع عفوي في تشكل الطبقة الشحمية تحت الجلد خلال الأشهر الأولى من العمر وحتى الستين تقريباً .

المعالجة : وتم المعالجة بالانقواء الجيد من البرد بشكل خاص .

زراق الساق الاحمراري Erythrocyanosis Crurum Puellarum [Klingmüller 1925] :

التعريف : هو نوع من زراق النهايات يتظاهر ببقع بنفسجية وزراق وتورم يشبه الوسادة يصيب الساقين نتيجة التعرض المديد للبرد .

الحدوث : يشيع حدوث هذا الزراق في الفتيات والنساء الصغيرات ، وتعتبر متطلبات الأزياء (التناير القصيرة) عاملاً مؤهباً لهذه الإصابة ، كما أن البدانة عامل مؤهب آخر لدى الفتيات قصيرات القامة اللواتي يطلق عليهن اسم Typus Rusticanus (النمط الريفي) أو (النمط الممتلئ) .

الأسباب والإمراض : تحمي طبقة شحمية كبيرة الأعضاء الداخلية من ضياع الحرارة ، وبشكل مماثل فإنها تعزل الجلد فوقها وتجعله أكثر عرضة للتأثر بالبرد . وإذا وجد تأهب للإصابة بزراق النهايات ، فإن التبدلات الجلدية تحدث في مناطق ذات طبقة متمسكة من النسيج الشحمي تحت الجلد في جهة واحدة ، بينما تتعرض المناطق الأخرى للبرد بسبب مراعاة الأزياء . ويبدو أن الخلل الوظيفي الصماوي يلعب دوراً جزئياً في هذا الاضطراب .

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا الداء على شكل زراق معمم في النهايات وبدرجات مختلفة من الشدة ، ويرافقه شرث جريبي Perniosis Follicularis ، وتقران جريبي أحياناً ، وقد يمتد هذا الزراق الاحمراري من الجانب الداخلي للفخذ والركبة إلى الكاحل الوحشي ، كما يترافق باضطراب لوني ازرقاقي على الجلد (زراق Cyanosis) ينفصل عن محيطه بحافة

متوهجة ، وبقع حمراء ساطعة منفصلة عن بعضها وغوجية هذه الإصابة ، وتكون الظاهرة القزحية Iris Phenomenon إيجابية في هذا الداء ، كما في زراق النهايات والجلد المرمرى . وتتفاعل المناطق المزرقمة بالدلك والضغط الأصبعي على شكل بقع بنفسجية تسم بالتبيغ الشرياني . بينما يحدث اختناق النهايات الوظيفي الصرف تحت تأثير الحرارة ، ويؤدي البرد إلى تخريب تشريحي في الأوعية المشلولة ، وكذلك يحدث هذا التخريب عقب الالتهاب أيضاً ، كما يترافق الزراق الاحمراري بوذمة موضعية ، وقد يحدث جسوء مرافق شبيه بالشرث . وإن برودة الجلد وميل الإصابة للتراجع مع تقدم العمر يشابه ما يحدث في زراق النهايات . وعلى أية حال ، فإن تخريب الأوعية الشديدة بالبرودة يترك تبدلات جلدية دائمة .

التوتر الشرياني ، وأمراض الشرايين السادة ، وأثر يقى عقب التهاب الوريد الخثاري ، والشرث المزمّن ، والاضطرابات العصبية ، والأدوية أحياناً (نيفيديين Nifedipine ، بيرغوليد Pergolids ، بروموكريبتين Bromocriptine) .

أما إمرضياً فيتفاعل الدوران النهائي بشكل غير طبيعي تجاه الحرارة ، وتثار الهجمة بارتفاع درجة حرارة الطرف إلى النقطة الحرارية الحرجة ، وتختلف هذه النقطة الحرارية باختلاف المصاب وتتراوح بين ٣٢° - ٣٧° مئوية . ويحدث الألم بارتفاع حرارة الطرف وليس بتبيغه ، وقد يضطرب استقلال البروستاغلاندين الذي يكون السبب في الاستجابة للعلاج بالأسبيرين .

الموجودات السريرية : تسبب الحرارة والجهد العضلي أيضاً تبيغ الجلد وتورمه وارتفاع حرارته وألماً حارقاً شديداً ومضضاً بلمسه ، وفرط تعرقه ، وتصاب الساقان أو القدمان في هذا الداء عادة ، ويندر جداً أن يصيب هذا المرض اليدين ، وتدوم هجماته من دقائق إلى ساعات .

السير والإنذار : السير مزمّن ، والإنذار حسن في النهاية .

التشخيص التفريقي : وتلتبس هذه الإصابة بمتلازمة القدم الحارقة ، وبداء رينو الذي يثير البرد نوباته البعيدة ، ويتصف بأطواره النموذجية وبحدوث التشنج الوعائي في بداية نوباته .

المعالجة : من الممكن إيقاف هجمات هذا الداء بتبريد الأطراف في الماء البارد ، غير أن الحرارة أو الجهد العضلي يؤديان إلى هجمات أخرى ، ويجب معالجة المرض الأساسي ما أمكن ، وينصح بإعطاء الأسبيرين والبروبونولول أيضاً ، ويمكن تجربة تقسيها بلطف بالحمامات الجزئية في الماء مع رفع درجة حرارتها تدريجياً .

متلازمة القدم الحارقة Burning Feet Syndrome
[Stannus 1912] :

التعريف : هو جلاد يتظاهر باحساس بالحرق المتقطع والمؤلم جداً في القدمين ، وينجم عن اعتلال عصبي . وهو ظاهرة تترافق باضطرابات داخلية أو عصبية .

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا الجلاد بإحساس نخر ، وبحرق مؤلم جداً يصيب القدم وحتى الكاحل ، ويحدث في الليل عادة . وفي السرير الدافئ ، يبدأ هذا الإحساس عموماً على الجانب الأخصي للمفصل المشطي السلامي الأول .

السير والإنذار : تختفي هذه الظاهرة خلال عدة سنوات أو عقود . وقد يؤدي الاضطراب الوظيفي المزمّن للدوران إلى تخرب آليات الجلد المناعية ، وتؤهب لاضطرابات جلدية أخرى كما في زراق النهايات .

التشخيص التفريقي : يدخل كل من الشرث والحمامى العقدة والتهاب السبلة الشحمية في التشخيص التفريقي .

المعالجة : ويتم كما في زراق النهايات ، وينصح بالاستعاضة الهرمونية إذا أثبت الاضطراب الصماوي .

احمرار الأطراف المؤلم Erythromelalgia [Mitchell 1827, Gerhardt 1892] :

المرادفات : الحمامى المؤلمة Erythralgia ، متلازمة ميتشل Mitchell ، متلازمة جير هاردت Gerhardt .

التعريف : احمرار الأطراف المؤلم عبارة عن تبيغ انتيائي يصيب أحد الأطراف ويتظاهر بألم شديد واحمرار في الجلد وارتفاع درجة حرارته .

الحدوث : مرض نادر جداً ، يصيب كلا الجنسين ويحدث بشكل رئيسي في سني الشباب وأواسط العمر ، ويكون عائلياً في بعض الحالات .

الأسباب والأمراض : إن الأسباب في هذه الإصابة متعددة ، ومن غير المؤكد وجود شكل غامض دون أن يرافقه مرض مستبطن آخر ، حيث يبدو ، وخاصة في فصل الصيف ، كظاهرة ثانوية للحالات التالية : كثرة الحمر الحقيقية ، وفرط

كما يوجد زيادة في التوتر العضلي وفرط تعرق في الناحية
خضابية ، ولا يكون التيبغ حاداً كما في احمرار الأطراف المؤلم .
وغالباً ما يحدث تفرج يتدلي القدمين خارج السرير أو يغمسها
في الماء البارد .

وغالباً ما تترافق هذه المتلازمة مع تبدلات عصبية مثل
التهاب العصب خلف المقلة ، المذل ، والحزل البوري . لوحظ
حدوث هذه المتلازمة في حالات الكحولية ، والجرعات
مفرطة من حمض النيكوتين هيدرازيد ، وأمراض الكبد ،
والتهاب ما حول الشرايين العقد ، والداء السكري ، وعوز
فيتامين ب ، والأورام ، والورام الوعائي النخاعي أيضاً .

المعالجة : وتم بمعالجة المرض المستبطن . واستعمال الأغذية
خفيفة لليدين والقدمين ، وينصح بالحمامات الجزئية
وبدرجات حرارة متزايدة بالتدرج . إن إعطاء الأسبرين لعدة
أيام فعال في بعض الحالات ، كما ينصح بالفيتامين ب المركب
أيضاً .

متلازمة تملل الرجلين Retless Legs Syndrome
[Wittmaack 1861, Ekbom 1945]

المترادفات : قلق الظنبوب ، متلازمة ويتاك - إيكبوم
Wittmaack - Ekbom .

الموجودات السريرية : تتظاهر هذه المتلازمة بهجمات من
خلل السوء Dysesthesia في الساقين ، تحدث في الليل عادة ،
وتؤدي هذه الهجمات إلى حركات تملل إجبارية في الساقين ،
ويتم التحسن أحياناً بالنوم على المعدة ، أما سبب هذه الحركات
فغير معروف ، ويعتبر كل من الحمل والبرد وفقر الدم والداء
السكري من العوامل المؤهبة لحدوثها ، ولقد اقترح وجود خلل
وظيفي في الجهاز الوعائي الحركي في إمراضها ، وقد تلعب
العوامل النفسية دوراً جزئياً في ذلك أيضاً .

متلازمة رينو وداء رينو Raynaud's Syndrome and
Raynaud's Disease [Raynaud 1862]

التعريف : تعرف متلازمة رينو بأنها متلازمة تنجم عن حدوث
تشنج وعائي مؤلم متناظر ومتقطع يصيب اليدين خاصة ، ويثار
حدوثها بالبرد والانفعال أحياناً ، وكما جاء في الجدول
٢٢ - ١ ، فهي ظاهرة ثانوية لأعداد كبيرة من الأمراض
المرافقة ، وتُعرف الحالات التي لا يرافقها سبب واضح بداء
رينو .

الحدوث : يحدث داء رينو في الشابات بشكل رئيسي (معدل
إصابة النساء للرجال هي ٥ : ١) ، ويتوافق كل من الجنس
والعمر مع الأمراض المستبطنة في ظاهرة رينو الثانوية .

الإمراض : مجهول ، ولكنه قد يرتبط بأذية الخلايا البطانية ،
واقترح كل من تبدلات الجهاز العصبي الودي ، وحساسية
الأوعية للبرد ، ولزوجة الدم في هذا الإمراض .

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا الداء بتشنجات في الأوعية
المحيطة ، مؤلمة ، انتيائية ، متناظرة ونموزجية ، ويظهر الإقفار
المفاجيء في إصبع واحد أو في عدة أصابع ، كما يصيب
الأباحس والمناطق القاصية من القدمين ، والأذنين ، والأنف ،
واللسان أحياناً . ويمكن تمييز ثلاثة أطوار مميزة ومتعاقبة :

١ - التشنج الشرياني : وتبدو فيه الأصابع المصابة بيضاء
وقاسية . (راجع الشكل ٢٢ - ٩) .

٢ - الزراق (تيبغ وريدي) : وتكون الأصابع فيه حمراء
مزرقّة قائمة اللون .

٣ - التيبغ الشرياني : وتصبح الأصابع فيه حمراء فاتحة .

وتختلف مدة الهجمات وتكرارها من حالة إلى أخرى ، بينما
يحدث الألم الشديد في الطور التيبغي غالباً ، ولا توجد أسباب
واضحة لهذه الهجمات أحياناً ، ولكنها تحدث بالبرودة عادة ،
وقد يثير الكرب النفسي حدوث الحالات العارضة أيضاً . كما
تسبب الهجمات المتكررة تبدلات في جدر الأوعية والنسج
المحيطة بها ، وتظهر التورمات القاسية في الأصابع والأباحس
بمرور الوقت ، بينما تكون الأنامل Finger Tips قصيرة وذات
شكل مخروطي بسبب ارتشاف القسم القاصي من عظام
السلاميات ، ويتظاهر التهاب بطانة الشريان المسد على شكل
مناطق نخرية صغيرة تصيب نهايات الأصابع والأباحس وترك
مكانها ندبات صغيرة ، كما يتناوب نمو الأظفار مع تباطؤ فيها
وصفيحات ظفرية سميكة أيضاً .

التشخيص : تكون الصورة السريرية لداء رينو أو متلازمته
نموزجية ، ولذا يمكن تشخيص الإصابة بالقصة المرضية فقط .
وغالباً ما يثار حدوث الإصابة بغمس اليد والساعد في الماء
البارد (١٠° - ١٥° C) لفترة وجيزة . ومن ناحية أخرى ،
يجب أن تستبعد جميع الأسباب المذكورة في الجدول
٢٢ - ١ ، كما ينصح بتصوير الأوعية أيضاً إذا توقعنا وجود
تبدلات مرضية في الأوعية . ومن الأهمية بمكان تفريق داء رينو
بشكل خاص عن المراحل الباكرة من تصلب الجلد المجموعي
المتري .

الشذوذات :

الأضلاع الرقبية (متلازمة الأخمعية الأمامية أو الترقوة الضلعية) .

الرضوح :

الأمراض المحدثة بالصخب والضجيج : العمل بالمطارق الهوائية ،
الجرارات ، آلات الخياطة ، الآلات الكاتبة ، إلخ .

عقب الأذيات أو العمليات الجراحية .

الأمراض الوعائية :

تصلب الشرايين .

التهاب الوريد الوعائي الخثاري المسد .

التهاب الشرايين العقد .

الصمات ، الخثرات .

أمراض النسيج الضام :

تصلب الجلد المجموعي المترقي .

الذئب الحمامي .

التهاب الجلد والعضل .

التهاب المفاصل الروماتويدي .

الاضطرابات العصبية :

التهاب العصب .

تكهف النخاع .

تدلي Prolapse النواة اللبية .

التبدلات الدموية :

راضات البرد .

الحالات الدموية الباردة .

الغلوبولينات القرية .

وجود الغلوبولين الكبري في الدم .

بيلة هيموغلوبينية إنتيائية .

الانسمات :

الذيفانات الفطرية .

المعادن الثقيلة .

مركبات السيانيد بعد تناول الكحول .

الأرغوتية .

مشتقات الفينيل كلوريد (داء فينيل كلوريد) .

ثلاثي كلور الإيثيلين .

الأمراض الصباوية :

النخامي (؟) .

الدرقية (؟) .

نقص التنسج التناسلي (؟) .

Acrosclerodermic Type) ، ويبدأ بهجمات من داء رينو غالباً . ومن ناحية أخرى ، فقد لوحظ قساوة في نسيج الأصابع خلال سير داء رينو على غرار تصلب الجلد . فإذا ابتدأت الإصابة بمثل هذه القساوة ، فالأكثر احتمالاً أن يتطور هذا الداء إلى تصلب الجلد المجموعي المترقي ، أما إذا بقي تصلب الجلد ثابتاً لمدة سنتين ، بالرغم من تكرار الهجمات ، فالأكثر احتمالاً أن تكون هذه الإصابة عبارة عن داء رينو . وعلى أية حال ، فإن تصلب الجلد والأمراض المرافقة الأخرى والمختلطة في هذا الداء ، يجب أن تبقى نصب أعيننا . وينبغي إجراء الفحوص التشخيصية التفريقية لهذه الأمراض بشكل منتظم . ففي حالة تصلب الجلد المجموعي المترقي ، يمكن كشف الأضداد المضادة للنوى في مصل المريض غالباً .

المعالجة : عرضية ، وتعتبر الحماية الفعالة من التعرض للبرد وارتداء الثياب التي تبعث الدفء في المريض هي الطريقة العلاجية الأكثر أهمية . وينصح المريض بالامتناع عن التدخين بسبب فعل النيكوتين المضيق للأوعية . وكذلك فإن الإجراءات الفيزيائية مفيدة غالباً كالحمامات الحارة ، والتدليك ، والتدليك تحت الماء ، واختبار تمارين الأصابع . كما تريح حمامات البارافين المريض لأنها تسبب توسعاً وعائياً مستمراً ، وتعطى موسعات الأوعية خلال الهجمات أيضاً (انظر الجدول ٢٢ - ٢) . وينصح علاج هذا الداء بالعوامل الحاصرة للكالسيوم (ضوادر الكالسيوم) مثل النيفيديين Nifedipine أو الفيراباميل Verapamil أو الديلتيازيم Diltiazem . وعلاوة على ذلك ، يجب تناول الرزربين Reserpine ، الدواء الكابت للجهاز المركزي ، الذي يستنفذ النورابينيفرين Norepinephrine من الأعصاب والأوعية . وقد تكون حالات الودي ، وألفا ميتيل دوبا ، ودي بتزولين Dibenzyline فعالة أيضاً . وفي حالات خاصة ، يمكن استعمال الاستروجينات إذا ازدادت الحالة سوءاً خلال الطمث أو الإياس . ولم يعد ينصح بقطع الودي جزئياً لأنه لا يحقق سوى نتائج مقبولة في ٢٥٪ من الحالات . كما سجلت نتائج حسنة بتطبيق مرهم إيزوسوربيد دي نترت Isosorbide Dinitrate موضعياً ، بينما يحدث ارتداد الجوارب والقفازات ذات فتحات للأصابع توسعاً وعائياً في اليدين والقدمين بانعكاس المحوار الطويل ، كما ينقص متطلبات المريض لموسعات الأوعية ، ويمكن للتلقيم الراجع الحيوي أن يزيد من حرارة الأصابع .

تموت الأصابع Digitus Mortuus [Reil ,

[Nothnagel] :

المرادفات : الأصبع الميت ، الأصبع الأبيض .

علاقة داء رينو بتصلب الجلد المجموعي المترقي :

تصلب الأصابع Sclerodactyly : وهو شكل مميز من تصلب الجلد المجموعي (نمط تصلب جلد النهايات

وجع النهايات **Acrodynia** [Chardon 1830, Swift 1923]
: [1918, Feer]

المرادفات : داء فير **Feer's Disease** ، الداء الوردي ، متلازمة سويفت **Swift Syndrome** .

الأسباب : مجهولة . ويقال بأن أسباب هذا الداء تستند إلى وجود آفات سمية أو خمجية أو التهابية أرجية تصيب المركز الودي في الدماغ المتوسط . ويعتبر الزئبق ، على وجه التحديد ، مسؤولاً عن إصابات هذا الداء ، ومن خلال تفاعل أرجي متأخر . ولوحظت ظاهرة مشابهة في الأرغوتية ، وفي الانسحاب بالزئبق ، والتاليوم ، وفي عوازل الفيتامين ب .

الموجودات السريرية : في هذا الداء ، تصبح أيدي صغار الأطفال وأقدامهم مزرقة إلى حمراء آجرية ، وتبدو شبيهة باللحم النقي وتكون مؤلمة وحكة أيضاً . ويحدث توسف صفيحي كبير في الراحتين والأخصصين أخيراً ، يترافق هذا الداء بفرط تعرق شديد تشبه رائحته رائحة الفأر ، وقد يؤدي سريعاً إلى حدوث دخنية حمراء ، وهذا يسهل تحوله إلى خمج جرثومي ثانوي ، مع الميل لتقرح هذه التقيحات الجلدية . وتعتبر رخاوة العضلات من الملحوظات الهامة في هذا الداء . وقد يترافق في بعض الأحيان بكل من هيجية الجلد **Irritability** ، والأنين ، ونقص الوزن ، وفرط الحراك **Hyperkinesia** ، والأهبة لالتهاب العضلات ، والتخمة ، والمص ، وتسرع القلب ، والأهبة لفرط التوتر ، والتبول المُرْسَب أيضاً .

المسیر والإنذار : يتطور المرض خلال أسابيع أو شهور ، والإنذار فيه حسن .

المعالجة : عرضية . وتشمل القوات الغني بالفيتامينات ، وفيتامين ب المركب وكذلك تعطى فيها الصادات إذا كانت ضرورية ، وإذا أثبت الانسحاب بالزئبق فيعطى مضاد اللويسيت البريطاني (BAL) .

الصمات في الجلد **Emboli to the Skin** :

تمتلى الأوعية الدموية في الجلد بمادة من الدوران الداني أحياناً ، فتحدث متلازمة سريرية مميزة .

الصمات الجرثومية Bacterial Emboli : تحدث هذه الصمات عندما يشكل نمو الجراثيم والجلطة تنبتات في القلب والأوعية ، وتتكون الآفات الجلدية من حطاطات وعقيدات حمراء أو نزفية ، مؤلمة عادة ، كما في عقد أوسلر ، وقد يرافقها التهاب في الأوعية .

صمات الدمسم Fat Embolus : وتصيب هذه الصمات الكحول ، وتحدث خلال ٤٨ ساعة من كسر في عظم طويل .

موجودات السريرية : كنتيجة للبرد أو الكرب الانفعالي يحدث في هذا الداء تشنج مفاجيء في شرايين الأصابع ، يؤدي إلى بقار في أصبع واحدة أو أكثر ، فتبدو بيضاء اللون ثم تموت . ولا يصاب فيه الإبهام أو الخنصر عادة ، وتدوم هذه محمات غير المؤلمة والتي تحدث في النساء غالباً ، لفترة قصيرة فقط . وقد يتوقف هذا الداء بعد قليل من الوقت ، كما لا توجد دتت حنود واضحة لهذا الداء تميزه عن داء رينو .

تشريح المرضي النسجي : أحياناً يوجد التهاب وعائي خثاري يرافقه التأثير المضيق للأوعية .

التشخيص : تتواجد تبدلات التهاب المفاصل الفقارية التي تصيب الفقرات والأضلاع الرقبية في بعض الحالات .

معالجة : كما جاء في داء رينو .

لخمول ٢٢ - ٢ : الأدوية الفاعلة في الأوعية في ظاهرة رينو

الدواء	عمل الدواء	الجرعة البدئية ملغ/يومياً
رورين	يستنفذ الكاتيكول أمينات	٠,١
ميتيل دوبا	يحصّر تشكّل الكاتيكول أمين	١٠٠٠ - ٥٠٠
كابتوبريل	يحصّر الأنجيوتنسين الذي يقلب الأنظم	٧٥
Captopril	يحصّر مستقبلات ألفا ١	٢٠
فينوكسي بنزامين	أدرينالي الفعل	
Phenoxy Benzamine	يحصّر مستقبلات ألفا ١	١٥
برزوسين	أدرينالي الفعل	
Prazosin	يحصّر مستقبلات بيتا ١	١٦٠
بروبرانولول	أدرينالي الفعل	
Propranolol	يحصّر الكالسيوم (ضواد الكالسيوم)	٣٠
نيفيديين	يحصّر الكالسيوم (ضواد الكالسيوم)	١٨٠
Nifedipine	يحصّر الكالسيوم (ضواد الكالسيوم)	٢٤٠
ديلتيازيم	يحصّر الكالسيوم (ضواد الكالسيوم)	١٠
Diltiazem	يحصّر مستقبلات السيروتونين	
فير باميل		
Verapamil		
كيت نسرين		
Ketanserin		

الحدوث : تكون تبدلات هذه الظاهرة السريرية واضحة ، وتصيب جميع العروق وكلا الجنسين .

الأسباب والأمراض : إن العوامل المرضية المسببة غير معروفة على وجه العموم ، ولكن قد تحدث السلفاميدات متلازمة تجريبية ، ومن المحتمل أن ينجم الأمراض عن التهاب أوعية مفرطة الحساسية (مناعي ذاتي ؟) ، يرافقها التهاب نخري فبريني يصيب كافة الطبقات الجدارية في الشرايين (التهاب شريان شامل) ، ويؤدي إلى أمهات دم صغيرة ومتعددة ، وإلى تمزقات وتندبات عقدية . وقد لوحظ في بعض الحالات وجود فرط حساسية تجاه العقديات وحامات التهاب الكبد ب .

الموجودات السريرية :

الأعراض العامة : تعتمد الصورة السريرية على عدد الشرايين المصابة وامتدادها ، وتوضعاتها ، وتكون الأعراض مفرطة الحساسية نحو الحنجرة عادة كالوعكة ، ونقص الوزن ، وتسرع القلب ، والحمى (أعلى من 38° درجة مئوية لعدة أيام) ، وكثرة البيض ، وتكثر الحمضات فيها بشكل مميز ، وكثرة في الصفائح (أكثر من 400,000) ، وارتفاع في سرعة التثفل ESR مع ضخامة في الطحال .

الأعراض العضوية : ويتظاهر هذا الداء بأعراض عضوية يصعب تحديدها كالاكتلال الكلوي من نمط التهاب كبيبات الكلى الذي يترافق ببيلة بروتينية ، وفرط توتر شرياني ، والتهاب الأعصاب اللا متناظر غالباً ، والتهاب العضل ، وذات الرئة ، والأعراض المعوية كالمغص والإسهال وقيء الدم والتغوط الأسود ، والأعراض الإكليلية التي تتوافق مع تبدلات في مخطط كهربائية القلب ECG ، والألم المفصلي ، وإصابة الجهاز العصبي المركزي CNS الذي يتجلى بشلول أو فقد الرؤية أو بالعلامات التي تدل على إصابة الأعصاب القحفية الأخرى .

الآفات الجلدية : تحدث الظاهرة الجلدية التي تتشابه تغيراتها باكراً في 20٪ - 30٪ من المرضى ، وتتألف هذه الظاهرة من حطاطات وعقيدات التهابية مزمنة أو راجعة مزمنة ، ومن تزرع عنقودي أيضاً . وتميل هذه الآفات للتقرح ، كما لوحظ حدوث حمامى عقدية وحمامى عديدة الأشكال في هذه الظاهرة . وفي هذا الداء يندر حدوث آفات حبرية أو بقع نزفية ناجمة عن التهاب في الأوعية والتي تخرض على موات في الجلد . ويمكن للعقيدات التي تُجس عفوياً أو في العضل وعلى مسير الشرايين ، أن تكون علامة تشخيصية مميزة ولكنها لا توجد إلا لدى بعض المرضى فقط . (راجع الشكل ٢٢ - ١٠) .

التشريح المرضي النسيجي : ومن المهم أن تؤخذ الخزعة بشكل عميق وكبير ، لتمكنا من فحص الشرايين العضلية المتوسطة

وتشاهد أيضاً بعد مص الشحم Liposuction ، وقد يصاب المريض بالحمى وتسرع النبض والتنفس ، ويكون متمللاً وتيهاناً ، كما تحدث وابل من آفات حبرية حول العنق والصدر والإبطيين والملتحمه ، ثم يتلاشى الطفح بعد عدة ساعات . وتكشف خزعة الجلد عن وجود دسم خارج الأوعية وعن كريات حمراء أيضاً ، ويكشف الفحص المجهرى الالكتروني عن وجود ترسبات من الدسم وتمزقات في جدر الأوعية ، بينما تكشف الدراسات المخبرية وجود بيلة شحمية وزيادة في لياز المصل ، ونقص في تعداد الصفائح . وتم المعالجة بالهيارين والدكستران والستيروئيدات .

صمات الكولسترول : يمكن للمرضى المصابين بأمراض الأهر العصيدية والشرايين الكبرى الأخرى أن يتعرضوا لحدوث صمات مفاجئة قاصية في شرايين الجلد المسدة ، وتسبب هذه الصمات متلازمة تنصف بتزرق بقعي شبكي ، وغالباً ما يصاب فيها إبهام القدم وذرى جميع الأبخس الأخرى والأخصين أيضاً . وتكشف خزعة الجلد عن بلورات من الكولسترول داخل لمعة الرعاء مترافقة بتليف ، ويجب التفطيش عن الكولسترول في أية خزعة تبدي التهاباً في بطانة الشريان المسد وفي توضعات ملائمة .

الصمات بالمخاطوم Myxoma Embolus : يشكل المخاطوم الأذيني صمات في الأوعية بأحجامها المختلفة ، ويمكن أن تطل أوعية الجلد أيضاً ، وتتظاهر هذه الصمات على شكل تزرع جزئي النهائي غير منتظم يصيب أسفل الساقين عادة . وتكشف الخزعة عن انسداد غير النهائي في لمعة الأوعية وعن كتل مخاطانية تلون بملونات الموسين .

الصمات بالخلايا الورمية الحبيثة Malignant Tumor Cell Embolus : يندر لأورام الأهر أو للأورام الحشوية التي تصيب الأهر أن تسبب آفات جلدية عقيدية قاصية ، وتبدي الخزعة من هذه الآفات كتلاً من الخلايا الورمية داخل الأوعية .

الاعتلال الوعائي الالتهابي Inflammatory Angiopathies :

التهاب الشرايين العقد Polyarteritis Nodosa
[Rokitanski 1852, Kussmaul and Maier 1866] :

المرادفات : التهاب محيط الشريان العقد ، التهاب الشريان الشامل العقد ، داء أو متلازمة Kussmaul - Maier .

التعريف : إن التهاب الشرايين العقد المدرسي هو التهاب أوعية نخري مجموعي نادر الحدوث يصيب الشرايين العضلية الصغيرة والمتوسطة .

حسية ، وتبدي هذه الخزعة نخرًا فيبرينياً في كافة الطبقات حدرية (المرحلة التنكسية) ، ويرصع بالعدلات ، وحمضات وبخلايا مدورة وبخثرات محتملة (المرحلة النهائية) ، وتستبدل بنسيج متحجب ومنسجات (المرحلة حيوية) ، ثم تتدب أخيراً (المرحلة الفيبرينية) .

السير والإنذار : يترق هذا الداء بعراضات متقطعة ، ويعتمد لإنذار فيه على مدى التبدلات الوعائية ومكانها ، ومن الممكن حدوث سير صاعق يؤدي إلى موت سريع ، ويدوم هذا الداء من سنة إلى سنتين قبل حدوث الموت ، ولكنه قد يستمر أكثر شكل فعلي في بعض الحالات ، ولقد أصبح الشفاء في هذا مرض ممكناً منذ تقديم المعالجة بالستيروئيدات ، حيث تحسن لإنذار بشكل واضح ، كما سجلت معدلات للشفاء في أكثر من 50% من الحالات ، ولكن النكس فيه قد يكون متوقعا .

التشخيص : يعتبر التشريح المرضي النسجي للجلد والعضلات وشرابين التي تغذي الأعصاب ، وتقييم الصورة السريرية شكل تام بعد الفحص الدقيق والشامل من العوامل الحاسمة في تشخيص . فالحمى (وتقاس يومياً لمدة ١٤ يوماً) ، وكثرة بيض ، وارتفاع سرعة التثفل ، من العلامات السريرية المهمة في تشخيص هذه الإصابة .

المعالجة : في البداية ، من الضروري أن تعطى الستيروئيدات بجرعات عالية (حوالي ٦٠ - ١٢٠ ملغ بريدنيزون يومياً أو معادلته) ، ثم تخفض بحدود بعد التحسن ، حتى تبلغ جرعة صيانة عادة والتي تقدر بحوالي ١٠ - ٢٠ ملغ يومياً . ومن الضروري أن تتراوح مدة العلاج الكلية بين ٦ - ١٢ شهراً ، وتزداد خطورة حدوث الخثرات (الدماغية ، الإكليلية ، الكلوية ، وفي البطن) بهذا العلاج . وتعتبر كابتات المناعة كالأزاثيوبرين (١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً) أو سيكلوفوسفاميد ذات فائدة إضافية عند بعض المرضى ، وقد تساعد في تخفيض جرعة الستيروئيدات ، ويجب معالجة لأخماج بالصادات في باكورتها ، كما ينصح أيضاً بالأدوية مضادة للالتهاب غير الستيروئيدية ، ولكنها قد تسبب بدورها التهاباً في الأوعية بفرط الحساسية .

التهاب الشرايين العقد الجلدي Cutaneous Polyarteritis Nodosa

المرادفات : التهاب محيط الشريان الجلدي العقد .

التعريف : وهو التهاب نخري في الشرايين ، ويحدد هذا لالتهاب بالأوعية العضلية في الجلد دون أن يترافق بأعراض عامة .

الموجودات السريرية : ويتظاهر هذا الجلاد على شكل بقع تزرقية شبكية وتكون صورته النسجية كما في نسجيات التهاب الشرايين العقد . وتظهر آفاته الجلدية على الوجه الباسط للساقين ، ولكنه أقل حدوثاً على الساعدين . وتتألف هذه الآفات من بقع أو بؤر من التزرق العنقودي ، ومن حطاطات أو عقيدات ملتية تميل للتخر والتطور إلى قرحات شاذة غالباً . ولا يترافق هذا الداء بأعراض عامة ، كما لا تكشف الفحوص الشاملة عن وجود أي مرض في الأعضاء الداخلية ، ولم يرد ذكر ارتفاع توتر شرياني مرافق ، غير أنه قد يكشف اعتلال عضلي أو عصبي بؤري في سيقان بعض المرضى بالخزعة أو بتخطيط كهربائية العضل .

الأسباب : مجهولة ، ولقد اقترحت الأخماج البؤرية في الأمراض .

السير والإنذار : يخفي هذا المرض الذي يترق بشكل متقطع أحياناً بعد بضع سنوات ، والإنذار فيه حسن . ويجب متابعة هؤلاء المرضى لفترات طويلة كي نستبعد التهاب الشرايين العقد المجموعي من التشخيص .

التشخيص : يتطلب التشخيص السريري الشرطي إثباتات نسجية .

المعالجة : يتطلب علاج هذا الداء تطبيق الستيروئيدات الموضعية تحت ضادات كتيمة ، وتعطى الستيروئيدات الجهازية في الحالات الشديدة . وينصح بإعطاء كابتات المناعة (أزاثيوبرين) في القرحات المؤلمة المقاومة للعلاج بالستيروئيدات ، كما وتفيد الصادات ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية وحمض النيكوتين في حالات خاصة .

الورام الحبيبي لفاغنز Wegener's Granulomatosis [Klinger 1932, Wegener 1936]

المرادفات : متلازمة Wegener - Klinger ، التهاب الوعائي الحبيبي الخبيث .

التعريف : هو ورام حبيبي تحت الحاد غالباً ، يرافقه التهاب أوعية نخري وخلايا ظهارانية ، ويصيب بشكل خاص كلاً من السبيل التنفسي العلوي ، والرئتين ، والكليتين ، والجلد ، أما أسبابه فمجهولة وإنذاره سيء .

الموجودات السريرية : ويتجلى هذا الورام بصورة سريرية إثنائية وبأعراض شديدة كما في سريريات التهاب الشرايين العقد ، ويتطور خلال شهور قليلة . تبدأ أعراضه بالتهاب أنف مزمن أو بالرعاف غالباً ، وهذا يترق إلى التهاب أنف مخرب نضحي ، أو التهاب في الجيوب ، أو التهاب في الأذن ، أو

الورام الحبيبي الأرجي Allergic Granulomatosis [Churg and Strauss 1951]

المرادفات : متلازمة شارج - ستراوس Churg - Strauss .
التعريف : الورام الحبيبي الأرجي هو متلازمة من التهابات الأوعية المجموعية ، وتعقب هجمة بدئية تظهر في سن الكهولة وتنتظاهر بالربو وفرط الإيوزينيات ، والحمى والألم المفصلي ، وعلامات الداء الوعائي المسد .

الموجودات السريرية : إن جميع المرضى في هذا الورام من كبار الكهول بشكل رئيسي والذين ظهرت لديهم أعراض الربو وعلاماته . كما أن لدى معظمهم قصة مرضية عن أرج وعائي ، وقد تناول العديد منهم علاجاً يودياً . تترافق إصابتهم بكثرة البيض وفرط الحمضات والحمى والدعث أيضاً . وقد يسبب التهاب الأوعية المجموعي في هذا الورام مرضاً ذا إصابات مجموعة متعددة كما في التهاب الشرايين العقد .

الموجودات الجلدية : ويتصف هذا الورام بآفات من التهابات الأوعية النخرية الحادة ، والحمامي عديدة الأشكال ، والحبيوم المسيج Palisading العقيدي خارج الأوعية ، وتكون هذه الآفات متناظرة وتصيب السطوح الباسطة للدين ، والقدمين ، والأصابع ، والمرفقين ، والركبتين ، والأليتين ، والربلتين أيضاً . والآفة النموذجية في هذا الداء عبارة عن حبيوم مسيج عقيدي قد يشبه الحبيوم الحلقي في تظاهره السريري ، غير أن هذا الورم قد يبدى سطحاً متقرحاً تغطيه الجلبات أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : ينذر أن يشاهد في نسجيات هذا الورام التهابات في الأوعية الصغيرة الجلدية الكاسرة للكريات البيض ، بينما يشاهد في عقيداته وتقرحاته التهاباً في الأوعية الكبيرة كما في التهاب الشرايين العقد ، ويبدى الحبيوم المسيج خارج الأوعية نخرأ أسساً يحيط به حبيوم من المنسجات . وقد تغيب الإيوزينيات في نسجيات هذه الإصابة .

الإنذار : الإنذار في هذا الورام أفضل مما هو عليه في معظم أشكال التهابات الأوعية المجموعية .

المعالجة : وتم بالستيروئيدات المجموعية كما في معالجة التهاب الشرايين العقد ، ولا يتطلب هذا الورام المعالجة بكابتات المناعة عادة .

الحبيوم النخري الجلدي خارج الأوعية Cutaneous Extravascular Necrotizing Granuloma [Churg and Strauss 1951]

المرادفات : حبيوم شارج - ستراوس Churg - Strauss .

التهاب كبيبات الكلى النخري . وتكون الآفات الجلدية شائعة ومتعددة الأنماط . كما في التهاب الشرايين العقد . وغالباً ما يتظاهر هذا الداء بتقرحات على الحاجز الأنفي ، والحنك ، ومخاطية الفم ، واللثة أيضاً . وأكثر الآفات الجلدية شيوعاً في هذا المرض هو التهاب الأوعية النخري الذي يترافق بمحطات فرغرية ، كما وتندر فيه الآفات من نمط تقيح الجلد المواتي أو العقيدي أو التقرحي .

السيببات : مجهولة ، وينظر بعض المؤلفين إلى هذا الورام باعتباره نوعاً خبيثاً خاصاً من التهاب الشرايين العقد ، ولقد درست فيه آلية المناعة الذاتية ، كما كشفت الأضداد المضادة للهيو (ACPA) كواسم خلال الطور الفعال لهذا المرض .

التشريح المرضي النسجي : يكشف التشريح المرضي النسجي للجلد المصاب عن التهاب الأوعية الصغيرة الكاسرة للكريات البيض وعن تنكس فيبريني أيضاً ، ويمكن للرئة والأنف أن يبديا نفس التبدلات مع نخر نسجي أكثر شدة ، كما يندر حدوث التهاب الأوعية الحبيومي ، بينما تشاهد الحبيومات النخرية خارج الأوعية الجلدية في بعض الحالات .

السير والإنذار : السير في هذا الداء تحت حاد ، وميت عادة ، وشاهد سير حاد لهذا المرض بالإضافة إلى سير آخر مديد . وإن حدوث الهدآت فيه ممكنة وحتى حدوث الشفاء إذا عولج بكابتات المناعة .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي كل من الحبيوم المواتي الأنفي ، والتهاب الشرايين العقد ، والورام الحبيبي الأرجي ، والتهاب الأوعية النخري ، بالإضافة إلى تقيح الجلد المواتي ، والمفوم الخبيث ، والفطارات العميقة ، والإفرنجي الثائي ، وأخيراً التدرن . وتكون نسجيات خزعة الجلد العميقة مشخصة لالتهاب الأوعية وللورام الحبيبي لفاغز .

المعالجة : يجب تجربة المشاركة بين الجرعات العالية من الستيروئيدات والسيكلوفوسفاميد لمدة 3 - 6 شهور ، ثم تعطى جرعة الصيانة للمصاب . وينصح المعالجة بالبلعة Bolus (جرعة عالية) أيضاً . وقد يكون من الضروري أن تجرى المحاولة لإعطاء موقفات الخلايا الأخرى (كالأزتيوبرين أو الميتوتركسات) ، وتتطلب الحالات الأكثر تحديداً معالجة بالسيكلوفوسفاميد فقط ، وبالإضافة إلى ذلك ، قد تدعو الحاجة إلى إعطاء الصادات ، كما ينصح بالتطهير الموضعي وبالإجراءات المضادة للجراثيم في الآفات الجلدية .

التعريف : إن الحبيبوم النخري خارج الأوعية المسيج Polisading هو آفة جلدية مميزة للورام الحبيبي الأرجي المجموعي .

الموجودات السريرية : ويتظاهر على شكل لويمحات حطاطية عقيدية حمامية ومتناظرة ، تغطيها جلبات أو قرحات مركزية ، وتتوضع على الأصابع ، والأبأخس ، واليدين ، والقدمين ، والمرفقين ، والركبتين ، والأيدين ، والسطوح الباسطة أيضاً . ويصاب المرضى في هذا الحبيبوم بالتهاب أوعية مجموعي عادة ، ويشيع فيه نمط Churg - Strauss ، كما يشاهد فيه الورام الحبيبي لفاغز أحياناً ، يترافق هذا الورام بالتهابات الأوعية لدى المرضى ، تعزى هذه الالتهابات إلى الذأب الحمامي ، أو التهاب المفاصل الرثياني أيضاً . ويمكن أن يتظاهر هذا الورام بأشكال أخرى من التهابات الأوعية الحبيبومية لداء تاكاياسو ، كما ورد حدوثه في مرضى اللقموم والتهابات الأوعية .

التشريح المرضي النسجي : تتألف نسجيات هذه الآفة من منطقة نخرية أسسه مركزية فيها عدلات تحيط بكتل كولاجينية هياينية ، بينما يحيط سياج من المنسجات بهذه المنطقة المركزية ، ويرافق هذه الآفة التهاب أوعية في حالات نادرة .

التشخيص التفريقي : يلتبس هذا الحبيبوم غالباً بالحبيبوم الحلقي والعقيدات الرثوانية ، وبالحبيبومات السياجية الأخرى .
المعالجة : وتوجه المعالجة لالتهابات الأوعية المرافقة .

التهاب الشريان الأبهر [Adams Aortic Arteritis]
[1827, Takayasu 1908] :

المترادفات : الداء غير النابض ، اعتلال الأبهر المتوسط الغامض ، داء تاكاياسو .

التعريف : هي متلازمة التهاب الشريان الأبهر وفروعه الكبيرة ، وتصيب الشابات عادة ، بينما تبلغ إصابة الذكور فيها أقل من ٢٠٪ .

الإمراضيات : السببات في هذا الالتهاب مجهولة ، ولقد اقترحت آلية المناعة الذاتية ، حيث كُشفت في المرضى أضداد تجاه مستضدات في الجدار الشرياني . ويثار حدوث التهابات الأبهر عند الأرناب بمثل هذه المستضدات ، كما لوحظ في كل من التبدلات الكاسرة للكريات البيض في أوعية العروق ، والأضداد المضادة للنوى ، والذأب الحمامي في هذا الداء .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف عن التهاب أوعية حبيبومي التهابي بؤري في الأبهر وفروعه ، كما يصاب الشريان الرئوي في ٥٠٪ من الحالات . ويؤدي تخريب نسيج الأبهر المرن إلى أم دم وتشكلات خثارية .

الموجودات السريرية : تبدأ الهجمة الأولية لهذا الداء بحمى ، وتوعك ، ونقص في الوزن ، وآلام دانية ، وتيبس المصاب . وقد ترافق بالتهاب القزحية ، ويُندر قصور الأوعية الدماغية ، والعرج ، وفطر التوتر الشرياني ، والذبحة الصدرية ، بالطور غير النابض . ويلاحظ كثرة البيض في الطور الباكر لهذا الداء ، وارتفاع سرعة التثفل ESR ، والبروتين C الفعال وغاماغلولين أيضاً . بينما يتوافق السير السريري لهذا المرض مع ارتفاع سرعة التثفل .

ولا يوجد زيادة في حدوث التدرن الجلدي في التهابات الشريان الأبهر ، بينما يكون اختبار السلين إيجابياً ، وقد تكون اختبارات أضداد العقديات إيجابية أيضاً . وقد يرافق كل من الحمامي العقدة والحمامي الجاسئة الطور الحاد في هذا الداء ، كما تحدث فيه إصابات بالخنزرة .

الموجودات الجلدية : وصفت الحمامي العقدة في التهاب الشريان الأبهر غير أن حدوثها يترافق بالتدرن عادة ، وقد يرافق هذا الداء بكل من الحمامي الجاسئة ، والخنزرة ، والسليات الحطاطية النخرية .

وحسب خبرة المؤلف ، يتظاهر التهاب الشريان الأبهر على شكل آفات عقيدية حمراء منتظمة تصيب أسفل الساقين ، وليست هذه الآفات بحمامي عقدة ولكنها تنجم عن التهاب الأوعية المحيطي عموماً ، كما ترافق بآفات تقرحية أيضاً . يتظاهر هذا الداء بتقرحات جلدية تقيحية على رؤوس المرضى اليابانيين وأعناقهم ، وبمخطاطات عقيدية متعددة على الأصابع ، تبدي نسجياتها حبيبوماً نخرياً جلدياً خارج الأوعية .

الإنذار : غير محدد تماماً .

السير : ويعتمد السير في التهاب الشريان الأبهر على مدى هذا الالتهاب ، وعلى السرعة في البدء بالمعالجة بالبردينزولون .

المعالجة : وتم كما في التهاب الشرايين العقد .

التهاب الشريان الصدغي Temporal Arteritis
[Hutchinson 1889, Horton, Magath, and Brown]
[1934] :

المترادفات : التهاب الشريان القحفي ، التهاب الشريان العابر ، التهاب الشريان بالخلايا العملاقة ، متلازمة هورتون Horton .

التعريف : مرض مجموعي يصيب الشرايين الكبيرة والمتوسطة ، وتسود إصابته الشرايين القحفية والصدغية .

الحدوث : هذا المرض نادر ، ويصيب الكهول بشكل رئيسي ، وتبلغ ذروة الإصابة فيه حوالي ٧٠ عاماً في الجنسين معاً .

السيات : مجهولة ، ويعتبر العديد من المؤلفين هذا التهاب الشرياني كنوع من التهاب الشريان بالخلايا العملاقة أو نوع من التهاب الشرايين العقد ، ويختلف عنهما بحدوثه في أعمار أكبر ، ويتوضعاته وركيزته النسجية ، وبإندازه الأفضل .

الموجودات السريرية : وتتجلى بؤادر الأعراض بارتفاع حرارة المريض إلى درجة ما تحت الحمى ، وتنقص فيها شهيته ، ويفقد من وزنه ، مع شكايات رثوية كألم العضلات (ألم العضلات الشرياني) ، ووعكة معممة . ويحدث في هذا الداء صداع شديد غالباً ما يصيب المنطقة الصدغية في جهة واحدة أو في الجهتين معاً ، و يترافق بدوار وخزل شقي أحياناً . وتصاب فيه العينان في ٥٠٪ - ٧٠٪ من الحالات ، كما تحدث اضطرابات عابرة في الرؤية فقط في باكورة هذه الأعراض ، وتنجم عن تواجد الآفات في الأوعية المغذية للعصب البصري . ولا ينحصر هذا المرض بالضرورة في إصابة الشريان الصدغي ، ومن المحتمل أن يبدي المريض علامات لإصابة الأوعية الأخرى (الشريان القفوي ، والشريان الفخذي والإكليلي أيضاً) .

يكون الجلد فوق الشريان الصدغي متورماً ملتئماً ، ويدو الشريان الملتهب لدى الجلوس كحبل مؤلم متخن من جراء هذا الالتهاب ، ويصبح الشريان غير نابض في سير هذا المرض ، وقد تسقط الأشعار فوق المنطقة المصابة . ويندر حدوث فرقية متفاقمة ونفاسات وتقرحات نخرية على الناحية الصدغية المؤوفة . (راجع الشكل ٢٢ - ١١) .

الأعراض : صداع شديد .

الفحوص المخبرية : وتكشف هذه الفحوص عن ارتفاع ملحوظ في سرعة التثفل ESR ، حيث ترتفع في الساعة الأولى إلى أكثر من ١٠٠ ملم ، وينتشر الارتياح بهذا الداء إذا ارتفعت قيمتها أكثر من ٤٠ ملم ، كما تكثر البيض أحياناً ، ويزداد البروتين C الفعال في التهاب الشريان الصدغي ، ويحدث فيه الغلوبولين ألفا ١ وألفا ٢ .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي نسيجات الشريان المؤوف تكاثراً في باطنة الشريان وانسداداً فيه ، وتشد الباطنة المرنة ، وتخرب جدر الأوعية لارتشاحها بالخلايا اللمفية والمنسجات وبالخلايا العملاقة العديدة ، ثم حدوث التليف أخيراً .

المسير والمضاعفات : يعتبر فقد الرؤية من المضاعفات (الاختلاطات) الأكثر أهمية لهذا الداء ، ويمكن تجنب مضاعفات الاضطرابات الدورانية (ضمور الرأس) بالمعالجة بالستيروئيدات في باكورة المرض ، ولهذا السبب فإن التشخيص الباكر بالخزعة الشريانية أمر هام ، كما أن الإنذار حسن تحت هذه الظروف ، وبالرغم من سير هذا المرض

المتقطع ، فإنه يخففي خلال ٤ - ٢٤ شهراً عادة .

المعالجة : يؤدي إعطاء جرعات عالية من الستيروئيدات ، والتي تبلغ الجرعة البدئية منها حتى ١٢٠ ملغ يومياً من الريدنيزولون أو معادلته ، إلى هدأة في التهاب الشريان الصدغي ، كما بقي من التخرب المستمر . ويجب أن يستمر هذا العلاج مدة ١٢ شهراً أو أكثر ، ثم تخفض الستيروئيدات تدريجياً حتى جرعة الصيانة التي تبلغ ٧,٥ - ٢ ملغ يومياً . ومن الضروري أن نتوقع حدوث نكس محتمل . ويمكن للأعراض وسرعة التثفل أن تلعب دور الدليل في تحديد الجرعة العلاجية ، كما تعطى مضادات الرثية أيضاً كالاندوميتاسين إذا ترافق هذا الداء بألم العضلات في ذات الوقت .

التهاب الأوعية الحبيومي Granulomatous Vasculitis :

المردفات : التهاب الشرايين المجموعي بالخلايا العملاقة .

التعريف : الورام الحبيبي الوعائي وحول الأوعية جلاذ يصيب معظم الأعضاء والجلد أيضاً ، وتشمل متلازمات التهابات الأوعية الحبيومية كلاً من الورام الحبيبي لفاغز ، والورام الحبيبي الأرجي أو متلازمة شارح - ستراوس - Churg Strauss ، والتهاب الأوعية الحبيومي المجموعي ، وألم العضلات الرثوي ، والتهاب الشريان الصدغي ، والورام الحبيبي اللففاني وأخيراً التهاب الشريان الأبر .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي في هذا الداء عن تبدلات النهاية حبيومية مزمنة في الأوعية العضلية والصغيرة وما حولها ، وترافق غالباً بحبيومات من الخلايا العملاقة ، وتخریب وعائي وختارات .

الموجودات السريرية : وتتصف بألم مستمر يصيب الحوض والحزام الكتفي (ألم العضلات الرثوي) ، وبصداع ، وبإفقار محيطي أو دماغي ، وبأمهات الدم ، وبخلل في وظيفة الكبد .

الموجودات الجلدية : وتظهر الآفات في هذا الداء على شكل تقرحات أو تقرحات جلدية متقيحة ومتناظرة ، وتحدث بشكل حاد ومستمر ، وقد يسود التزف فيها ، وتصيب هذه الآفات السطوح الباسطة للمرفقين ، والركبتين ، واليدين ، والقديمين والربلتين .

الأمراض المرافقة : ويكثر ترافق التهاب الأوعية الحبيومي بابيضاض الدم ، وباللمفوم الخبيث ، كما يشيع ترافقه بالتهاب الأوعية المجموعي ، كما يلزم هذا الداء أحياناً أمراضاً حبيومية أخرى كالغرناوية ، وداء كراون ، والتهاب الكبد الحبيومي ، كما يمكن للتدرن أن يرافق هذه الإصابة أيضاً .

إمطار : غير محدد .

نخلة : ويتم كما في التهاب الشرايين العقد الجموعي .

لورم الحبيبي اللمفاوي Lymphomatoid : Granulomatosis [Liebow 1972]

تعريف : وهو التهاب أوعية نادر الحدوث يترافق بخلايا لمفاوية شاذة . ويصيب بشكل خاص كلاً من الرئتين ، والكليتين وجهاز عصبي المركزي والجلد .

وجودات السريرية : ويبدو هذا الورم على شكل متلازمات تظهر بالتهابات أوعية محصورة أو مجموعية ، يرافقها غالباً تسذات رئوية وكلوية وجلدية ، كما تبلغ الإصابات العصبية في هذا الورم حوالي ٣٠٪ من الحالات ، بينما يكون الحمى والوعكة والسير السريع لهذا الداء نموذجياً .

محدودات الجلدية : وتتنصف بعقيدات أو لويحات تقرحية أو من نمط ققيحي تتوضع على الجلد بشكل غير متناظر ، ويعتبر وجه والجذع توضع شائعة لهذا الورم .

التشريح المرضي النسجي : تكشف الخزعات المأخوذة من رئة أو الكلية أو الجلد عن التهاب أوعية لمفاوية مركزية ومتخرجة ، وترافقها خلايا كبيرة شاذة وانقسامات فتيالية ، كما تكشف الخزعة عن التهاب أوعية نخري في الجلد أو في الأعضاء الأخرى في حالات نادرة وفي ذات الوقت .

إمطار : المرض مميت ، بينما يظهر لمفوم عقدي في ١٠٪ من مرضى ، ويعتقد معظم المؤلفين حالياً بأن هذا الورم قد يكون غزو بدئي بالتهاب الأوعية .

العلاج : أقترح استعمال كل من الستيروئيدات وبيكنوفوسفاميد كعلاج ناجح ، ولكن معظم المرضى يقضون نحبهم رغم المعالجات الكيميائية المتعددة .

التهاب الأوعية الأرجي Allergic Vasculitis [Gougerot 1932, Ruiter – Brandsma 1948] :

ترادفات : التهاب الأوعية (التهاب الشرايين) مفرط حساسية الجلدي ، التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية ، التهاب لأوعية الكاسر للكريات البيض ، وتُعرف أشكاله الخاصة بفرقية هينوخ شونلاين الرئوية وبداء غوجرو ثلاثي (خماسي) لأعراض .

الحدوث : شائع نسبياً في كل من الجنسين .

التعريف : وهو طفح متناظر ذو سير حاد أو مزمن راجع (ناكس) ، يترافق بالنزف عادةً وتستند إمراضيته إلى التهاب لأوعية الصغيرة بالمعقدات المناعية ، حيث تصاب فيه الأوردة

عادة (التهاب الوريدات النخري) .

السببات : العوامل المسببة عديدة ، كما يبدو واضحاً في الجدول رقم ٢٢ - ٣ . وتضم بشكل خاص كلاً من مستضدات الأحياء المجهرية ، والأدوية ، والأغذية ، والمستضدات الذاتية ، ومستضدات الأورام . وإن تشارك هذه الأسباب معاً في سببات هذا الداء كالأحماض والأدوية يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أيضاً .

الجدول ٢٢ - ٣ : المكونات المستضدية في المعقدات المناعية الدورانية التي تعبر كأسباب في التهاب الأوعية الأرجي

المستضدات	الأمثلة
حموية	مستضدات التهاب الكبد ب مستضدات الحمة أربو Arbo Virus (في حمى الضنك)
الجرثومية	مستضدات العقديات (عقب التهاب الكلية بالعقديات) مستضدات المتفطرة الجذامية مستضدات المتقيية
الحيوانات الأولية	مستضدات المتصورة الوبالية مستضدات النشقة
الديدان	مستضدات كلابية الذنب
الورمية	مستضدات الملانوم غلوبولينات القر
الغذائية	الألبومين البقري الغلوتين بروتينات الحليب
المستضدات الذاتية	الحمض الريبي النووي منقوص الأوكسجين (دنا) الحمض الريبي النووي (رنا) البروتينات النووية
الدوائية	الأنسولين ، الكينين ، الكينيدين ، فينيل بوتازون ، الفيناسيتين ، البنسلين ، السلفاميدات ، ثاني فينيل هيدانتوين ، الكلوروبرومازين ، البنسيلامين ، الفيتامينات (ب ٦)

الإمراض : يعتبر ترسب المعقدات المناعية الدورانية في جدر الأوعية ذو أهمية خاصة في إمراض هذا الداء ، ويمكن إثباتها بالتألق الومضاني المجهرية وبالمجهر الإلكتروني المناعي (IgG ومكونات التمتمة) . وتتواجد هذه الترسبات تحت بطانة جدر

الأوعية التالية للشعيريات ، التي تبدأ على شكل سلسلة من تفاعلات كومبس وجل المناعية من النمط الثالث ، والتي يستمر تفعيلها بالمتنمة ويجذب الكريات البيض ، ويحرر الحماض المحلولة ، ونتيجة تخريب الأوعية أيضاً . كما تسبب هذه المعقدات تسرب الكريات الحمر ونحراً نسيجياً ، وإن هذه التفاعلات تشبه تفاعل أرتوس Arthus التجريبي وداء المصل . (راجع الشكل ٢٢ - ١٢) .

الموجودات السريرية :

الآفات الجلدية : تظهر الطفوح الجلدية متناظرة على الأطراف ، وتصيب أسفل الساقين خاصة ، وتشاهد فيها النزوف الحبرية عادة ، ومع هذا ، تظهر أنماط مختلفة للآفة متوافقة مع الإصابة الوعائية ، كما يمكن تمييز هذه الآفات ، على الرغم من حدوث أشكال انتقالية .

النمط النزفي *Hemorrhagic Type* : ويتوافق هذا النمط النزفي مع الصورة السريرية المدرسية للفرغرية الرئوية والمحددة تماماً (الفرغرية التأقانية ، فرغرية هينوخ شونلاين) . ولقد وصفت تفاصيل هذه الصورة السريرية بشكل أوسع في مقطع الاضطرابات النزفية ، الفصل ٢٣ . (راجع الشكلين ٢٢ - ١٣ و ٢٢ - ١٤) .

النمط النزفي النخري *Hemorrhagic - Necrotic Type* : وهذا النمط شائع إلى حد ما ، ويوجد فيه نخر في الجلد مسطح ، أحمر مسود غالباً ، بالإضافة إلى البقع الفرغرية . (راجع الشكل ٢٢ - ١٥) .

النمط الحطاطي النخري *Papulonecrotic Type* : ويتظاهر على شكل حطاطات نزفية النهائية ، حمراء ساطعة أو حمراء مزرقة ، وذات سير مزمّن راجع ، وقد يتنخر مركزها أخيراً وتشفى تاركة ندبة جذرية الشكل . ويمكن أن يرافقها آفات بقعية النهائية أو شروية أو فرغرية . وتصيب السطوح الباسطة للأطراف وخاصة الركبتين والمرفقين ، ولكنها تحاط بآفات شديدة . (راجع الشكل ٢٢ - ١٦) .

النمط العقيدى عديد الأشكال *Polymorphous - Nodular Type* : ويتصف هذا النمط بآفات متناظرة بقعية أو حطاطية أو عقيدية نزفية ، وقد تتواجد هذه الآفات معاً في آن واحد . كما قد تحدث فيه آفات حويصلية وبثرية أيضاً ، وقد يشبه المظهر السريري لهذا النمط الحماسي عديدة الأشكال . وقد سمى العالم Gougerot هذا النمط بالداء ثلاثي أو خماسي الأعراض .

التهاب الأوعية الشروي *Urticarial Vasculitis* : ويبدو فيه طفح شروي ، يعتبر كشكل خاص من التهاب الأوعية الأرجي

لاستمرار انتباره وميله للنزف . ويتم تأكيد التشخيص ، كما في الأشكال الأخرى من التهاب الأوعية الأرجي ، بتكسر الكريات البيض وبالتبدلات الوعائية الفيبرينية في نسجياته ، وبإيجابية التآلق المناعي المباشر .

إصابة الأجهزة العضوية الأخرى : يجب أن تركز الآفات الجلدية في التهاب الأوعية الأرجي الانتباه على حقيقة أن العديد من المرضى يدعون بدلات النهائية وعائية في الأعضاء الأخرى . ومثال ذلك : الكلتيان (ييلة دموية في حوالي ٣٪ من الحالات) ، والرئتان ، والقلب (في حوالي ٥٪) ، والجهاز العصبي المركزي (حوالي ٣٠٪) ، والسبيل المعدي المعوي (النزف المضمي في حوالي ١٥٪) ، والمفاصل (ألم مفصلي في حوالي ٤٠٪) . ومن الأهمية بمكان أن نتذكر بأن مدى الإصابات الجلدية لا تتوافق مع شدة إصابة الأعضاء الأخرى ، بينما تحدث شدة التبدلات في هذه الأعضاء ، الإنذار في التهاب الأوعية الأرجي .

التشريح المرضي النسجي والتشريح المرضي المناعي : تتجلى الصورة النسجية المميزة بالتهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض . وترتفع الأوعية الجلدية الصغيرة ، كالوريدات عادة ، بالعدلات التي تتلاشى سريعاً ، كما ترتفع جدر الأوعية المتنخرة ومحيطها بترسبات من الفيبرين . ويمكن تمييز الكريات البيض المتلاشية (تكسر الكريات البيض) عن الحطام النووي (الغبار النووي) في النسيج . وتعتبر كتل الكريات الحمر المتسربة خارج الأوعية معادلة للفرغرية نسيجياً . ويختلف هذا النموذج النسجي الأساسي بشكل يتناسب مع مرحلة هذا الداء وصورته السريرية ، كما يمكن مشاهدة ترسبات من المعقدات المناعية (C₃, IgM, IgG) داخل الأوعية وحولها في الآفات الحديثة في الومضان المناعي المباشر .

السير والإنذار : ويختلف السير في التهاب الأوعية الأرجي من تحت الحاد إلى المزمن الراجع ، اعتماداً على نمط واستمرار التحريض بالمستضدات . بينما يعتمد الإنذار على شدة الإصابة المجموعية . فإذا كانت الإصابة فيه محصورة في الجلد فقط فـالإنذار حسن وقد يكون الخمج الجرثومي الثانوي من مضاعفات هذا الداء أحياناً .

التشخيص : تعتبر الفرغرية علامة يعول عليها في تشخيص هذا الداء ، ويسهل تمييزها بالشفوفية . أما اختبار رمبل - ليد Rumpel - Leede فهو إيجابي في التهاب الأوعية الأرجي ، بينما تكون الصفائح وعوامل التخثر طبيعية . ويعتبر كل من ارتفاع سرعة التثفل ، والبروتين C الفعال ، وارتفاع الحرارة قليلاً دليل على الإصابة المجموعية . وفي كل حالة ، يجب فحص

سوء. ونعزز تحري وجود الدم فيهما ، كما يجب استبعاد أسباب محتملة . وهذا يتضمن التحري عن أضداد استيرئيين ، ومستضدات التهاب الكبد ب ، والبور الممكنة . يجب أن تؤخذ الأورام بالاعتبار ، ويتطلب وضع التشخيص حرجاً لتشريح المرضي النسجي لهذه الآفة عادة .

تشخيص التفريقي : يمكن أن يلتبس النمط النزفي من التهاب ذوئعية لأرجي مع أهبة للزوف الوعائية الأخرى . وقد يجب تمييز النمط الحطاطي النخري عن السليبات الحطاطية وسخية الحزازانية الحادة والحماقية الشكل (Mucha - Habermann) . كما يلتبس النمط العقيدي عديد الأشكال - حمى عديدة الأشكال . وتعتبر النسيجيات المغير الأكثر أهمية في تشخيص هذا الداء .

نسخة : وتكون باستبعاد الأسباب ، وإيقاف جميع الأدوية ما يمكن . وعلاج بؤر الخمج وتياراته .

معالجة الجهازية : تعطى الستيروئيدات جهازياً ، فهي ذات تأثير موقف للمرض ، ولكن الرجعة شائعة . وتختلف الآراء حول تأثير مضادات الهمستامين ، وإذا بدت خطورة على حياة مريض كما في متلازمة Goodpasture ، فيمكن أن نلجأ إلى نقص العقيدات المناعية الدورانية بتبديل المصورة (البلازما) ، ويصح حديثاً بإعطاء الكولشيسين (١ - ٢ ملغ ثلاث مرات يومياً) . كما أن الدابسون وبجرعة (٥٠ - ٢٠٠ ملغ يومياً) مفيد في هذا الداء أيضاً .

معالجة موضعية : تتوافق المعالجة العرضية مع الصورة السريرية ، ويتم بتطبيق دهون الزنك ورهيمات ستيروئيدية واعدادات إذا كانت ضرورية . كما تطبق المطهرات ومضادات حريثم في معالجة القرحة .

تقيح الجلد الموائي Pyoderma Gangrenosum

[Brunsting, Goeckerman, and O'Leary 1930] :

مردفات : التهاب الجلد التقرحي .

التعريف : وهو موات جلدي مميح مزم ، سببه مجهول ، ومن محتمل أن تستند إمرضيته على تفاعل مفرط الحساسية . تكثر علاقته بمرض المجموعي ، وتندر علاقته بالرضوض الموضعية ، وليس هذا الداء تقيحاً في الجلد كما تشير تسميته المقبول بها عموماً .

الموجودات السريرية : تشاهد بؤرة أو أكثر من البثور العقيمة حمراء لائتالية ، وتميح هذه البثور فتؤدي إلى تقرحات تنتشر باتجاه محيط ، فتصيب أي منطقة من الجسم وخاصة الساقين ، لا تشفى هذه الآفات عفوية . وتتجلى المظاهر السريرية

المفوضية لهذا الداء بقرحات ذات قاعدة نخرية ، وحواف مؤلمة متخربة ، بنفسجية أو حمراء داكنة اللون ، وذات حواف متشعبة مؤلمة من النفطات البشرية أو ترافقها بثور نزفية حديثة . (راجع الشكل ٢٢ - ١٧) .

ترافق تقيح الجلد الموائي مع الأمراض الداخلية . هنالك ترافق صريح بين تقيح الجلد الموائي وكل من التهاب الكولون القرحي ، والتهاب الأمعاء المنطقي لكرون ، والاضطرابات المعدية المعوية الأخرى ، والتهاب المفاصل الرثواني ، والبقار تحت الطبقة المتقرنة ، والخراجات الرئوية ، والتهاب القصبات المزمن أو توسع القصبات ، والتهاب المونة المزمن . وفي عديد من الحالات ، يترافق تقيح الجلد الموائي هذا بزيادة نظائر البروتينات الدموية ، أو بؤرم المصوريات (من نمط IgA غالباً) ، بينما يكون ترافقه بنقص الغاماغلوبيولين أكثر ندرة .

السيببات والإمراض : ليست معروفة في هذا الجلاد ولكنه يحدث بعد الرضوض الموضعية أحياناً ، بينما يكون تواجد الجراثيم في القرحة ثانوياً بشكل واضح ، ولقد اقترح بأن التهاب الأوعية النخري المحدد ، سواء أكان أرجي أو خمجي المنشأ ، يمكن تحديده بالتشريح المرضي النسجي ، ويدعم ذلك عدم فعالية الصادات في علاجه .

التشريح المرضي النسجي : يوجد تحت القرحة ذات الحواف البشرية المرتفعة (تقرح البثور النزفية) ارتشاح شديد ومنتشر بمزيج من اللعفاويات ، والمصوريات ، والمنسجات ، والخلايا العملاقة بالأجسام الأجنبية أحياناً ، والتي تمتد إلى ما تحت الجلد ، وفي البداية غالباً ما يشاهد التهاب أوعية في الخزعات المأخوذة من الجلد خلف حافة الآفة التي ترتشح فيها جدر الأوعية الصغيرة بالعدلات وترسبات من الفيبرين . كما يحدث تكسر الكريات البيض في الإصابة أيضاً ، بينما يكون الومضان المناعي المباشر في الأوعية الدموية (IgG والتمتمة) إيجابياً .

السير : مزم ومتري .

المعالجة : يجب أن تؤخذ الأمراض المرافقة بالاعتبار ، وأن تعالج بنجاح .

المعالجة المجموعية : يحدث تحسن سريع بالمعالجة بالستيروئيدات (٦٠ - ٨٠ ملغ من البردينزولون أو معادلته يومياً) . وينصح أيضاً بالمعالجة النابضة Pulse Therapy حتى ١ ملغ من ميتيل البريدنيزولون . وفي الحالات المعتدة ، يجب أن تجرى المحاولة بإعطاء حتى ١ ملغ من ميتيل البريدنيزولون . وفي الحالات العنده ، يجب أن تجرى المحاولة بإعطاء الأزاثيوبرين ، أو الدابسون أو السولفايريدين أو أزولفيدين Azulfidine ، أو الكولشيسين أو الكلوفازيمين (١٠٠ - ٣٠٠ ملغ) يومياً ،

أما الصادات فغير فعالة في علاج هذا الداء .

المعالجة الموضعية : يتبع العلاج الموضعي الطرق التي تقود لعلاج هذه القرحة ، وتؤخذ حساسية الجراثيم في الحسبان ، وتفيد مغاطس برمنغنات البوتاسيوم في هذا العلاج ، كما تزود ضمادات Hydrocolloid بغطاء سهل لهذه التقرحات وبإنقاص ألمها ، ولا يحتمل المريض تطبيق المراهم الدهنية بشكل جيد .

شكل خاص من موات الجلد : موات الجلد المتري عقب العمليات
Postoperative Progressive Gangrene of the Skin [Cullen 1924] :

يظهر هذا الشكل من تقيح الجلد المواتي حول الجروح الجلدية الجراحية الحديثة أحياناً .

التزرق الشبكي Livedo Reticularis [Ehrmann] 1907 :

المترادفات : التزرق العنقودي ، التهاب الأوعية العنقودي ، وتستعمل عبارة التزرق الشبكي في الأدب الإنكليزي والأمريكي . وفي الأدب الألماني يرادف التزرق الشبكي عبارة الجلد المرمرى ؛ والتزرق العنقودي يعني المرض الالتهابي .

التعريف : التزرق الشبكي هو اضطراب تترقي شاذ في لون الجلد ، ويأخذ شكل شبكة أو أتلام فاتحة اللون ، ولا يتبدل نمط هذا التزرق ، بينما يكون التفاعل الوعائي فيه التهايباً .

السيببات والإمراض : تحدث في الجلد مناطق حمراء مزرقّة نتيجة توسع الوريدات الصغيرة وانسدادهما ، أما هذا المرض فتسببه التبدلات الالتهابية التي تصيب الأوعية الصغيرة ولا سيما انسداد هذه الأوعية . وتعرف الحالات التي لا يرافقها مرض خاص بالتزرق الشبكي الغامض . ولهذا الداء أسباب كثيرة ، ويضم الجدول ٢٢ - ٥ الأسباب الأكثر أهمية في إحداث هذا الداء .

الموجودات السريرية : تتظاهر الآفات النموذجية في التزرق الشبكي على شكل شبكة حمراء مزرقّة وشاذة تتشكل من الأوعية ، وتشبه هذه الآفات أتلام فاتحة اللون أو خطوط أو شبكة واسعة العيون . ولهذا القطع الخطية ارتسامات قصيرة جانبية تتلاشى تدريجياً داخل الجلد الطبيعي ، وقد تبدو الآفات كثيرة غير منتظمة وتصيب أي منطقة من الجذع أو الأطراف ، ويعتبر الساقان ، والقسم العلوي من الذراعين ، والأليتان ، والظهر ، المناطق الأشيع في حدوث هذا المرض . وقد تنخفض الآفات قليلاً في بعض الأحيان ، أما التفرح فنادر الحدوث في هذا التزرق . (راجع الشكل ٢٢ - ١٨) .

التشريح المرضي النسيجي : من الضروري أن تكون الخزعة

عميقة وكبيرة كي تضم الأوعية الكبيرة . وتبدو الأوردة في الخزعة متسعة ومتشخنة ، وتترافق بالتهاب وارتشاح حبيومي في جدر الأوعية ، وانسداد هذه الأوعية أحياناً . كما تختلف الصورة النسجية بشكل يتوافق مع المرض المستبطن .

الإنذار : يعتمد الإنذار في هذا التزرق على المرض المستبطن وعلى مدى إصابة الأعضاء الأخرى أيضاً ، وهذا الداء مزمن عادة ويدوم عقراً من الزمن .

التشخيص : يجب استبعاد الأمراض المذكورة في الجدول ٢٢ - ٥ بإجراء الفحص الشامل ، ومن المهم تمييز الاضطرابات المجموعية وإصابة الأعضاء الأخرى كالكلية والقلب والسييل المعدي المعوي والجهاز العصبي المركزي ، ويوضع التشخيص التمهيدي للتزرق الشبكي الغامض بعد استبعاد الأسباب الأخرى فقط ، ومن الأهمية بمكان إعادة الفحوص المشخصة الحاسمة خلال عدة سنوات قادمة .

المعالجة : إن العلاج غير ناجح في الشكل الغامض ويعزى لأسباب غير واضحة ، ولقد أثبت أن إعطاء مضادات الالتهاب مثل الاندوميتاسين أو حتى الستيروئيدات والصادات معاً فائدتها في بعض الحالات . كما أثبت العلاج طويل الأمد بمضادات التخثر نجاحه في الحالات الشديدة ذات التقرحات . أما قطع الودي ففائدته غير مؤكدة في هذا الداء . وإذا عُرف المرض المستبطن فيجب علاجه ، وقد تفيد المعالجة بالأزاثيوبرين (١٥٠ ملغ في البداية ، و ١٠٠ ملغ بعد ٤ أسابيع) في الحالات ذات التقرحات المزمنة والراجعة ، وحالات التزرق الشبكي المؤلم الغامض . كما يمكن تجربة الدابسون .

الشكل الخاص من التزرق الشبكي : متلازمة سنيدون
Sneddon's Syndrome [1965] :

غالباً ما تترافق التبدلات الجلدية في التزرق الشبكي مع التبدلات التالية في الجهاز العصبي المركزي (وتصل نسبتها حتى ٧٣٪ من الحالات) : سكتة من الفالج ومن الخزل الشقي ، أو نوبات صرعية ، أو المتلازمة العضوية النفسية ، أو عَمى شقي أو دوار . ولذا ينصح بالفحص العصبي في كل حالات التزرق الشبكي . كما توجد ذات الركيزة النسجية لاضطرابات الجهاز العصبي المركزي في الجلد المصاب ، غير أنه اقترح أيضاً أن التزرق الشبكي قد يكون نتيجة تظاهرات المرض نفسه في الجهاز العصبي المركزي في البداية . هذا وإن معظم المرضى هم من المدخنين أو من النساء اللواتي يتناولن مانعات الحمل ، وقد يحدث المرض كجزء من متلازمة الكارديوليبين .

محدول ٢٢ - ٤ : الأمراض المجموعية التي تترافق مع تقيح الجلد
المواتي

أمراض الأمعاء الالتهابية :

التهاب الكولون القرصي
داء كرون

أمراض الأمعاء الأخرى :

متلازمة السرطاوي

لقرحات ، الرتاج ، داء السليلات ، السرطانة

أمراض المفاصل الالتهابية :

التهاب المفصل الرثائي ، التهاب المفاصل المزمن

التهاب المفصل سيلي المصل

لأمراض الدموية :

يبيض الدم النقوي المنشأ الحاد أو المزمن

يبيض الدم للمفاوي

كثرة اخطر الحقيقية

خلل بروتين الدم أو نظائر بروتينات الدم :

لبروتينيمية (

تخثر البروتينات الدموية

ورم مصوريات ، النقيوم

الأمراض الوعائية :

متلازمة تاكاياسو

تهاب الوريد لمتدور

لاعتلال الخثري داخل الأوعية

ورم الخبيبي لفاغر

تهاب متوعة :

تهاب اخمامي المجموعي

تهاب الكبد المتري المزمن

لأمراض ذات المنشأ الجرثومي

تخرج الحمات الراشحة

ضطرابات الغدد الصماوية

كثت المناعة

لرجيات الأدوية

المحدول ٢٢ - ٥ : الأمراض المجموعية والعوامل الأخرى التي
تترافق بالترق الشبكي

التبدلات الالتهابية في جدر الأوعية :

ترق الشبكي الغامض

تهاب الشرايين العقد

تهاب الشرايين العقد الجلدي

تصب الشرايين ، فرط ضغط الدم

لتهاب الوعائي الخثاري المسد

تهاب الشغاف الجرثومي

الرثية

الذأب الحمامي

التهاب الجلد والعضل

التهاب المعشكلة

الإفرنجي

التدرن

مانعات الحمل الفموية (؟)

النيكوتين (؟)

الانسداد الوعائي :

الانصبام الشرياني

قلة الصفائح

ورم المصوريات

غلوبولينات القر الدموية

الاعتلال الخثري داخل الأوعية

داء تخفيف الضغط Decompression Sickness

الحقن داخل الشريان

أمراض الأوعية الدماغية

التهاب الأوعية الترقى Livedoid Vasculitis

[Winkelman elal 1974] :

المترافات : الترق الشبكي ذو التقرح الصيفي (Feldaker,

. Hines. and Kierland 1955)

الأسباب : لا توجد أسباب واضحة لهذا الداء ، ولقد ذكر
ترافقه مع الأمراض المجموعية التي ذكرت سابقاً كالذأب
الحمامي ، والتهاب الشرايين العقد ، ولكن قلما يبدو هذا
الترافق خلال سيره البعيد . كما أن ترافقه مع أمراض وريدية
ذات آفات مشابهة غير مفسر .

الموجودات السريرية : تتميز الصورة السريرية لالتهاب الأوعية
الترقي باحتشاءات فرفرية بؤرية تصيب القدمين وأسفل
الساقين ، وتميل هذه الآفات للرجعة والإزمان ، فتشكل
قرحات شاذة ، مؤلمة ، مقاومة للعلاج ، والتي تشفى تاركة
سواتل ضمورية يبيض اللون يحيط بها شعيرات متوسعة
(ضمور أبيض Atrophie Blanche) . ويشابه الترق
الشبكي هذا الداء في معظم الحالات ، ولكن يندر مشاهدة
المرضى الذين يترافق لديهم حدوث الترق الشبكي مع التهاب
الأوعية الترقى ، بينما يبقى تماثل سير هذا المرض مع الأمراض
التي تشاهد في القصور الوريدي المزمن موضع شك غالباً .
(راجع الشكل ٢٢ - ١٩) .

التشريح المرضي النسيجي : ويكشف عن التهاب أوعية هيايني
مقطعي ، بينما يبدي الومضان المناعي المباشر ترسبات

الغلوبولينات المناعية (IgG) والتممات (C₃) في جدر الأوعية ، والتي تدل على المنشأ المناعي .

المعالجة : تشفى هذه القرحات بالراحة في السرير وبالضمادات الرطبة ، وقد يقي كل من الدابسون وحمض النيكوتينيك من رجعة هذا الداء . كما يحدث كل من الفينفورمين Phenformin والإيثيل استيرنول Ethylestrenol هذات في الحالات المزمنة . وقد شفيت القرحات لدى بعض المرضى بالجرعات المنخفضة من الهيارين ويستعمل البنتوكسيفيلين Pentoxifylline بنجاح حالياً .

قرحات الساق بفطر التوتير Ulcus Cruris Hypertonicum [Martorell 1945] :

المرادفات : متلازمة Martorell . قرحة الإقفار بفطر ضغط الدم (Farber) .

الموجودات السريرية : تحدث هذه القرحات في النساء عادة بين سن ٤٠ - ٦٠ عاماً ، ولدى المصابات بفطر ضغط الدم وخاصة ارتفاع ضغط الدم الانبساطي . وتكون هذه القرحات بحجم راحة الكف ، وذات قاعدة نخرية ، ولا تميل إلى الشفاء ، وتبدو ثنائية الجانب على الوجه الخارجي للساقين أعلى الكاحل . تتميز بتوضعها وألمها الشديد ومقاومتها للعلاج أيضاً . ولقد ناقش عديد من المؤلفين التوضع المستقل لهذه القرحات باعتبارها شكلاً آخرًا من تصلب الشرايين أو من التهاب بطانة الشريان المسد التقرحي .

السيببات والإمراض : غالباً ما يكون للرضوض المألوفة وفطر ضغط الدم أهميتها في تشكل هذه القرحات . وتتوضع ترسبات هيبالينية بين بطانة الشريينات وغلاتها المرنة ، الأمر الذي يزيد من ثخانة الطبقة العضلية للشرايين ويضيق لمعتها .

المعالجة : تعطى الأولية في علاج هذه القرحات إلى معالجة فطر ضغط الدم وإلى تخفيف الألم ، وتستعمل الأدوية الموسعة للأوعية ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية في علاجها ، ويتبع علاجها الموضعي الخطوط العامة في علاج قرحات الساق .

أمراض الشرايين المسددة المزمنة Chronic Arterial Occlusive Diseases :

أمراض الشرايين الانسدادية المزمنة تعبير يطلق على تضيق الشرايين أو انسدادها التام بالالتهاب المزمن و/أو بالتكسّر في جدر الأوعية ، كما أن أسبابها مستقلة ، وسوف تناقش فيما بعد الأمراض الشريانية التي تصيب الأطراف وتهم طبيب الجلد ، ولكن يجب أن نذكر دائماً احتمال إصابة الأوعية في الأعضاء

الداخلية (الشرايين الدماغية ، أو الإكليلية ، أو الكلوية) التي غالباً ما تكون ذات نتائج خطيرة .

يعتبر تصلب الشرايين وتوافقه بالالتهاب الوعائي السكري والالتهاب الوعائي الخثاري المسد معاً ، السبب الأكثر أهمية في الانسداد الشرياني المزمن . وقد ينجم الانسداد الشرياني الحاد والتام عن صمة دانية المنشأ تسد قطعة شريانية أساسية سليمة قاصية ، أو تنجم عن خثرات شريانية تصيب قطعة مصابة بمرض سابق .

المراحل السريرية :

يمكن تمييز أربع مراحل سريرية في أمراض الشرايين المسددة ، وخاصة التي تصيب الأطراف السفلية (انظر الجدول ٢٢ - ٦) .

المرحلة I : لا عرضية ، رغم الانسداد الشرياني المؤكد ، حيث يتم تزويد الدم للعضوية بالأوعية الرادفة وحتى خلال الجهد أيضاً .

المرحلة II : الألم أثناء الجهد ، وتظهر الأعراض خلال الجهد فقط ، ويكون العرج المتقطع فيها نموذجياً للاضطراب الدوراني في الساق . ويجب على المريض أن يرتاح بعد أن يمشي مسافة محددة بسبب الألم الشديد .

المرحلة III : الألم أثناء الراحة ، ويكون الألم في هذه المرحلة موجوداً حتى خلال الاستلقاء .

المرحلة IV : الموات ، ويعزى إلى التخرب الدوراني ، ويكون الموات موضعاً ، أو يصيب مناطق أكثر اتساعاً .

الاستقصاءات :

تبقى الطرق السريرية البسيطة للاستقصاءات هي الأعوان التشخيصية الأكثر أهمية .

المعاينة :

يجب مقارنة لون جلد الطرفين في آن واحد دائماً ، ودراسة تلاؤم درجة الحرارة فيهما في نفس المرحلة ، ويتوضح شحوب شديد في الاضطرابات الدورانية الشريانية المزمنة ، وخاصة عندما تكون الأطراف في مستوى القلب أو أعلاه . كما يظهر الشحوب (شحوب الجثة) بعد الانسداد الحاد ، وكذلك فقد تكون الحمامي دليل التهاب أو تبيخ فاعل ، بينما ينشأ الزراق عن توسع الوريدات ، وزيادة في نقص الهيموغلوبين إلى أكثر من ٥٪ . ويجب الانتباه خلال المعاينة إلى إعطاء الماء الوريدي في نفس الجهة وفي وضع أفقي ، والانتباه إلى النخرات ، والندبات ، والوذمة أيضاً . ثم يجب أن تتخذ الإجراءات لتثبيت

العضدي على طول الوجه الداخلي للعضد) وفي الشرايين الإبطية ، وشرايين تحت الترقوة . والشرايين الأكثر أهمية في الساق هي : شريان ظهر القدم في ظهر القدم ، والشريان الظنبوبي الخلفي خلف الكعب الأنسي ، والشريان المأبضي الذي يحس بشي الركبة قليلاً ، والشريان الفخذي العام ، والشريان الحرقفي الظاهري في المنطقة الأربية . ويكشف الجس الانسداد في الشرايين ومستوى توضع .

ذُصِرَ . وإن كلاً من جفاف الجلد الزائد ، والخلل الظفري ، وصعرت اليدين والأظفار قد يكون دليلاً على الاضطرابات الوعائية في أكثر من ٧٠٪ من الحالات .

فحص Palpation :

يتم بالجلس ثنائي الجانب مقارنة النبضان في الشرايين الرئيسية ، والكعبية ، (أو ، إذا كان النبضان غائباً ، في الشريان

الجدول ٢٢ - ٦ : تصنيف الاضطرابات الدورانية الشريانية المحيطية

المرحلة	المعاوضة	التبدلات الوعائية	الدوران	الأعراض
I	تامة	تضييق جزئي أو روادف كثيرة	المعاوضة تامة	غائبة
II	جزئية	تضييق شديد أو غلق تام يرافقه روادف عديدة	كاف عند الراحة ، وغير كاف خلال الجهد (نقص المدخر)	عرج متقطع
III	ضعيفة	انسداد مع بضعة روادف	غير كاف أثناء الراحة	عرج متقطع ، ألم أثناء الراحة ، وخاصة في الليل
IV	معدومة (غائبة)	انسداد دون روادف و انسدادات محيطية متعددة	إقفار حتى خلال الراحة	نخر ، موات في النسيج التي تغذيها الشرايين المصابة

الدم ، وعن المهرير Thrills فوق النواشير الشريانية الوريدية أو التضيقات الموضوعة ، وأخيراً يكشف عن الاختلاف في درجة حرارة الجلد .

الإصغاء (التسمع) Auscultation :

تُحدث التضيقات نفخات يكشفها التسمع قبل الجس ، ويشير غياب النفخة إلى قدرة الشريان الجيدة أو إلى انسداده التام .

الاختبارات الوظيفية Functional Tests :

اختبار راتشو Ratschow : يتم إجراء هذا الاختبار الوظيفي لأهميته في تقييم الداء الشرياني المسد في الساقين ، وفي تقييم درجة المعاوضة فيه . يستلقي المريض على ظهره ، ويرفع كلتا ساقيه معاً إلى الأعلى ، ثم يحرك قدميه في هذه الوضعية إلى أعلى كاحليه وأسفلهما ومن ٢٠ - ٢٥ مرة (حوالي دقيقتين) . ولا تؤدي هذه الوضعية في الأصحاء إلى أي نقص هام في دوران جلد القدمين ، بينما ، في الانسداد الشرياني ، سرعان ما تؤدي إلى شحوب بقعي أو منتشر في القدمين أو إلى الألم فيهما . ويجب أن يلاحظ أي اختلاف بين الجانبين . وبعد هذه الوضعية ، يجلس المريض في سريه ويترك ساقيه متدليتين .

واستناداً إلى ما قاله الدكتور راتشو Ratschow ، يمكن تمييز مستويات الانسداد الشرياني التالية في الطرفين العلويين :

نمط حزام المنكب : ويتجلى بتضييق الشريان تحت الترقوة أو انسداد .

نمط العضد : ويتجلى بتوضع الانسداد بين الإبط والمرفق (الشريان العضدي) .

نمط المحيطي : ويتجلى بانسداد قاصر عن المرفق .

وبشكل مشابه ، يمكن تمييز مستويات الانسداد الشرياني التالية في الطرفين السفليين :

انمط الحوضي : ويتجلى بانسداد دان عن الطية الأربية (غياب النبض في المنطقة الأربية) .

انمط الفخذي : ويتجلى بانسداد الشريان الفخذي (يغيب فيه النبض المأبضي ، بينما يحس النبض الأربي) .

نمط الساق (النمط المحيطي) : ويتجلى بانسداد قاصر عن مفصل الركبة (يغيب فيه النبض في القدم ، بينما يحس النبض الأربي والمأبضي) .

ويمكن للجس أن يكشف عن العقيدات على مسير الشرايين في التهاب الشرايين العقد ، وعن الاختلاف في مقاس أمهات

تصوير الأوعية .

تصوير الأوعية تحت الجر الأصبعي .

الموجودات المجموعية :

يجب توجيه التشخيص مباشرة نحو العوامل الخطرة بشكل خاص مثل (قبييل) الداء السكري ، النقرس ، فرط بروتينات الدم الشحمية ، فرط الضغط الشرياني ، وتخرب الوظيفة القلبية .

التصلب الشرياني المسد Arteriosclerosis Obliterans

[Lobstein 1833, Marchaud 1904] :

المرادفات : تصلب الشرايين ، التصلب العصيدي .

التعريف : ورغم الأسباب المعقدة لهذا التصلب ، يعتبر التصلب الشرياني المرض الشرياني المسد الأكثر شيوعاً . وتعتبر الآفات المتليفة التي تصيب باطنة الشريان وطبقته المتوسطة ، وخاصة ذات الترسبات الشحمية البؤرية (عصيدي) وأملاح الكالسيوم ، نموذجية لهذا التصلب الشرياني المسد وتقود إلى تضيق لمعة الشريان .

الحدوث : يعتبر التصلب الشرياني المرض الشرياني الأشيع حدوثاً إلى حد كبير ، وأحد الأمراض الأكثر أهمية ، ويتطور في سياق تقدم العمر . وقد تبدأ الأعراض في عمر يتراوح بين ٤٥ - ٥٠ عاماً ، والرجال هم أكثر عرضة للإصابة . وتتضمن عوامل الخطورة كلاً من الأهبة الوراثية ، والقوت الغني بالدسم ، وزيادة الوزن ، ونقص التمارين الرياضية ، والكرب ، والإسراف في التدخين ، وفرط ضغط الدم ، والداء السكري ، وفرط بروتينات الدم الشحمية ، والنقرس ، ولا سيما إذا تشاركت هذه العوامل الخطرة معاً .

السيببات والأمراض : الأمراض في هذا التصلب معقد جداً ، ومن طبيعة النهائية وتنكسية بشكل جزئي ، كما تدخل عوامل الخطورة التي ذكرت آنفاً في أمراض هذا الداء . وتظهر الآفات في باطنة الشرايين المتوسطة والكبيرة وفي بطانتها المرنة على شكل لويحات من عديدات السكرائد المخاطية ومن البروتينات والشحميات ، وحدث التخرثر الدقيق لجدر الأوعية والتليف والتكلس . تترافق هذه الآفات بتضيق في لمعة الشريان ، وتميل لتشكيل الخثرات والصمات .

الموجودات السريرية : تبدي الصورة السريرية في تصلب الشرايين المحيطي كافة علامات ازدياد الانسداد الشرياني وأعراضه . وتحدث أنماط مختلفة من الانسداد في الساقين وفي الحوض والفخذ خاصة ، وترافقها درجات معاوضة تتراوح بين IV - I ، ففي المرحلة IV ، يبدأ الموت بألم شديد في أسفل

يؤدي هذا في الأصحاء وخلال ٣ - ٥ ثوان إلى تبنيغ فاعل بسيط ، ثم يؤدي إلى الامتلاء الوريدي في ظهر القدم بعد ٥ - ١٢ ثانية ، وقد يتأخر هذا الامتلاء حتى ٢٠ ثانية بينما يتأخر حدوث التبنيغ من ٢٠ - ٦٠ ثانية أو أكثر في المرض المسد ، و يترافق هذا التبنيغ غالباً بتفاعل مُفرط زراقه . ولا يحدث الامتلاء الوريدي في هذا الداء قبل انقضاء ٢٠ - ١٨٠ ثانية . وتحدث نتائج إيجابية كاذبة إذا أُجري الاختبار على قدم باردة أو مصابة بتضيق وعائي ناجم عن النيكوتين ، كما لا يفيد زمن الامتلاء الوريدي في فشل الصمامات الوريدية . وكذلك يمكن الحصول على نتائج سلبية كاذبة في المرض الوعائي المسد ذي المعاوضة الجيدة وبعد قطع الودي . وقد يصعب تقييم لون الجلد بسبب التهابه والوذمة الحادثة فيه . ويمكن إجراء اختبار راتشو Ratschow بنفس الطريقة في الطرفين العلويين .

اختبار المشي Walking Test : العرج المتقطع هو عرض نموذجي للاضطرابات الدورانية الشريانية في الساقين . يشعر المريض بالألم عضلية بعد أن يمشي فترة قصيرة من الزمن ، وهذه الفترة الزمنية أو المسافة التي يقطعها المريض إلى أن يبدأ الألم هي المقياس الذي يمكن تكراره .

يطلب من المريض أن يمشي على أرض مستوية بمعدل ١٣٠ خطوة/د ، وتدون المسافة حتى إلى أن يقف المريض بسبب الألم . تكون المعاوضة جيدة إذا تجاوزت هذه المسافة ٢٠٠ م ، بينما تكون المعاوضة ضعيفة إذا كانت المسافة أقل من ١٠٠ م . وقد يبدي تكرار المحاولة في اختبار المشي تحسناً ظاهراً ، ولكنه لا يعبر عن تحسن الدوران . ويمكن إجراء اختبار المشي فقط في المرحلة الثانية من الاضطراب الدوراني الشرياني .

طرق التشخيص :

تتوفر إجراءات عديدة أخرى في تشخيص الأمراض الدورانية الشريانية ، وإليك بعضها فقط في هذا البحث : قياس ضغط الدم : وتم بالمقارنة بين الجانبين وبين الأطراف العلوية والسفلية .

اختبار دوبلر فائق الصوت : ويجري كتدبير حساس وموضوعي لأموج النبض في جدار الشريان وانقطاعها أو ضعفها .

تخطي الذبذبة Oscillography : في الراحة وبعد الجهد . ويفضل إجراؤه بالجهاز الإلكتروني الأكثر حساسية .

قياس الحرارة ، التخطيط الحراري .

قياس الأوكسجين عبر الجلد .

ساقين ولا سيما في الأبخس . ويصبح الجلد بارداً مُزرقاً ، ويبدو شحوباً (شحوب الجثة) ، ثم يظهر تحت أسود واضح حدود خلال أيام أو ساعات ، وقد يكون هذا التحنط صحيحاً ، أحمر اللون ، وذو رائحة ننته بسبب الأخماج الإضافية (موت) . (راجع الشكل ٢٢ - ٢٠ .

التشريح المرضي النسجي : يكشف التشريح المرضي النسجي عن تضيق اللمعة الشريانية باللويحات الغنية بالشحميات ، وتضيق ، والخلايا الرغوية ، وتحطم الغشاء المرن الداخلي ، وتكس الغلالة الوسطانية أيضاً .

السر والإندار : السر في هذا الداء متركز ومزمن ، وتلاحظ فيه تبدلات كبيرة من التخرب الوظيفي ، يتحدد الإندار بكثرة إصابة الأعضاء الداخلية فيه ، ولا سيما إصابة الشرايين الإكليلية والندماغية والكلى ، ويعتبر التصلب الشرياني السبب الأعم نموت في بلدان عديدة .

التشخيص : ويتم التشخيص بالدراسات السريرية وبالتحريات المناسبة مثل الدراسات التي ذكرت سابقاً ، وتوضيح المرض نوعائي المجموعي ، كما أن علامات فرط بروتينات الدم الشحمية ليست بغير شائعة (القوس الشبخية ، واللويحات الصفراء) . ويؤكد التصوير الشعاعي وجود التكلسات في جدر الشرايين أيضاً .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي وبشكل خاص كل من التهابات الأوعية ، والالتهاب الوعائي المختاري المسد ، والاعتلال الوعائي النوعي كما في الإفريقي والسكري .

عوامل الخطورة : يجب إنقاص هذه العوامل أكثر ما يمكن كمنع التدخين وضبط سكر الدم المناسب في السكريين ، وحمض البول في النقرس ، وشحميات المصل في فرط بروتينات الدم الشحمية ، وضغط الدم ، والدجثة في قصور القلب .

المعالجة : لا يعرف علاج نوعي لهذا الداء ، وينصح المعالجة بالتعاون مع اختصاصي الأوعية . وقد يزود الجراحون الدوران بطعوم مجازة .

المعالجة المجموعية : يمكن تبعاً لمرحلة الداء ، استعمال موسعات الأوعية ، والدكستران ذو الوزن الجزئي المنخفض ، وضبط ارتفاع ضغط الدم بالقشريات المعدنية ، وإزالة الفيرين ، واستعمال مضادات التخثر ، والفصادة ، كما يمكن المعالجة بحالات الخثرات . ويوضح الجدول ٢٢ - ٧ المخطط العلاجي لهذا الداء .

المعالجة الموضعية : لا يمكن إحداث تحسن في الدوران الشرياني بتطبيق أدوية الجلد خارجياً ، وتكون المعالجة الموضعية ضرورية

في علاج القرحة والموات . وبشكل أساسي يجب الوقاية من الأخماج الإضافية بالجراثيم وبالمبيضات البيض ، وتطبق الرهيمات والدهون المضادة للجراثيم في علاج القرحة وتعطى المعالجة الجافة في الموات ، ولأطول فترة ممكنة . ويجب أن يغطي الجلد المحيط بالآفة بمعجونة من الزنك ، ومن الأهمية بمكان أيضاً اتخاذ الإجراءات للتخلص من الفطرات ، والحمرة ، والأنفان ، ونخرات الضغط الإضافية . ويمكن اتخاذ الإجراءات الجراحية الوعائية فقط أو البتر أخيراً .

المعالجة الفيزيائية : تعتبر التمارين الفعالة قيمة في هذا العلاج ، وتجري هذه التمارين بما لا يفوق قدرة الدوران .

الجدول ٢٢ - ٧ : المعالجة المحافظة في الداء الشرياني المسد المزمن حسب رأي هيدريخ Heidrich

المرحلة متوافقة مع Fontaine بلا عرج ألم أثناء التخثر			
أعراض	II	الراحة	IV
I	II		
إطراح أو علاج عوامل الخطورة	+	+	+
الدجثة في قصور العضلة القلبية	+	+	+
التمرين الفيزيائي	+		
موسعات الأوعية	+	(+)	(+)
الدكستران ذو الوزن الجزئي المنخفض	+	+	+
ضبط ضغط الدم	(+)	+	+
عوامل جريان السوائل (الحضايب	(+)	+	+
١١ - ١٢ غ/١٠٠ مل)			
إزالة الفيرين	+	(+)	
حالات الفيرين	+	+	+
مضادات التخثر	+	(+)	(+)

+ استطباب مؤكد ؛ (+) استطباب ممكن .

موات الجلد السطحي المهاجر Migratory Superficial Skin Gangrene :

الموجودات السريرية : يشيع حدوث هذا الموات في النساء المتقدمات في العمر ، ويعزى الانسداد الشرياني فيه إلى تصلب الشرايين المحيطي الذي قد يؤدي إلى احتشاءات عفوية في الجلد ، والتي ينجم عنها موات وتقرح . كما يصيب هذا الموات السطوح الباسطة للساقين وظهر القدم . بينما يبدى مظهره

التهاب الوعائي الخثاري المسد Thromboangiitis Obliterans
Friedländer 1876, Von Winiwarter]
: [1879, Buerger 1908

المرادفات : التهاب بطانة الشريان المسد ، التهاب بطانة الشريان ، داء Buerger - Winiwarter ، داء Buerger .

التعريف : التهاب الوعائي الخثاري المسد مرض شرياني التهابي مسد ، يصيب الأطراف السفلية في الرجال الشباب خاصة .

الحدوث : يصيب هذا الداء الرجال بشكل رئيسي حتى عمر ٤٥ سنة ، وتسود الإصابة لدى المدخنين .

السيببات والأمراض : السببات في هذا الداء غير معروفة ، ويحتمل أن لا تكون وحيدة الشكل ، وإنما ذات منشأ خارجي وداخلي في آن واحد . ويبدو تأثير الإسراف في النيكوتين في إمراضية هذا الداء . ويتهم أيضاً كل من الخمج ، والرضح بالبرودة ، والتأثير الهرموني (قشر الكظر) ، والأهبة الوراثية في هذه الإمراضية ، وغالباً ما يترافق هذا الالتهاب الوعائي الخثاري المسد بتصلب الشرايين الثانوي ، إضافة إلى آفات باطنة الشريان الانتهاية ذات التكاثر البطاني والخثرات التي يحدثها فرط النشاط أو الانسداد البدئي .

الموجودات السريرية : يظهر هذا المرض في ساق واحدة عادة ، وبشكل استثنائي تصاب الساق الثانية أيضاً ، وعندئذ تتأخر إصابتها إلى حد ما عادة . وقد يكون التهاب الوريد الخثاري المهاجر السطحي علامة باكراً في هذا الداء . وفي حوالي ثلث الحالات ، يحدث احمرار محدد متورم ومؤلم عفوياً أو بالضغط ، يشفى بعد أسبوع إلى أسبوعين تاركاً فرط تصبغ مكانه ، بينما تظهر بؤر جديدة في التوضعات الأخرى . وقد تتجلى العلامة الأولى لتضيق الشريان في تعوية الساق الشديدة ، ويتذمر المريض من الشعور بالبرد أو من مذل القدم . كما قد يلفت الانتباه الشحوب الشاذ للطرف المصاب بهذا الداء . وتظهر ، مع زيادة تضيق الأوعية الشريانية ، علامات اللا معاوضة نتيجة اللا تناسب بين عمل العضل والأكسجين الآتي من الدم .

وبالاعتماد على توضع الانسداد الوعائي ، يمكن تمييز نمط محيطي ، ونمط فخذي شائع (ألم الريلة) ، ونمط حوضي ، وكما هو الحال في جميع الأمراض الانسدادية ، يمكن تمييز أربع مراحل استناداً لشدة الانسداد فيها : المرحلة I (المعاوضة كاملة) ، والمرحلة II (عرج متقطع) ، والمرحلة III (ألم خلال الراحة) ، والمرحلة IV (نخر) . وقد تظهر حماسي مؤلمة غريبة على الجلد في المرحلة III ، أما النزوف المخيرة في هذه المرحلة فهي أقل شيوعاً . وفي المرحلة IV ، يظهر النخر على

السريري ترقياً محيطياً في التبدلات التقرحية المواتية السطحية نسبياً والتي تميل قليلاً للشفاء المركزي .

التشخيص التفريقي : يدخل كل من تقيح الجلد المواتي والتهاب الجلد المتعل في التشخيص التفريقي ، ومن الأهمية بمكان في تشخيص هذا الداء إجراء تصوير الأوعية في الساقين .
المعالجة : ويتم المعالجة كما في تصلب الشرايين .

الاعتلال الوعائي السكري Diabetic Angiopathy

التعريف : يصاب المريض السكري بآفات وعائية تجمع تحت عبارة الاعتلال الوعائي السكري أو الداء الوعائي السكري . ويميز فيها بين اعتلال العروق الدقاق سكري المنشأ وبين اعتلال الأوعية الكبيرة سكرية المنشأ .

اعتلال الأوعية الكبيرة سكرية المنشأ Diabetic Macroangiopathy : يتوافق هذا الاعتلال سريرياً ونسجياً مع تصلب الشرايين المسد ، ويظهر بمعدل أكثر من ١٠ - ٢٠ مرة من المألوف ، ويحدث لدى المرضى السكريين في وقت مبكر يتراوح من ١٠ - ٢٠ عاماً قبل حدوثه لدى الأشخاص غير السكريين . ويميل هذا الاعتلال للبدء محيطياً ، فيترق بسرعة أكبر ويكون امتداده أوسع ، وإصابته للمساعدتين أشيع ، ويميل لتكلس الغلالة الباطنة بشكل أكثر . كما تصيب المضاعفات الأعضاء الداخلية (احتشاء إكليلي) والجلد (موات) وتكون شدتها أعظم وأكبر . (راجع الشكل ٢٢ - ٢١) .

اعتلال العروق الدقاق سكرية المنشأ : يبدأ هذا المرض سريعاً في المرحلة الاستقلالية السابقة للسكري ، ويتألف من تنخر هياليني شديد في الأغشية القاعدية للشريينات والوريدات والشعيريات ، مع تكاثر في الخلايا البطانية ، وتضيق في اللمعة الوعائية .

الموجودات السريرية : قد يكون اعتلال العروق الدقاق مسؤولاً عن ظهور النخرات الجلدية الصغيرة في الأطراف ، بينما يعزى الموات السكري المألوف إلى اعتلال الأوعية الكبيرة ، هذا ويميل المريض السكري ، وبشكل كبير ، للإصابة بالأحماج الثانوية بالجرايم والمبيضات البيض . ومن ناحية أخرى ، تحدث الأعراض العامة للمرض الشرياني المسد والمزمن في الجلد والأعضاء الداخلية الأخرى . ويتبع كل من اعتلال العروق الدقاق واعتلال الأوعية الكبيرة إجراءات تشخيصية وعلاجية متشابهة مع اعتبار خاص للحالة السكرية الاستقلالية .

ندى الأبخس ، ومن المحتمل ظهوره على الوجه الأخصي للأبخس وظهور القدم والساق ، ولا تميل القرحة المتشكلة شفاء (راجع الشكل ٢٢ - ٢٢) .

يندر في التهاب الأوعية الخثاري المسد إصابة الذراعين (ظاهرة رينو) ، كما يندر فيه وإلى حد بعيد إصابة الشرايين إكليلية والدماغية والمسارية .

وغالباً ما تعتبر الفطارات القوية والأخماج الجرثومية إضافية اختلاطين لهذا الداء ، بينما ينقص التعرق فيه بشكل ملحوظ .

التشريح المرضي النسجي : في المراحل الباكرة ، يوجد ارتشاح بالمعدلات في جدر الأوعية الودمية المتلاشية ، كما يترافق هذا الارتشاح بالمفاويات والبالعات والخلايا العملاقة ، والتكاثر البطاني ، والخثرات مع عودة الامتصاص الشعري من جديد ، وتشر ملحوظ في الغشاء الباطن المرن للوعاء .

السير والإنذار : السير في هذا الداء مزمن وعارض عادة ، ولكنه قد يكون خاطفاً أحياناً وقد يترافق بموت سريع الترقى . ويجب أن يوضع الإنذار بتحفظ وحذر في الطرف المصاب ، فقد يكون بتر الساق أسفل الركبة ضرورياً . بينما يكون إنذار الحياة في هذا الداء جيد ، وهو على نقيض تصلب الشرايين لأن إصابة الأعضاء الداخلية فيه نادرة .

التشخيص : تتضمن العوامل الموجهة في تشخيص التهاب الوعائي الخثاري المسد ، ما يلي :

- بداية هذا المرض قبل سن الأربعين عاماً .

- الجنس المذكور .

- الإسراف في التدخين .

- الانسداد الفخذي أو انسداد من النمط المحيطي .

- يسبق هذا الداء بالتهاب وريد خثاري هاجر أو يترافق معه .

يمكن للإجراءات الاستقصائية التي ذكرت سابقاً أن تحدد مكان الانسداد الشرياني وشدته .

التشخيص التفريقي : يُحدث تصلب الشرايين وبشكل خاص أعراضاً مشابهة في المناطق الموافقة للالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، وقد تحدث هذه الأعراض بشكل ثانوي أيضاً .

المعالجة : ينصح في هذا الداء الابتعاد عن التدخين ، ومعالجة البور الإنسانية ، وتجنب البرد الشديد ، أما فعالية موسعات الأوعية فيه فهي موضع جدل ، وتعتبر الإجراءات الموضعية كالحمامات الدافئة مضاد استطباب لهذا الداء لأنها تزيد من متطلبات الأوكسجين في المحيط . بينما يُحدث قطع الودي والإحصار حول الوعاء تأثيراً عابراً فيه ، وتعالج القرحة

والنخرات موضعياً وفقاً للمبادئ الجلدية العامة (تحلل البروتين ، مضاد الأخماج ، التشجيع على التحبب ، والتظهن) . وفي معالجة الموات الواسع والانسداد الوعائي التام ليس ثمة إجراء فعال سوى البتر ، ويتبع في علاج هذا الداء نفس الطرائق المتبعة في تصلب الشرايين عموماً .

الحطاط الضموري الحبيث Malignant Atrophic Papulosis [Kohlmeier 1941, Degos - Delort - Tricot 1942] :

المترادفات : متلازمة Kohlmeier - Degos ، المتلازمة الجلدية المعوية المميته ، التهاب الوعائي الخثاري الجلدي المعوي المنتثر ، الحطاط الضموري الحبيث .

التعريف : هو التهاب في بطانة الأوعية الجلدية ، ويتجلى بحطاطات يتبعها ضمور مركزي بلون الخنزف الصيني ، وتكون آفاته المعوية الشديدة مميتة عادة .

الحدوث : مرض نادر جداً ، يصيب الرجال الشباب ومتوسطي الأعمار عادة .

السببات والأمراض : أسباب هذا الحطاط غير معروفة ، وتفترض فيه أخماج الحماح الراشحة ، والآلية المناعية الذاتية ، وعلاقته بالذأب الحمامي المجموعي أيضاً .

كما يحتمل علاقته بالالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، وبالتهاب الأوعية الأرجي ، ويتألف أسس الإصابة في الجلد والأمعاء من الانسداد الوعائي الخثاري ومن الانسداد داخل الأوعية الصغيرة جداً .

الموجودات السريرية :

الموجودات الجلدية : يكشف مظهر هذا الحطاط العارض عن حطاطات النهاية حمراء شاحبة ، ومنتشرة بشكل واسع ، يتراوح قدها بين ٣ - ٥ ملم ، والتي لا يلبث أن يضمحل مركزها وينخفض قليلاً بعد عدة أيام ، ثم يصبح أيضاً بلون الخنزف الصيني ، وترتفع حواف هذه الحطاطات وتغدو شعرياتها متوسعة ، يصيب هذا الداء الجذع عادة وقد تشاهد آفاته في أي مكان آخر . وتكون آفاته العينية نموذجية ، بينما تغيب أعراضه الشخصانية عادة . كما تصبح مناطق الاحتشاءات فيه خثارية ، ثم تظهر فيها تقرحات لا تلبث أن تشفى تاركة ندبات ضمورية ناقصة التصبغ بلون الخنزف الصيني ومميزة لهذا الداء ، وتترافق بفرط تصبغ في حوافها أيضاً ، يبلغ قطر هذه الآفات ٥ ملم أو أكثر عادة ، بينما يتراوح قطر الآفات الصغيرة بين ١ - ٣ ملم .

الموجودات المجموعية : بعد أشهر قليلة أو سنوات . من ظهور

الآفات الجلدية لهذا الداء ، تظهر هجمة حادة من الحمى ، والآلام البطنية ، والمغص ، وقياء الدم أيضاً ، وقد يتلوها الموت خلال عدة أيام ، وينجم عن احتشاءات الأمعاء وانتفاخها ، وعن التهاب الصفاق ، ترافق نظائر البروتينات هذا الحطاط ، وتصاب فيه أوعية كل من الجهاز العصبي المركزي ، والعينين ، والكليتين أيضاً .

كما ذكر ترافق داء جاكوب - كروتزفيلد - Jakob Creutzfeld بهذا الحطاط .

التشريح المرضي النسجي : في البداية ، تتوغل الخلايا المدورة والمعتدلات في جدر الشريينات العضلية في الأدمة المتوسطة منها والعميقة ، وفي النسج المحيطة بهذه الشريينات . ويؤدي الانسداد غير التهابي في بطانة الشريان الخثاري إلى نخرات تشبه الإسفين ، غالباً ما تشفى على شكل تصلب وداء موسيني ، مشكلة بذلك الآفات النموذجية .

الإنذار : يموت أكثر من نصف المرضى خلال ثلاث سنوات من ظهور الآفات الجلدية ، بينما يبقى آخرون أحياء لعدة سنوات رغم إصابتهم المعوية . ويكون الإنذار أفضل في مرضى الآفات الصغيرة من هذا الداء .

التشخيص : تكون المظاهر الجلدية في هذا الداء واضحة جلية ، وآفاته النسجية مؤكدة ، وفي النهاية ، يتميز بسيره ثنائي الطور ، وبعلاماته البطنية ، وبأعراضه النموذجية .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : لا يعرف علاج يعول عليه في هذا الداء ، وقد تؤخذ مضادات الالتهاب بعين الاعتبار ، ولم يتم الاتفاق بعد على جدوى الستيروئيدات في علاجه ، لأن الالتهاب الوعائي الخثاري يحمل معه خطر انتفاخ الأمعاء . ولم ينجح فتح البطن في علاج النوب البطنية الناجمة عن الاحتشاءات المعوية . وقد تجرى المحاولة بحالات الفيرين .

المعالجة الموضعية : وتم بالوقاية من الأخماج الجرثومية الثانوية .

أمراض الأوردة Diseases of the Veins

التهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis

التعريف : وهو التهاب محدد في جدار الوريد (التهاب الوريد) والمنطقة المجاورة (التهاب محيط الوريد) يرافقه تشكّل خثري (التهاب الوريد الخثاري) وانسداد جزئي أو تام في لمعة الوعاء .

الحدوث : يشيع حدوث التهاب الوريد الخثاري السطحي في الساقين نسبياً ، وخاصة بإصابته للدوالي (التهاب الدوالي

Varicophlebitis) ، وغالباً ما يصيب النساء .

السيببات والإمراض : يظل ثالثو فيرشو Virchow صالحاً باعتباره يدخل في إمراضية هذا الداء ، وهو تخرب في الجدار ، وبطء في جريان الدم ، وميل لزيادة التجلط . وتسود أحد هذه المكونات في إمراضية بعض الحالات الفردية . وعادة تتضمن الأسباب المحتملة كلاً من الأمراض الحمجية ، والحمج البؤري ، وموانع الحمل القموية ، والرضع (الضغط ، النفخ) . وتشترك أحياناً مع الآفات الانسجائية التي تصيب جدر الوريد (الحفن) ، ويكون المصاب طريح الفراش .

الموجودات السريرية : يبدي التهاب الوريد الخثاري السطحي والحاد احمراراً التهابياً خطياً محدداً وتورماً مؤلماً على طول الوريد أو يكشف عن عقيدات حمراء التهابية عرضها عدة ستيمرتات ، وتجلس فيه كتلة صلبة خطية تحت الوريد الممض ، وتتدج الخثرة في جدار الوريد بثبات ولا تؤدي إلى صمات رئوية عادة .

ويحدث العلاج المناسب تراجعاً سريعاً لهذه الظاهرة الحادة ، وتبقى كتلة ليفية صلبة يمكن جسها لفترات طويلة (تصلب الوريد Phleboscclerosis) ، التي قد يسترها جلد مفرط التصبغ ، راجع الشكل (٢٢ - ٢٣) .

ويرافق التهاب الوريد الخثاري الحاد بالحمى ، وكثرة العدلات ، وارتفاع ملحوظ في سرعة التثفل .

كما يشيع وجود حالات من التهاب الوريد الخثاري السطحي تحت الحاد أو المزمن ، التي لا ترافق بأي تفاعل حاد ، وتبدي هذه الحالات ليلاً مجسوساً مؤلماً تحت الجلد ، ويصبح أحمرأ لفترة عابرة ، ثم يقسو هذا الليف بعدها (تصلب الوريد) ، ولا يلبث أن يتصبغ الجلد فوقه . ويندر فيه التكلس الثانوي (تكلس الوريد Phlebocalcinosis) .

التشريح المرضي النسجي : تخترق الخلايا الالتهابية جدر الوريد ، الذي تضيق الخثرة من لمعته أو تسدها . وفي النهاية ، يحدث عودة استقناء Recanalization من جديد ، أو يغزو النسيج الضام جدر الوريد (تصلب الوريد) ، ويحتمل حدوث ترسبات أملاح الكالسيوم في جداره (تكلس الوريد) .

المسیر ، المضاعفات ، الإنذار : يستجيب التهاب الوريد الخثاري السطحي جيداً للعلاج ، ويتراجع خلال أيام قليلة عادة . وعلى أية حال ، قد تحدث الظاهرة الإنتانية والتقيح في هذا الداء ، وتشكّل قرحة في أسفل الساق : قرحة الساق عقب التهاب الوريد الخثاري Post thrombophlebotic Crural Ulcer ، ويمكن أن يؤدي التهاب الوريد المتكرر إلى

تصور الانصمامات الوريدية وحدوث الدوالي الثانوية وعواقبها . قد يظهر تكلس محدد في جدار الوريد ويمكن جسسه كحصاة وريدية . ولكن لا تحدث صمات رئوية أبداً ، ويكون الإنذار حسن على وجه العموم .

المعالجة : ومن الأهمية بمكان التخلص من سبببات هذا الداء ، ويؤخذ بالاعتبار فيها كل من الرضوح الموضعية ، ومتلازمة هجت ، والأخماج البورية ، والأدوية والأورام الخبيثة أيضاً .

معالجة الجهازية : يفضل استعمال مضادات التهاب غير ستيرويدية في علاج هذا الداء ، وينصح بإعطاء الصادات في التهاب الوريد الخثاري الإلتاني وفق مظاهره السريرية ، وفي نفخمون ، وتؤخذ مضادات التخثر بعين الاعتبار في منع رجعة هذا الداء .

معالجة الموضعية : يجب أن لا يبقى مرضى التهاب الوريد الخثاري السطحي أو التهاب الدوالي في أسرهم ، حيث يزيد تكون من خطورة هذا الالتهاب الذي ينتشر إلى الأوردة الأكثر عمقا . وينصح أحيانا باستعمال العوامل المثبطة للخثرات ، كمراهم الهيبارين ونظائر الهيبارين Heparinids ، وتفضل ترقادات المرطبة بالكحول في بداية التهاب الوريد الخثاري السطحي الذي يعقب الحقن الوريدي . بينما يكون تطبيق عصائب ضاغطة داعمة علاج هام في التهاب الوريد الخثاري في الساق ، ويجب أن يمشي المريض بها بشكل طبيعي . وقد يكون ضرورياً في بعض الحالات ، إجراء شق بالخوخ في الوريد سطحي المختور لعصر الخثرة قبل تطبيق مثل هذه العصائب .

الخثار الوريدي Phlebothrombosis :

الملاحظات : التهاب الوريد الخثاري العميق .

التعريف : هو التهاب جدار الأوعية العميقة وانسدادها بانخثرات ، ويرافقها خطورة حدوث الانصمام الرئوي .

الحدوث : يصاب المرضى طريحي الفراش ولفترة طويلة ، بالتهاب الدوالي ، ويحدث هذا الالتهاب بعد العمليات الجراحية ، وعقب الكسور ، وبعد الولادات ، وعقب احتشاءات العضلة القلبية أو السكتة القلبية . ويعرض المرضى الذين أجري لهم جراحات في أسفل البطن ومنطقة الحوض لهذه الخطورة بشكل خاص . كما يجدر في هذا المجال تذكّر المرضى ذوي الإصابات الالتهابية الحادة ، وأولئك الذين يعانون من الرضوح الكبيرة مثل كسور في الطرف السفلي . بينما تتجلى عوامل الخطورة الأخرى في تقدم العمر ، والدنف ، وامانات الحمل القموية ، والجهد الزائد (رياضة تسلق الجبال) ، وعدم التحرك خلال السفر (الطيران لمسافات طويلة) ، وتأثيرات

المناخ (الفونة Foehn : ريح حادة تهب من جانب الجبل) ، والكرب النفسي أيضاً .

الإمراض : يلعب الاعتلال الخثري الثلاثي لفيرشوف دوراً جزئياً في التهاب الوريد الخثاري السطحي ، بينما يسود هذا الاعتلال في الشكل العميق من هذا الالتهاب . يكون جريان الدم البطيء أشد وطأة في هذا الداء من الآفات البدئية التي تصيب جدر الوعاء ، ويتجلى الإمراض في ظهور خثرة مختلطة ، يتشكل قسمها الرأسي من ترسب خثاري رمادي مبيض ، بينما يكون التخثر أحمر اللون في قاعدة هذه الخثرة . ويسبق هذه الحالة وجود توازن بين تجلط الدم وزيادة الأهمية للتجلط ، وقد يحدث ذلك نتيجة زيادة تشكيل العوامل المجلطة أو زيادة فعاليتها ، أو نقص في تثبيط فعاليتها ، أو نقص في تصفية العوامل المفعلة ، أو نقص في انحلال الفيرين ، ويكون هذا السير معقداً عادة في حالات فردية . وتبعاً لذلك ، يحدث فرط بروترومين الدم وزيادة عدد الصفائح بعد العمل الجراحي ، بينما يزداد كل من العامل V والبروترومين والفيرينوجين في نهاية الحمل ، وغالباً ما يرتفع الفيرينوجين في الالتهابات والأورام وعقب احتشاء العضلة القلبية . ويجب أن يؤخذ توضع الإصابة بعين الاعتبار ، حيث يحدد التوضع التشريحي والعوامل الفيزيائية من سرعة جريان الدم وتخرّب جدار الوعاء .

الموجودات السريرية : تعتبر أوردة الساق العميقة المكان الأكثر شيوعاً للإصابة بالتهاب الوريد الخثاري ، بينما تأتي الأوردة الحوضية في الدرجة الثانية من الإصابة بهذا الداء . لا تكتشف نسبة كبيرة من الحالات في البداية ، وغالباً ما يكون الانصمام الرئوي العلامة الأولى المشخصة لهذا الداء . هذا الانصمام الذي قد يكون مميتاً أحياناً ، وغير مميت أحياناً أخرى . لذا فمن الأهمية بمكان الانتباه لعوامل الخطورة ، وملاحظة حتى العلامات الصغيرة منها في باكورتها .

العلامات الباكورة : يشكو المصاب من شعور الثقل في ساقه ، ومن آلام تشبه المعص في قدميه وربليه ، ومن ارتفاع حرارته التي لا تصل إلى الحمى ، ومن تسرع قلبه . وفي الهجمة الأولى الحادة ، يكون التشخيص واضحاً بالثالوث العرضي الذي يصيب الساقين من الوذمة والزرّاق والألم ، ويكتشف الألم خاصة عند الاعتماد على الساق في نقل خطاها ، وعند السعال . يحدث الألم عفواً ويتشتر إلى الورك والمنطقة القطنية العجزية ومما يلفت النظر الألم وحيد الجانب والمحدث بالضغط (علامة لوفنبرغ Lowenberg) والذي يزداد بحس عضل الساق بشدة ، بينما تكون الأوردة السطحية متوسعة بشكل كبير (الأوردة المنذرة) . وأحياناً تكون القناة الوريدية المصابة بمضمة بالحس العميق ، ويكون الجلد الذي يسترها حاراً ، وقد تترافق

الإصابة بالحمى ، والقشعريرة وتسرع ملحوظ في نبضات القلب .

نقاط الضغط الوريدي *Venous Pressure Points* : توجد حساسية ملحوظة للضغط في مناطق الإصابة بالخشار الوريدي في كل من القدم ، وحافة قوس القدم الداخلية (نقطة ضغط باير Payr ، والعقب ، وإلى الخلف والأعلى من الكعب الأنسي ، والربلة (علامة ماير Mayer) ، والمنطقة الأنسية من الظنوب ، والحفرة المأبضية ، وفي الفخذ أعلى القناة المقربة ، وفي الحفرة البيضية أيضاً .

يؤدي ثني القدم الخلفي والسريع إلى ألم الربلة (علامة هومان Homan) ، كما يسبب رج الساق ألماً : علامة الرج الإيجابية . وقد يكشف اختبار الفيرونجين الشعاعي عن وجود خثرات في مراحلها المبكرة .

المضاعفات : يعتبر الانصبام الرئوي من المضاعفات المبكرة والأكثر أهمية في هذا الداء ، وتتجلى مظاهرها السريرية بالهياج ، والتعرق البارد ، والحمى ، وتسرع القلب ، وألم الصدر ، وتحدد في تسويع Excursion التنفس ، وكثرة البيض ، وارتفاع سرعة التثفل أيضاً . ويعتبر التقشع البني المحمر والمملطخ بالدم الذي يرافق السعال علامة مؤكدة ، بينما تعتبر متلازمة عقب الخشاري التي تترافق بالدوالي ، والقصور الوريدي المزمن ، والقرحة الركودية من المضاعفات الهامة والمتأخرة .

التشخيص : يجب أن يتوضح التشخيص سريعاً في حال الشك البسيط بالخشار الوريدي ، لأنه قد يحدث الانصبام الرئوي الذي يهدد الحياة مترافقاً بمظاهر سريرية غير واضحة نسبياً . وإذا كانت القصة المرضية ، والأعراض الشخصية والموجودات بالفحص السريري (المعاينة ، الجس ، قياس المحيط ، نقاط الضغط ، النبض ، درجة الحرارة ، سرعة التثفل) غير حاسمة في تشخيص هذا الداء ، فمن الضروري أن يجري كل من تخطيط الوريد بجهاز الدوبلر ، وتخطيط الجريان الانعكاسي الضوئي ، وتصوير الوريد أيضاً .

يحدث فرط التمدد في مفصل الركبة ألماً في المنطقة الأربية (علامة سيغ Sigg) .

المعالجة : ينصح بالراحة التامة في السرير في بداية كل الحالات الشديدة ، وتوضع الساق المصابة في جبيرة من الرفادات ، دون ثني المنطقة الأربية والقدم في السرير المرفوع .

المعالجة الجهازية : من الضروري التعاون مع طبيب الداخلية ، ويمكن أن يتم حل الخثرة بحالات الفيبرين . ومن ناحية أخرى . غالباً ما يستهل العلاج بمضادات التخثر من الهيارين ، ثم يتابع

العلاج بمركبات الكومارين . ومن الضروري أن تعطى الصادات في كل من الأنحاج ، ومحرشات الداء المحتملة ، والمرض المستوطن . ويمكن تجربة مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أيضاً .

المعالجة الموضعية : يكون تطبيق الرفادات المرطبة بالكحول (إيتانول : تحت أسيتت الألمنيوم : المساء = ١ : ١ : ٤) أو الرفادات الرطبة المغلفة ، ملطفاً في هذا الداء . ويجب أن تطبق العصائب الضاغطة بشدة إلى كلا الساقين . وينصح المريض بالراحة التامة في السرير أو بالتحرك ، استناداً إلى مكان الخثرة ومداها . وتكمن خطورة الصمات الكبيرة في بداية العلاج بمضادات التخثر خاصة (قيمة كويك Quick حوالي ٥٠٪) .

الانتقاء : ويجب تجنب الراحة في السرير إذا لم يكن ضرورياً ، ويطلب من المريض التحرك الباكر بعد العملية ، ورفع سلقه ، وإجراء تمارين التنفس والساق (المعالجة الفيزيائية) . وتطبق العصائب الضاغطة أو الجوارب المرنة للمصاب في حالة الخطورة ، ويدجتل قصور القلب الكامن ، وينصح بإنقاص الوزن لدى البدنيين ، وفي مرضى الخطورة ، ينصح بالانتقاء الدوائي ، وذلك بإعطاء الهيارين بجرعات منخفضة (٣ X ٥٠٠٠ وحدة يومياً) أو – الأدوية الأقل فعالية : الأسبرين (٣ X ٥٠٠ ملغ يومياً) وتتجلى مضادات الاستطباب لهذا الأخير في تأهب المصاب للتلف وإصابته بالقرحة المعدية المعوية والأذيات الدماغية القحفية .

التهاب الوريد الخشاري الهاجر الراجع Recurrent Migratory Thrombophlebitis :

المرادفات : التهاب الوريد الخشاري الهاجر ، التهاب الوريد الهاجر .

التعريف : هو التهاب وريد خشاري سطحي ، محدد ، راجع ، ومزمن يصيب مناطق متبدلة ، ويكون عرضاً للأمراض الأخرى عادة .

الحدوث : يصاب الرجال من صفار الشبان ومتوسطي الأعمار غالباً .

الإمراض : يفترض في هذا الداء وجود تفاعل وعائي أرجي مفرط الحساسية لأن هذا المرض غالباً ما يترافق بالأنحاج البؤرية الجرثومية المزمنة ، والالتهاب الوعائي الخشاري المسد ، والأرج تجاه مستضدات مختلفة (خلاصات التبيغ ، الليمون ، الشعر الحيواني) .

ويلاحظ أيضاً ترافقه المذهل بسرطانة المعشكلة أو الرمثين أو

حياة . أو الاضطرابات الجهازية مثل داء بهجت ، أو النقرس ، أو داء هودجكين ، أو ابيضاض الدم ، أو لمفومات الخلايا النائية لأخرى . أو كثرة الكريات الحمر ، أو فرط غاما غلوبولين .

الموجودات السريرية : يتوضع هذا الداء على الناحية الباسطة فوق ووجهها الخارجي ، بينما يقل حدوثه على الأطراف البعيدة ، وظهور اليدين والذراع . ويتظاهر هذا الالتهاب الحاد الحثاري الممض ، والسطحي نسبياً ، وذو التحدد خطي . على شكل عارضات حادة وطويلة الأمد في قطع الوريد المختلفة والمنفصلة عن بعضها ، والتي يتراوح طول كل منها بين ٤ - ١٠ سم . ولا تتأذى الحالة العامة في هذا الالتهاب عادة . لذا تحدث هجماته الجديدة مترافقة بارتفاع عابر في حرارة الجسم ، وقد يترافق بحمى عقيدية منفصلة أو بالحمى العقدية .

المسح : تشفى الهجمة المنعزلة خلال ٢ - ٣ أسابيع تاركة خلفها فرط تصبغ خفيف . ويختفي هذا المرض بعد عدة هجمات عفوية أو يتحسن بعد التخلص من سببه المحتمل . ولا توجد خطورة حدوث الانصمام رغم إصابة القطع الوريدية كثيراً عمقاً أو إصابة الأوعية (طحال ، مساريقي) .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي أوردة الضفيرة الجلدية ونغمة الجلد ارتشاحاً حول الأوعية بالمنسجات إضافة إلى لانسداد الحثري ، ثم يرتشف من جديد ، وتشكل الحبيومات ذات الخلايا العملاقة داخل الوعاء وجداره .

التشخيص التفريقي : يدخل كل من الحمى العقدية ، والتهاب السبلة الشحمية في التشخيص التفريقي .

المعالجة : من الأهمية بمكان تحديد أسباب هذا الالتهاب بشكل دقيق ، حيث يمنع المريض من التدخين ، وتعالج الأخماج البؤرية ، وتعطى المضادات ، ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية ، والستيروئيدات إذا كان ممكناً ، ويتطلب العلاج موضعياً تطبيق الرفادات المرطبة بالكحول ، ومراهم الهيبارين ومثيلاته ، واستعمال العصائب الضاغطة .

التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل Cord - like Superficial Phlebitis [Favre 1929] :

المترادفات : التهاب الوريد المشبه بقضيب الحديد Phlebite en fil de fer .

التعريف : هو التهاب باطن الوريد المتصلب والسطحي تحت الجلد ، ومن منشأ غير معروف يترافق بتشكيل على هيئة حبل قاس . ويشفى عفوية دون أن يحدث تفاعلاً التهابياً في الجلد ،

ولا تصاب فيه الأوردة العميقة .

السبب : مجهولة . وقد تكون كل من الرضوح الموضعية ، والمعالجة بالأشعة السينية ، والرضوح ، والحمج البؤري (التهاب المثة ...) ، ذات أهمية في الأمراض .

الموجودات السريرية : يتوضع هذا الداء على جدار الصدر الوحشي عادة (داء موندور) ، ولكنه قد يصيب الأطراف أو العنق أو القضيب ، ولا يترافق بمظاهر شخصية واضحة . ويظهر فيه حبل قاس على مسير الوريد السطحي ، تصل نخاته إلى سماكة قلم الرصاص ، ويبقى الجلد الساتر طبيعياً .

المعالجة : ويجب البحث عن السبب . ويحدث الشفاء عفوية خلال أسابيع قليلة ، ويعالج بمراهم الهيبارين ، كما يعطى الاندوميتاسين جهازياً إذا كان ضرورياً .

الشكل الخاص : داء موندور Mondor's Disease [1939] :

المترادفات : التهاب محيط الوريد المتصلب في جدار الصدر ، متلازمة موندور ، التهاب الوريد الحبل في جدار الصدر .

الموجودات السريرية : ويتظاهر هذا الداء على شكل التهاب وريد سطحي حبل الشكل في منطقة الوريد الصدري الشرسوفي ، وتغلب إصابة النساء على الرجال ، يمس على الجانب الوحشي من جدار الصدر ، وفي الخط الإبطني الأمامي ، حبل قاس على خط مستقيم وعلى شكل إبرة ذات عقد تصل نخاتها إلى سماكة قلم الرصاص ، ويندر ترافق هذا الداء بروافد إضافية ، وتصبح صورته السريرية أكثر وضوحاً برفع الذراع ، ولا توجد تبدلات جلدية أو أعراض شخصية في هذا المرض ، وتكون الصيغة الدموية طبيعية ، بينما يحدث شفاؤه العفوي خلال أسابيع أو شهور ، كما يلاحظ أحياناً وجود تغيرات مرضية في منطقتي الصدر والإبط (دمل ، خراجات الغدد العرقية ، الأورام ...) .

الدوالي والقصور الوريدي المزمن في الساقين Varices and Chronic Venous Insufficiency of the Legs :

الدوالي Varices and Varicosis :

التعريف : الدوالي عبارة عن توسع في الأوردة بشكل أنبوبي قابل للضغط ، وذو سير متعرج ، تبدو فيه عقيدات أو توسعات أنبورية ، ويحدث بشكل خاص في منطقة الأوردة الصافية الصغيرة منها والكبيرة ، ويُعرف حدوث الدوالي المتعدد واتساع امتدادها باسم :

داء الدوالي *Varicosis* : وقد تصاب جميع الأوردة بقياساتها المختلفة .

داء جذع الدوالي *Trunk Varicosis* : وتصيب هذه الزمرة من الدوالي جذوع الأوردة الصافنة الرئيسية الصغيرة منها والكبيرة .

داء دوالي الفروع الجانبية *Lateral Branch Varicosis* : وهي عبارة عن الدوالي في فروع الوريد الجانبية .

الدوالي الشبكية *Reticular Varices* : وتنجم عن توسعات في الضفيرة الوريدية الشبكية في الجلد ، دون اتصالها بجذوع الأوردة بشكل طردي .

الدوالي المتشجرة *Arborizing Varices* : وتتجلى بتوسعات وريدية سطحية وصغيرة جداً تشبه اللمة *Luft* ، وتصيب النساء بشكل رئيسي .

تتجلى الأمراض الهامة في الزمرتين الأوليتين بضعف الجدر الوريدي التي تؤدي إلى قصور صمامي في هذه الأوردة ، بينما تنجم الأمراض الهامة في الزمرتين الأخيرتين عن ضعف الجدر الوريدي لوحده .

تظهر الدوالي البدئية دون أن يسبقها مرض سريري ، وتكون ذات قاعدة وراثية غالباً . بينما تنشأ الدوالي الثانوية كحالة ثانوية تعقب الخثار الوريدي غالباً . وليس توافق هذين الشكلين معاً أمراً غير شائع طبعاً .

الحدوث : يشبه حدوث الدوالي كثيراً . وإن التفاصيل العددية لهذا الشيع متبدلة ، حيث يعتمد توزع الدوالي إلى حد بعيد على الأرضية الوراثية (عرقي ، عائلي ، جغرافي) . وعلى العوامل الاجتماعية كالبداية ، والمهنة ، ولباس القدم ... ، ولذا يتراوح شيع حدوث الموجودات السريرية السائدة من ٤٪ إلى ٤٠٪ في البالغين ، مع ميل ملحوظ في إصابة النساء بهذه الدوالي عادة . ولا يعزى شيع (الآلام في الساقين) إلى الدوالي دائماً ، بل قد تكون أسبابها مختلفة تماماً كاضطرابات الجهاز التحركي *Locomotor* والأمراض العصبية والشرائية .

وفي دراسة باسل *Basel* عام ١٩٧٨ ، بلغت نسبة حدوث الدوالي حوالي ٩٪ في النساء والرجال ، تطورت إلى حالات مرضية في ٣٪ إلى ٤٪ منها . وكانت تلك قيم متوسطة . ويجب أن يؤخذ الازدياد الخطي التقريبي مع تقدم العمر بالاعتبار . وفي مجموعة العمر المتقدم (أكثر من ٧٠ عاماً) كان معدل الحدوث أكبر بتسع مرات تقريباً من حدوثه لدى الشبان (٣٠ - ٤٠ عاماً) . وحسب دراسة ويدمر *Widmer* ، كان

لدى الكهول في أواسط أوروبا دوالي بسيطة في ٤٥٪ من المرضى ، ودوالي ملحوظة في ١٦٪ ، وقرحات ركودية في حوالي ١٪ .

داء الدوالي البدئي *Primary Varicosis* : ويعرف هذا الشكل بالدوالي الغامضة أو الأساسية وقد يشاهد في السنة العاشرة من العمر ، ويترافق حدوث هذه الدوالي في الأطفال بالشذوذات الوعائية الولادية الأخرى مثل التحويلات أو التضاغرات الشريانية الوريدية (تصوير الوريد *Phlebography*) . أو أن تكون جزءاً من متلازمة كلييل تريوني *Klippel - Trenauny* . ويكون السبب في هذه الدوالي ولادياً ، أو عائلياً في كثير من الحالات ، أو ضعف في النسيج الضام المجموعي ، وقد تمثل عيمل المريض للإصابة بكل من الفتق الأربي ، والقدم المسطحة ، والبواسير ، والقيلة الدوالي . وغالباً ما يوجد قصور بدئي مترقي مرافق في صمامات جذوع الأوردة و/أو في ناقلاتها ، بينما يندر غياب الصمامات الوريدية في هذا الداء . وتتضمن العوامل المسببة لهذه الدوالي البدئية كلاً من زيادة الضغط الوريدي بسبب المكتسبات التطورية لمشية المريض منتصب القامة ، ومن نقص فعالية عضلات الساق والقدم في المجتمع الغربي (الأحذية ، الأرضيات الصلبة ، النشاطات بوضعية الوقوف) ، والبداية ، والإمساك ، والتأثيرات الهرمونية وجريان الدم (مانعات الحمل الفموية ، الحمل) (راجع الشكل ٢٢ - ٢٤) .

داء الدوالي الثانوية *Secondary Varicosis* : ويظهر هذا الشكل من الدوالي بعد الخثرات أو التهاب الوريد الخثاري الذي يصيب أوردة الساق العميقة . ويزداد جريان الدم قوة بعد انسداد الأوردة العميقة ، كي يعود عن طريق الأوردة السطحية . وحتى عندما يحدث عودة للاستقناء في الأوردة العميقة ، فإن تخرب الصمامات يؤدي إلى منعكس مرضي ، وزيادة في حجم الدم وضغطه ولذلك يتدفق الدم عبر الأوردة الساقية باتجاه الجهاز الوعائي السطحي وبما أن هذه الأوردة السطحية ليس لها دعم خارجي ، فإن ارتفاع الضغط الوريدي فيها يؤدي إلى تمدد لمعتها ، وبذلك تتشكل الدوالي نتيجة هذا التمدد ، كما يحدث توسع في لمعة الوريد في قصور الصمامات الوريدية ، وهذا يخلق حلقة مفرغة تزيد من تأذي عودة الجريان الدموي . يعاني مثل هؤلاء المرضى والمصابون بالدوالي البدئية من التهاب الوريد الخثاري ومن الخثار أكثر من الأشخاص الأصحاء ، ويشيع لديهم حدوث الدوالي البدئية والثانوية معاً في أن واحد .

الأعراض : تغيب الأعراض الشخصية في الدوالي البدئية غالباً ، وقد تسبب هذه الدوالي شعوراً بالثقل ، وفي النساء ،

تترقق نخس حرق ثاقب أو بآلام تشبه المعص في عضلات رية .

إيذار : يصاب كثير من الأشخاص بالدوالي البدئية ولعقود عسيدة دون أن تتطور أو أن يظهر لها عواقب ، وتصنف حسب كدوالي معاوضة أو كافية . وإذا كان ثمة تراجع عفوي لها فته يحدث بعد الحمل فقط . وعلى أية حال ، يبقى احتمال ظهور القصور الوريدي المزمن وعواقبه ممكناً دائماً ، بينما تشيع انخفاضات في الدوالي الثانوية بشكل خاص .

القصور الوريدي المزمن في الساقين وعواقبه

Chronic Venous Insufficiency of the Legs and Its Consequences

التعريف : تضم عبارة القصور الوريدي المزمن (CVI) جميع حالات المرضية التي تنشأ عن اضطرابات في عودة جريان الدم ، وفرط ضغط الدم الوريدي .

الموجودات السريرية : تظهر الصور السريرية الجلدية أو نوريدية المختلفة تبعاً لشدة المرض .

تدرجات السريرية : تميز ثلاث درجات من شدة الإصابة في قصور الوريدي المزمن .

نقصور الوريدي المزمن من الدرجة I ، الدوالي الوريدية إكليلية ، الناجية : ويشير هذا التعبير إلى توسع الوريد (الدوالي المتشجرة) الذي يترتب بشكل نصف دائري في منطقة حوالي الأخمص Paraplanter والكاحل ومنطقة نقوس الأخمصية . ولا يسبب هذا التوسع أية أعراض ، ولكنه تظاهرة باكراً هامة . كما يترافق بوذمة في الكاحل أيضاً وخاصة في المساء .

نقصور الوريدي المزمن من الدرجة II : التبدلات الجلدية : وتتجلى بفرط تصبغ (فرقرية الجلد المغراني P. Jaune d'ocre ، الفرقرية الصفراء المغرانية) = ووذمة أسفل الساق ، وترسبات هيموزيديرية ، مع حدوث دوالي إكليلية أو دونها . ويدل نقص التصبغ ، وتصلب الجلد وتصلب الشحم على حدوث الالتهابي السابق .

القصور الوريدي المزمن من الدرجة III : وفيها تحدث قرحة ساق وريدية شافية أو مزدهرة .

الوذمة : وهذه مظهر باكر للقصور الوريدي المزمن . وتحت تأثير كرب الحياة اليومية ، تظهر هذه الوذمة أولاً على الوجه الداخلي لأسفل الساق كوسادة تحت الكاحل ، كما تبدو أمام الظنوب أيضاً . ثم تحدث وذمة انطباعية في منطقة الكاحل كلها وعلى ظهر القدم وفي أقصى الناحية الخارجية لأسفل

الساق . وتكون هذه الوذمة نموذجية للوذمة عقب الخثاري ، وتظهر في باكورة النهار نسبياً ، وفي الصباح الباكر خاصة ، ثم تراجع هذه الوذمة ليلاً بسبب تحسن جريان الدم الجاذب عندما تصبح الساق في وضعية أفقية . ومن الناحية الإمرضية ، يتدفق المصل عبر جدر الأوعية لأن ارتفاع الضغط داخل الوريد يحول دون النقل الطبيعي عبره ، ويتراكم بترام البروتينات غير الفيزيولوجية فيه ، ومن ثم يحدث اضطراب في استقلالها (النزح النسيجي عقب الخثاري) .

الفرقرية الصفراء المغرانية Ochre - Yellow Purpura :

ليست الفرقرية سوى نتيجة شائعة جداً للقصور الوريدي المزمن ، حيث لا يؤدي ارتفاع ضغط الدم الوريدي إلى زيادة النضح المصلي فحسب بل يؤدي إلى انسلال الكريات الحمر أيضاً . كما يؤدي تحطيم الكريات الحمر إلى ترسبات من الهيموسيديرين في النسيج الضامة الجلدية . وتحدث من الناحية السريرية بقع بنفسجية مزرققة أو بنية أو بنية مصفرة في منطقة الكاحل وفي الثلث القاصي من الساق ، وأخيراً تظهر فيها تغيرات لونية واسعة . وليس من غير المألوف أن يمرض هذا الالتهاب نشاط الخلايا الملانينية ، ولذلك يضاف فرط التصبغ المحدث بالملانين إلى هذه العلامات (الملان Melanosis) ، (راجع الشكلين ٢٢ - ٢٥ و ٢٢ - ٢٦) .

تصلب الجلد الركودي Stasis Dermatosclerosis : ينفذ

النضح والبروتينات الشاذة إلى نسيج الجلد وتحت الجلد ، ويضطرب استقلال هذه البروتينات أيضاً ، وقد يحدث الالتهاب الجرثومي الحاد المعروف بالتهاب النسيجة تحت الجلد Hypodermatitis ، الذي يتظاهر سريرياً بألم واحمرار وارتشاح ، ويصيب الناحية الأنسية للساق خاصة ، ويجب تفريق ذلك عن كل من الحمرة ، والتهاب الوريد الخثاري ، والحمامى العقدية الناكسة ، والتهاب الأوعية العقيدي ، وفي النهاية ، تظهر الأحداث الالتهابية التليفية المزمنة (راجع الشكل ٢٢ - ٢٧) .

وتشكل هذه الأحداث القاعدة في تطور تصلب الجلد

الذي يرافقه تقفع ندبي في منطقة الكاحل وفي النصف القاصي من الساق ، كما لو أن هذه المنطقة من الساق متضيقه ويجس فيها قساوة صخرية (جسوء أسفل الساق) أيضاً ، وقد يبدى الجلد احمراراً نهائياً أيضاً ، ولكنه يكون أبيض اللون ضارباً للصفرة ويرافقه داء هيموسيديريني عادة . كما ينصهر الجلد المصقول مع الطبقات العميقة بإحكام ، ولا يمكن فصل هذا الجلد المصقول إلى طبقات ، وحيث تكون فوهات الجريبات فيه مسدودة ، بينما تترك الأوردة المتوسعة ما يشبه الميزابات في هذا التصلب .

تُخزن الجلد *Pachyderma* : تقود الأحداث الالتهابية المبلية والمزمنة إلى تسمك في الجلد الودمي وتجلبه وتشالله أيضاً ، وتسمى هذه الحالة ثخن الجلد ، وعلى هذا الأساس ، يظهر ورام حليمي يرافقه تكاثرات ثلولية الشكل سطحية تصيب الأباخس ، وقد تحدث حمرة راجعة أيضاً تنشأ في الشقوق بين الأصابع عادة . ولذلك ، فإن حدوث الفيل البلدي كنتيجة أخيرة لهذا الداء أمر ليس غير مألوف .

التهاب الجلد الركودي : لا يترك الالتهاب المزمن ، الذي يصيب الجلد وتحت الجلد ، البشرة سليمة دون أن يصيبها في منطقة الركودة الوريدية ، ولذلك غالباً ما تترافق الحماسى السطحية بأفات على سطح الجلد كالنز والتوسف والتجلب . ويشعر المريض بحساسية نحو اللمس وبحكة حارقة ، الأمر الذي يحدث صورة من الالتهاب تحت الحاد أو المزمن ، يطلق عليها عبارة التهاب الجلد الركودي أو الإكزيمة الركودية . ويصبح تخرب الجلد المعالود أكثر سهولة للتخريش بالسمية خارجية المنشأ ، وسهل التحسس بالأدوية الموضعية وذلك بسبب زيادة نفوذته . ولذلك يفسر التهاب الجلد الركودي بأنه التهاب جلد سمى حاد أو تماسي أرجي أو إكزيمة سمية تراكمية حادة أو تماسية أرجية ، وغالباً ما يميل هذا الالتهاب لإحداث تفاعلات جلدية مبعثرة .

ولا يندر ظهور الإكزيمة الجرثومية النمية - Nummular microbial Eczema على شكل آفات محددة نازة ، ومرتشحة قليلاً ، وحمراء التهابية ، أو على شكل آفات وسوفها صدافية الشكل (خطل الثقرن الحمجي) .

التهاب الوريد الخثاري *Thrombophlebitis* : تزداد خطورة الإصابة بالتهاب الوريد الخثاري والخثار الوريدي إذا تراكمت هذه الإصابة بالقصور الوريدي المزمن . وقد تكون هذه الإصابات حادة أو تأخذ سيراً مزمنياً أيضاً ، كما يرافقها التهاب في محيط الوريد غالباً ، الذي قد يؤدي إلى تصلب الجلد . وقد تمت مناقشة التشخيص والمعالجة سابقاً .

الضمور الأبيض الوريدي *Venous Atrophie Blanche* [Milian 1929]

المرادفات : الضمور الأبيض ، التهاب الشعيرات البيضاء (الثانوي) .

الموجودات السريرية : يحدث هذا الضمور كنتيجة للقصور الوريدي المزمن ، وتلتب فيه الشريينات وتسد أيضاً كما في التهاب الأوعية الترقاني (راجع نفس البحث في نفس الفصل) . وغالباً ما يشير تعبير الأوردة الدالية من الناحية الأدبية إلى هذه الآفات ، ويميز طوران لهذا الداء :

الطور الالتهابي : ويتجلى بأفات محددة حمراء اللون مزرق (التهاب الشعيرات) .

الطور الضموري : أي الضمور الأبيض ، و يترافق بتقرحات مؤلمة جداً في بعض الأحيان .

وتظهر سريراً بقع بيضاء اللون مصفرة ، ومدورة أو ذات شكل غريب وقا تنصهر هذه البقع في بؤرة وحيدة وتصيب منطقة محددة من الدحل مخروطية الشكل أو تبدو في القسم القاصي من الساق ، يكون الضمور الأبيض نموذجياً ، حيث تنخفض فيه البؤر وتصبح ساطعة ، ثم يحيط بها هامش مصطبغ ذو لون بني محمر غالباً .

وليس من غير الشائع أن تظهر قرحات سطحية صغيرة لا تلبث أن تصل ببعضها حتى يصبح قدها حوالي ١ سم أو أكثر ، وتبدي هذه القرحات عدم انتظام في حوافها وشذوذاً في شكلها ، كما أنها تؤلم كثيراً وتعند على العلاج ، (راجع الشكلين ٢٢ - ٢٨ و ٢٢ - ٢٩) .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي عن التهاب الشعيرات السطحية والشريينات العميقة ، ويبدو فيه ارتشاح متغير بالعدلات وترسبات فيبرينية وخثرات صغيرة ، ثم يحدث تصلب البشرة وضمورها .

المعالجة : وتتضمن هذه المعالجة كلاً من العلاج المصلب للوريد المصاب ، وربط الأوردة الثاقبة القاصرة .

المعالجة الجهازية : يمكن إعطاء الهيبارين بمجرعات منخفضة وقد تفيد عوامل جريان الدم في هذا الداء .

المعالجة الموضعية : تطبيق الستيروئيدات لفترات طويلة (ولكن يحذر من القرحة الستيروئيدية) ، وتستعمل العصائب الضاغطة أيضاً .

التهاب جلد النهايات الوعائي *Acroangiokeratosis* [Mali, Kuiper, and Hamers 1965]

المرادفات : غرن كابوزي الكاذب ، متلازمة كابوزي الكاذبة .

الموجودات السريرية : يمكن أن يظهر القصور الوريدي المزمن في أسفل الساق والقدم على شكل لويحات وعائية ، واضحة الحدود ، ومرتفعة قليلاً ، وذات شكل شريطي أو غير منتظم ، وتبدو ذات مركز أحمر اللون ضارب للزرق ، ويحيط بها منطقة هامشية مصطبغة بنية اللون أحياناً ، (راجع الشكل ٢٢ - ٣٠) .

التشريح المرضي النسيجي : يلاحظ في التشريح المرضي النسيجي لهذا الداء ، تكون ورم شعيري ، وتليف ، وتسرب

لكرات الخمر ، وترسبات هيموسيديرية ، وارتشاح لمفاوي قمي في الأدمة ، بينما تكون البشرة فيه ذات شواك غالباً .

لتشخيص التفريقي : إن آفات هذا الداء تشبه سريراً ونسجياً عرن كابوزي (ولذا سمي بكابوزي الكاذب) ، غير أن بصورة نسجية فيه لا تبدي تكاثراً في الأوعية ، ولا تكشف عن نمط خلوية تشير إلى الحباثة الموجودة في داء كابوزي ، وكذلك يغيب السير المترقي في هذا الداء المترافق بظهور الأورام الخبيثة وانتشارها .

معالجة : وتشمل هذه المعالجة كلاً من علاج القصور الوريدي المزمن ، واستعمال العصائب الضاغطة ، وتطبيق الستيروئيدات موضعياً .

قرحة الركودة الوريدية Venous Stasis Ulcer :

مردودات : قرحة الساق .

التعريف : وهي قرحة في أسفل الساق تعزى إلى القصور الوريدي المزمن .

الإمراض : وتختلف العوامل التي تحدد منشأ قرحة الساق الوريدية في كل حالة . كما تنقص قدرة الجلد على الشفاء وقوته الدفاعية بشكل ملحوظ في منطقة الوذمة الشديدة ، أو في حالة تخثر الجلد وصلابته ، أو عند الإصابة بالإكزيمة . وتظهر هذه القرحة عقب الرضخ حتى في الأذيات الآلية الصغيرة كخضعة ، والخدوش ، والاحتكاك . وتحدث قرحة إكزيمة يكثر فيها انتفاخها نحو الخارج بسرعة عقب خمج تقيحي . ويترك التهاب الوريد الخثاري الشاقب باتجاه الخارج قرحة ساق وريدية ، كما تحدث القرحة عقب الخثاري بعد الخثرات كنتيجة للركودة والتليف والإقفار . وتظهر قرحات منتفخة Blow - out Ulcers فوق الأوردة الثاقبة القاصرة ، وفوق لأوردة الثاقبة خاصة . وأخيراً ، قد تظهر قرحات مؤلمة صغيرة جداً في الضمور الأبيض التقرحي ، ومن المشكوك فيه أن تؤدي الركودة وحدها لحدوث هذه القرحة دون عوامل إضافية ، إذ لا يحدث التقرح حتى في الوذمة الشديدة الكلوية أو نقرسية أو النملية المنشأ . ومن الناحية الإمراضية ، يلعب تضيق شريينات دوراً جزئياً في تشكل قرحة الساق في القصور الوريدي المزمن ، ويعزى هذا التضيق إلى الوذمة والتليف الالتهابي ، وإلى حدوث الاقفار الموضع في النسج الشريانية . وتبلغ نسبة قرحات الساق ذات المنشأ غير الوريدي حوالي ١٥ - ٢٠٪ فقط من جميع قرحات الساق .

الموجودات السريرية : يميل هذا التقرح الركودي إلى التوضع في منطقتي ذات الإصابة الأكثر شدة والتي تصيب أسفل الساق

وخاصة في الوجه الباطن منها وفي ثلثها القاصي . وغالباً ما تتشكل قرحات عديدة ثم تتصل ببعضها فيكبر حجمها . أما شكلها فيتبدل بين مدور أو متطاوّل أو قوسي أو أنه يأخذ شكلاً غريباً . وقد تكون هذه القرحات كبيرة جداً ، وتحيط بأسفل الساق بكامله ، وتشبه الطماق ، وهو ما يلبس فوق الخذاء في أسفل الساق (تدعى قرحة الطماق Gaiter Ulcer أيضاً) ويغطي هذه القرحات قيع لزج ، وتبدي ميلاً لتشكيل نسيج حبيبي . وتكون حوافها واضحة تبدي القرحات القديمة حوافاً مدورة . وتختلف الأعراض الشخصية من حالة إلى أخرى أيضاً ، فالقرحات الكبيرة غير مؤلمة غالباً ، بينما تكون القرحات الصغيرة مزعجة بشكل متواصل وخاصة في القرحات التي تتوضع قرب الكاحل أو أمام الظنبوب (بسبب الألم السمحاق) وفي قرحات الضمور الأبيض (بسبب الإقفار) ، (راجع الأشكال ٢٢ - ٣١ و ٢٢ - ٣٢ ، ٢٢ - ٣٣) .

السير : تستمر قرحات الساق أو القرحات الركودية لسنوات عدة وعقد دون أن تشفى ، وما لم يتم القضاء على سبب هذه القرحات ، فالعلاج الناجح يتبعه رجعة سريعة لهذا الداء .

المضاعفات : يعتبر حدوث الأحماج الجرثومية الإضافية ، وأحماج المبيضات البيض القاعدة في هذه القرحات ، ويؤدي النجيج فيها إلى التهاب جلد متعطن وتأكلي أو إلى إكزيمة حول القرحة ، كما يؤدي إلى تحسيس الجلد بالمؤرجات التي تتواجد في الأدوية الطبية ، والتي تطبق موضعياً ولعدة سنوات غالباً . ويصاب حوالي ٦٠٪ - ٨٠٪ من مرضى قرحات الساق أو القرحات الركودية بالأرج التماسي الذي يأتي من تأثير العلاجات . ويعتبر كل من سواغ المراهم (لانولين ، الكحول الشمعي الصوفي) ، والصادات ، والسلفاميدات (نيوميسين) ، وبلسم البيرو ، ومضادات الجرثيم الإضافية (كليو كينول Clioquinol ، كلور كيناليدول Chlorquinaldol) ، والمخدرات الموضعية (بنزوكائين) . وحافظات المراهم (بارابين Paraben ، كاثون Kathon) من المؤرجات الأكثر شيوعاً في هذا الداء . كما يظهر تأكزم حول القرحة على شكل آفات مبعثرة خلال العلاج . ويندر جداً ونسبة (١ : ٥٠٠٠) حدوث سرطانة وسفية الخلايا (قرحة مارجولين Marjolin Ulcer) على القرحات الركودية ذات السير طويل الأمد .

التشخيص التفريقي : ومع أن ٨٥٪ - ٩٠٪ من جميع القرحات الركودية ذات منشأ وريدي ، غير أنه يجب أن نضع في الحسبان دائماً الأسباب الكثيرة والمتعددة لهذه القرحات (انظر الجدول ٢٢ - ٨) . كما يشيع ترافقها مع اضطرابات الدوران الشرياني .

قرحة الساق الوريدية

الورام الحليمي الجلدي السرطاوي
السرطانة قاعدية الخلايا
السرطانة وسفية الخلايا
الملائنوم الحبيث
غرن كابوزي
اللمفوم الحبيث
العيوب الوراثية
فقر الدم المنجلي
متلازمة كلاين فلتز

قرحة الساق الوريدية (في القصور الوريدي المزمن CVI)

القرحة الركودية
عقب التهاب الوريد الخثاري
عقب الخثاري
عقب الرضوح
الضمور الأبيض
بعد الإكثيمة
قرحة الساق الشريانية

تصلب الشرايين
الالتهاب الوعائي الخثاري المسد
التهاب الشرايين العقد
التهاب الشرايين العقد الجلدي
الاعتلال الوعائي السكري
فرط ضغط الدم
المفاغرات الشريانية الوريدية
أمهات الدم

قرحة الساق الرضحية

الرضح (الآلي ، الحروري ، الضيائي ، الكيميائي)
الأذيات المفتعلة

في الندبات الضمورية الجاسعة

قرحة الساق الحمجية

الإكثيمة

الفطارات العميقة

الصموغ (إفرنجي ثالثي)

الحجرة الحميدة

الخثاق

داء الليشمانيات

الذآب الشائع

الجذام

قرحة الساق في الجلادات

الحمامي الجاسعة لبازان

الشرث

التهاب الأوعية الأرجي

تصلب الجلد

الذآب الحمامي العميق

البلى الشحمي الفيزيولوجي

تقيح الجلد المواتي

قرحة الساق عصبية المنشأ

الآفات المستعزضة

التهاب سنجابية النخاع

آفة العصب المحيطي (الرضح ، الجذام)

استقصاءات الوظيفة الوريدية
: Venous Function

المعاينة والجس *Inspection and Palpation* : تبرز أشكال مختلفة من الدوالي قبيحة المنظر لدى المريض المنتصب وقوفاً ، بينما يفسح الجس في المريض المستلقي المجال أمام الفاحص لتمييز كل من : التهاب الوريد الخثاري الذي يبدو على شكل حبال وريدية سطحية حارة ومؤلمة ، ونقاط الضغط في الخثار الوريدي ، ومدى تصلب الجلد ، والوذمة الانطباعية أيضاً .

ويكشف الفحص قصور الأوردة الثاقبة في توضعاتها البارزة لدى المريض الواقف ، ولذلك تدعى أيضاً الأوردة المنفوخة *Blow - out* . وتعتبر أوردة كوكيت *Cockett* الثلاثة في أسفل الساق ، ووريد بويد *Boyd* ، ومجموعة دود *Dodd* ، ووريد هنتر *Hunter* ، الأوردة الثاقبة الأكثر أهمية خلال مسير الوريد الصافن الكبير من أسفل الطرف السفلي إلى أعلاه بالترتيب . كما تكشف المعاينة الحالات السريرية المختلفة التي تعتبر الحصيلة النهائية للقصور الوريدي المزمن ، (راجع الشكل ٢٢ - ٣٤) تفيد قياسات المقارنة للتفاصيل الشخصية في متابعة مثل هذه الحالات . ويعتبر كل من قياس محيط الكاحل الأصغري ، وقياس محيط الربلة الأعظمي ، إجراءات ذات أهمية .

ويجب أن لا ينسى إجراء دراسات متزامنة للشرايين ولا سيما مراقبة النبض في القدم .

القرع واختبارات السعال *Percussion and Cough Tests* : تفرع الدوالي في المريض الواقف بلطف بأنامل إحدى اليدين ، بينما تجس أنامل اليد الأخرى الوريد في أقصاه ، فعندما يوجد قصور في الصمامات تنتشر موجة قاصية يتعوق انتشارها في القطعة الوريدية التي تقع بين اليدين . وفي اختبار السعال ، يجس الوريد الفخذي ، ومن ثم تجس موجة ضغط أثناء السعال

حتى مصاب بقصور صمام الموصل ، ويكون هذا الاختبار
بحسب حتى في دوالي الفخذ الصغيرة .

اختبار بيرث *Perthe's Test* : تطبق العاصبة أسفل ركبة
مرضى الوقف ، ويطلب منه المشي سريعاً ، فإذا انفرغت
لنواحي المتضخمة والمتوترة أسفل العاصبة ، تكون صمامات
الأوردة الشاذة ذات كفاية وظيفية . وتكون الأوردة العميقة
غير مدودة .

اختبار تريندلينبرغ الأول *Trendelenburg Test I* : يرفع
مرضى المستلقي إحدى ساقيه ، وتفرغ دوالي المصاب باللمس
من قاصبها إلى دانيها . ثم تطبق العاصبة على الفخذ ، ويطلب
من المريض الانتصاب وقوفاً . فإذا امتلأت هذه الدوالي ثانية
أسفل العاصبة في غضون ١٥ ثانية ، فيوجد إذن قصور في
الأوردة الشاذة .

اختبار تريندلينبرغ الثاني : في بداية هذا الاختبار ، يقف المريض
بعد تفريغ دواليه ، ثم تطبق العاصبة ، فإذا أزيلت العاصبة تدفق
نم سريعاً في الدوالي من الناحية الدانية فيوجد إذن قصور في
صمام الأكبر من الوريد الصافن الكبير . ويمكن أن يحس
توسع في منطقة الوصل الموافقة للوريد الصافن الكبير لدى
مرضى الوقف وركبته مثنية .

اختبار ماهورنر - أوخسنر *Mahorner - Ochsner* : تطبق
عدة عاصبات على ساق المريض الوقف ، وفي مستويات
مختلفة ، وتحرك هذه العاصبات من الناحية القاصية إلى الناحية
دانية ، ويشير عودة امتلاء الدوالي السريع من جديد بين
ربطتين إلى قصور الأوردة الشاذة الموافقة في ذات المنطقة .

تصوير دوبلر الصوتي *Doppler Sonography* : لقد تم
وصف الاختبارات السريرية في الأعلى وهي تعطي معلومات
قيمة ، وقد حل محلها الآن تصوير دوبلر الصوتي على نطاق
واسع . وتستطيع هذه الآلية فائقة الصوت اللا غازية أن
تكشف عن اتجاه جريان الدم في الأوردة السطحية والعميقة .
ويمكن فيها تمييز الانسدادات الوريدية وانغلاقاتها وقصور
الصمامات فيها ، والنواسير الشريانية الوريدية أيضاً . وتزود هذه
الآلية بإثبات يعول عليه عود جريان الدم الذي يعزى إلى الصمام
الموصل في الوريد الصافن الكبير عندما يجهد المريض نفسه ، كما
يحدث في مناورة فالسالفا *Valsalva* .

تخطيط جريان الدم الانعكاسي الضوئي *Light Reflection Rheography* :
قد تعطي هذه الطريقة معلومات هامة عن
النزح الوريدي خلال الفاعلية العضلية أو بعد العلاج ، كما
يمكنها أن تظهر تحسن الوظيفة الوريدية بعد انضغاط القطع

الوريدية القاصرة والعابرة ولذا يعتبر هذا التخطيط ذو أهمية
تشخيصية .

تصوير الأوردة *Phlebography* : وتسمح هذه الطريقة
التشخيصية المؤكدة بإظهار الأوردة شعاعياً بعد حقن وسط
متباين . ويعتبر كل من الشك بالخثار الوريدي ، ومعالجة
الدوالي الجراحية من استطبائاتها الخاصة . ويكشف هذا النوع
من التصوير عن مسار الأوردة السطحية والعميقة والثابتة
وصماماتها ، وخثراتها وانسداداتها ، وعودة الاستثناء فيها ،
والروادف في دورانها ، وانضغاطاتها الخارجية .

الآليات التشخيصية الإضافية : في بعض الحالات الخاصة قد
تدعو الحاجة إلى إجراء مقياس القوة العضلية الوريدية ،
وتخطيط التحجم ، وإجراء قياس حجم القدم ، واختبار
الفيبرينوجين الشعاعي في الخثار ، والتخطيط الحراري ،
والتصوير الضوئي بالأشعة تحت الحمراء .

المعالجة في القصور الوريدي المزمن :

وتهدف المعالجة إلى تصحيح الاضطراب في عود الجريان
الدموي الوريدي ، ويتألف هذا العلاج من التخلص من قصور
الدوالي والأوردة المتوسعة بالعصائب الضاغطة عادة ، ومن
العلاج المصلب ، و/أو الاستئصال الجراحي ، أو استبدال
الصمامات .

العصائب الضاغطة *Compression Bandaging* :

المبادئ : تحدث العصائب الضاغطة ضغطاً موزوناً على النسيج
والأوردة ، وتهدف إلى الالتئام من الوذمة وعلاجها ، وإعادة
جريان الدم الوريدي في الدوالي والقصور الوريدي إلى
طبيعتها ، وبقي تسارع التدفق الدموي من تشكل الخثرات ،
وبجعلها ترتبط بجدر الأوعية فتحضي ، وبذلك تتأصل خطورة
حدوث الانصمام . وتتضمن الشروط المسبقة في تطبيق هذه
العصائب كلاً من طريقة العصائب القوسية ، وتعاون المريض
الفاعل ولا سيما تفعيل المضخة العضلية أثناء المشي ، وإن فاعلية
العضلات وحدها يمكنها أن تعزز العود الوريدي ، وتأثيرات
الضغط في الجهاز الوريدي ، ولذلك فهي توفر راحة سريعة في
مريض الركودة ، وينبغي الاحتراس أثناء تطبيق مثل هذه
العصائب على مرضى فرط ضغط الدم وقصور القلب بسبب
غزارة تدفق الدم .

أنماط العصائب : قد تكون هذه العصائب الضاغطة صلبة أو
مرنة أو مزيج من كليهما ، ويمكن أن يطبقها الطبيب أو
المساعدات المدربات كعصائب دائمة لمدة أسبوع في كل مرة
عادة ، أو يطبقها المريض بنفسه يومياً . ويعتبر تطبيق الطريقة
الصحيحة لهذه العصائب أساسياً في هذا العلاج .

العصائب البلاستيكية الداعمة للمشي Plastic Walking Support Bandage : أثبتت العصائب المركبة ، المرنة من الباطن والصلبة من الخارج ، فائدتها المميزة في القرحة الركودية الوريدية . يتألف قسمها الباطن من عصاية ضاغطة مرنة وصفت سابقاً ، توضع رفادات مطاطية رغوية فوق مناطق الوذمة والقرحة التي تلون ببنفسجية الجانسيان ٥٠،٥٪ عادة ، وتدعم العصاية السابقة بطبقة سيلولوزية ناعمة ثم تلف عصاية صلبة من النشا فوق هذه العصاية المرنة من مقدم القدم وحتى الركبة تشكل العصاية الصلبة المطلية بمادة النشا دعماً يحدد التخطيط الخارجي لهذه العصاية المرنة ، وبالتالي يزداد فعل الضخ العضلي بشكل ملحوظ . وتطبق هذه العصائب على فترات تتراوح عدة أيام في البداية ، ثم يمكن تركها من ١ - ٣ أسابيع أخيراً .

الجوارب الضاغطة Compression Stockings : ويجب أن توصف هذه الجوارب بعد تفرج الركود بالعصائب الضاغطة ، وعلى أية حال ، تتحدد تأثيرات هذه الجوارب لأن الضغط بهذه الطريقة لا يمكن تنظيمه بالشكل الذي يتم عليه الأمر بطريقة التعصيب اليومي . والأمر الآخر هو أن الأشخاص المسنين لا يستطيعون ارتداؤها ، ويجب أن تصنع الجوارب الضاغطة من مادة مرنة طولانياً وعرضياً ، ولكنها تحتوي على خيوط مطاطية عادة (الجوارب المطاطية) . وتتوفر بقياسات جاهزة أو أنها تصنع حسب الطلب . وتتخذ المقاسات من الساق غير المتورمة ، هذا وإن طول الساق ومحيطها موجودتان في جداول قياس بيانية .

وتقسم هذه الجوارب إلى أربعة أصناف :

الصف الأول I : ويستعمل للاتقاء عندما يوجد أهبة بسيطة للإصابة بالركود في التهاب الدوالي البسيطة ، وفي الحمل .

الصف الثاني II : وينصح بها في الانسداد الوريدي ، عند وجود التأهب للإصابة بوذمة ، وبعد التهاب الوريد الخثاري ، وفي القرحة الوريدية .

الصف الثالث III : وتوصف في حالات الركود الشديدة ، والإجهاد الفيزيائي الواضح ، وفي المتلازمة عقب الخثاري .

الصف الرابع IV : وينصح بها في الوذمة اللمفية (الفيل) .

وتوصف هذه الجوارب الضاغطة لأسفل الساق عادة ، وينصح بالجوارب الأكثر طولاً أو بالسراويل الداخلية القصيرة Ponty hose المصنعة من مادة مضغوطة في حالات الركود الفخذية الأكثر شدة فقط . وعلى أية حال . توجد صعوبة نسبية في ارتداء هذه الجوارب . وقد تضيق على الحفرة المأبضية

العصائب الصلبة Rigid Bandages : وينصح بهذه العصائب في علاج الخثرات خاصة . ويعتبر ترافق هذه الخثرات بكل من المرض الشرياني المسد من الدرجة II - IV ، والتهاب الجلد المتعطن ، والتهاب الوريد الخثاري الإثنائي . وقرحات الساق الكبيرة والمخموجة مضاد استطباب في تطبيق هذه العصائب . كما تستعمل العصائب الجاهزة والمربطة بمعجونة الزنك (عرضها ٦ - ٨ سم) . ويمكن تطبيق عصائب معجونة الزنك بتغطية أسفل الساق بمعجونة الزنك المسخنة في حمام مائي تصل درجة حرارته إلى ٥٤° مئوية وباستعمال فرشاة ناعمة ، ثم يغطي الطرف بالشاش القاسي أو بعصائب من المولسلي Muslin يبلغ عرضها ٦ - ١٠ سم . ترتبط هذه العصائب ومعجونة الزنك إلى الجلد بشبات . ويجب أن يطبقها الطبيب نفسه فقط ، وعندما تراجع الوذمة ، تصبح هذه العصائب أكثر رخاوة ، ولهذا يجب أن يعاد تطبيقها ثانية في المراحل البكرة .

العصائب المرنة Elastic Bandages : وتستعمل هذه العصائب يومياً للاتقاء من جميع انماط القصور الوريدي المزمن ومعالجتها ، وترفع ليلاً عادة ، ثم يعيد المريض تطبيقها بنفسه ثانية في صباح اليوم التالي وقبل نهوضه من السرير ، ويعطى المريض التعليمات المناسبة عن استعمالها ، وتستعمل العصائب النسيجية المرنة كالعصائب النسيجية ذات الألياف المطاطية أو التركيبية ، ولكنه يندر جداً استعمال العصائب المطاطية اللاصقة أو المطاطية الرغوية .

التعصيب Bandaging : لقد وصفت طرق مختلفة عديدة تستعمل العصائب النسيجية التي يبلغ عرضها بين ٨ - ١٠ سم أو العصائب النسيجية المطاطية في تعصيب أسفل الساق ، ويبدأ بعصاية عرضها أضيق أو بعصاية نسيجية مرنة والتي تقوى بعديدات الأמיד .

تُدعم ساق المريض الجالس بوضع ضرة قدمه على حافة الكرسي أو على مسند القدمين ، بينما يُثنى مفصل الركبة والكاحل بزوايا قائمة ، ويبدأ التعصيب في مقدم القدم وخلف قاعدة الأباخس ، وتلف القدم دوماً من الجانب الداخلي إلى الجانب الخارجي بحيث ترتفع قوس القدم . تدور اللفة الأولى حول مقدم القدم ، ثم تدور اللفة الثانية حول الكعب الوحشي فمنتصف العقب ، بينما تدور اللفة الثالثة فوق ظهر القدم إلى الكعب الوحشي ، ويجب أن تربط هذه النفات الثلاث الوثيقة الشد كامل القدم ومنطقة الكاحل ، ثم يتابع التعصيب تدريجياً حتى الحفرة المأبضية وبشدة أقل وبشكل منتظم ، بينما تطبق العصاية الثانية من الأسفل وباتجاه معاكس لاتجاه العصاية الأولى ، ويجب أن تغطي أية فسحات من الجلد أو أي من تورماته حتى تصل العصاية أسفل الركبة تماماً .

شكل مزعج أثناء الجلوس . وبالطبع ، تنزلق هذه الجوارب إذا لم يكن محيط الربلة الأعظمي أكبر بواقع ٢ سم من نهاية الربلة ندية ، ويجب أن يصل مرتكز هذه الجوارب إلى أعلى الفخذ ، وتثبت بواسطة شيالات . كما يجب استبدال هذه الجوارب كل ٦ - ٩ شهور .

ولا يكفي ارتداء الجوارب الداعمة Support Stockings في القصور الوريدي الحقيقي ، إلا أنها تؤمن نصيباً معيناً من الراحة لدى الأصحاء الذين يتطلب عملهم الوقوف كثيراً ، وينصح بجوارب الانتقاء من الخشار للمرضى الذين سيلزمون الفراش لفترة مؤقتة بعد عمل جراحي ، لأن هذه الجوارب قد صممت للمرضى الذين تتطلب حالتهم الاستلقاء ولكنها لا تفيد المرضى الذين يتجولون .

المعالجة المصلبة والمعالجة الجراحية في الدوالي Sclerotherapy and Surgical Treatment of : Varices

يمكن لكل من المعالجة المصلبة والمعالجة الجراحية أن تخلص المريض من الدوالي ومن قصور الأوردة بشكل دائم ، ولا ينظر إليها كبداية في العلاج ، فلكل منها استطباباته ، ومضاد استطبابه ، وفوائده ، ومساوئه ، وينصح بتشاركهما معاً في بعض الأحيان ، كربط الوريد الصافن الكبير في مصبه على الوريد الفخذي ، واستئصال جذع الدوالي الرئيسي في الفخذ ، ثم يتبع ذلك المعالجة المصلبة للأوردة المتعرجة والشبكية في أسفل الساق ، ولذلك كان من الضروري ، بالنسبة لكل حالة على حدة ، اختيار العلاج المناسب من كل من المعالجة بالتعصيب الانضغاطي والمعالجة المصلبة والمعالجة الجراحية (انظر الجدول ٢٢ - ٩) . ولما كان العلاج لا يقي من حدوث التهاب الدوالي إلى حد بعيد ، لذا يحتل رتبة هذه الدوالي التي عولجت بأي من العلاجات المختلفة وفي أي وقت ، وتكمن فوائد هذه الجراحات في إمكانية استئصال الأوردة حتى في جذوعها الكبيرة خلال فترة وجيزة ، وبمجاح دائم إذا أجريت في استطباباتها الصحيحة ، كما لا توجد خطورة الأرج من المواد المصلبة أو الانسحاق بها ، وإليك فوائد المعالجة المصلبة :

- إمكانية إجرائها لدى المرضى الخارجيين .
- لا تمنع المريض من ممارسته لعمله .
- إمكانية إجراء هذه العمليات في أي وقت يشاؤه المريض .
- ليس ثمة خطورة لا من العمل الجراحي ولا من البنج .
- لا ينجم عنها ندبات .

ويرتبط النجاح في علاج الدوالي بالتخلص من جريان الدم الوريدي المرضي .

المعالجة المصلبة Sclerotherapy :

المبادئ : تحقن المادة المصلبة داخل الأوعية بشكل بؤري - وفي الارتشاح حول الأوعية في حالات خاصة - ، فيحدث التهاب وريد خشاري سطحي غير مؤلم موضع ومفتعل ، ثم يتلوه انسداد فيه وتصلب في ذات المنطقة ، وتضم المواد المخربة المستعملة كلاً من المنظفات من نوع بوليدوكانول Polidocanol ٠,٥٪ - ٣٪ وتيترايسيل سولفيت الصوديوم Sodium Tetradecylsulfate ١٪ - ٥٪ ، والمحلول المخلي مفرط التوتر ٢٠٪ ، واليود المخرب Aggressive Iodine ، ويوديد الصوديوم ٢٪ - ٤٪ وهما من المواد الكيميائية .

يؤدي الحقن إلى تحرب بطاني محدد ينحصر في بطانة الأوعية المتوسعة والمصابة والحساسة ، بينما تبقى جدر الأوعية السليمة غير حساسة نسبياً ، وتشكل الخثرة الجدارية وتصبح ثابتة خلال ٢٤ ساعة ، ثم تتعشى خلال ٢ - ٤ أسابيع بالأرومات اللبينة التي تنمو في داخلها . ويمكن عودة الاستلقاء بواسطة هذه الخثرات الصناعية أحياناً ، ويكثر احتمال حدوث ذلك في الأوردة الأكبر .

الاستطابات Indications : يعتبر كل من الدوالي بفروعها الجانبية ، والدوالي الشبكية ، والمتعرجة جداً ، والعقيدية ، والوحيدة ذات المقاس المتوسط والصغير ، والمتشجرة ، استطابات مناسبة جداً للمعالجة المصلبة . بينما تعتبر الجراحة الخيار الحقيقي الوحيد عادة في دوالي الجذع الرئيسي ، وفي قصور الوريد الثاقب الشديد .

الجدول ٢٢ - ٩ : استطابات المعالجة الجراحية والمعالجة المصلبة في الدوالي (حسب تصنيف ستيمر Stemmer)

دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية اختبار تريندلبيرغ	دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية اختبار السعال فقط	معالجة جراحية
دوالي الأوردة الصافنة الصغيرة والكبيرة	دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية اختبار السعال فقط	معالجة جراحية أو معالجة مصلبة
دوالي الوريد الصافن الكبير مع قصور الوريد الثاقب	دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية اختبار دوبلر الرنان فقط	معالجة مصلبة
دوالي متشجرة	دوالي معزولة	دوالي شبكية ، دوالي الفرع الجانبي

الدوالي الباقية بعد الجراحة
الرجعة والرجعة الكاذبة

الجدع الوريدي الرئيسي ، كما يحدث تماماً في انسداد أي من
الأوردة الثابتة .

ثم تُصلب الجذوع الوريدية والفروع الجانبية فيها ، والدوالي
المعزولة ، والشبكية ، والمتشجرة . وقد نعد إلى تغيير خط
المعالجة المصلية في حالات فردية ، لذا تُصلب في البداية أحياناً
كل من الأوردة الثابتة المعزولة أو منسب الدوالي في القرحة
الركودية وردية اللون .

طرق الحقن : يظهر الجلد بكحول درجته ٧٠٪ ، ويقف
المريض أو يذلي ساقه : ولا تستعمل العاصبة في هذه الطريقة
ثم يتم وخز الوريد المتوسع بإبرة مائلة قصيرة ونخينة (ردة
١ - ٢) في زواياه القائمة ، أو يوخز قطب الدوالي السفلية أو
الدوالي العقيدية إذا أمكن ذلك . ويشير تدفق الدم من الوريد
إلى وعاء موضوع تحته إلى سلامة مكان الدخول . ثم يجلس
المريض أو يستلقي في كرسي الفحص (أو الكرسي المائل)
ويرفع ساقه إلى أعلى من المستوى الأفقي بقليل . وتحقن الماد
المصلية في الوريد بزرقة ناعمة الفعل ، وبسرعة ليست كبير
بغية الحصول على تماس أفضل لهذه المادة مع جدار الوريد
توضع أنامل اليد الخالية على ذروة الإبرة ، لذا يمكن أن يكشف
أي حقن حول الوريد مباشرة . وينجز بعض المعالجين الوخز
والحقن الوريدي في وضعية الاستلقاء فقط .

كميات الحقن : تحقن في البداية ، كمية صغيرة (٠,٥ مل
من التراكيز الدنيا للمادة المصلية ، كي نحصل على دلالة للأهب
الخاصة نحو التفاعل . وبعد ذلك ، على وجه التحديد
تستعمل جرعات أكبر حسب مقياس الوريد مثلاً ٠,٥ - ١
(٢ -) مل من البولي دوكانول Polidocanol وبتكره
٢٪ - ٣٪ . ويمكن أن يعالج وريد كبير أو اثنين أو عدة أوردة
صغيرة خلال فترة واحدة ، يضغط مكان الوخز بمساحة من
الموسلين ، وتزال الإبرة أيضاً ، ثم تطبق عصابة انضغاطية
بعرض ١٠ سم على الأقل ، فوق التفاعل المتوقع ، وإذا أُنجزت
عدة حقن في جلسة واحدة ، يطبق الانضغاط على الأوردة
من القاصية إلى الدانية ، بدثار أو بعصابة لاصقة .

طريقة حصر الهواء Air Block Technique : يحقن حوالي
٠,٥٪ مل من الهواء قبل حقن المادة المخربة ، أو يرجع الهواء في
الزراعة مع هذه المادة المخربة حتى يصبح رغوياً ثم يحقن بها
ذلك . وهذا يزيد من تماس هذه المادة المخربة بجدار الوريد
ويحدد كمية المادة المطلوبة ، وعلى أية حال ، ما زالت فوائداً
هذه الطريقة موضع جدل .

تصليب الدوالي المتشجرة sclerosing of Arborizing
Varices : يمكن الحصول على نتائج جيدة بالحقن داخل الوريد

ويحدث تخريب الأوردة المتشجرة علاجاً تجميلاً . على أية
حال ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن العلاج يحمل تحسناً كبيراً في
عودة التدفق الوريدي في الساق ، وبقي من العقابيل الشديدة
في القصور الوريدي المزمن ، ولا سيما التهاب الوريد الخثاري ،
والخثار ، والانصمام ، والقرحة الركودية .

مضادات الاستطباب (موانع الاستعمال)
Contraindications : يجب قبل هذه المعالجة ، أن تدرس
وظيفة الأوردة العميقة في الساق . وينبغي أن لا تجرى هذه
المعالجة إذا تبين أن الدوالي متخرية أو مخرجة بسبب التضيق
الشديد الذي يعيق عودة الجريان الوريدي . وتشمل مضادات
الاستطباب الدائمة الأخرى كلاً من أمراض الشرايين المسددة ،
والقصور القلبي أو الكيدي أو الكلوي ، والأورام ، والذئب ،
وطريحي الفراش ، وكبر السن . بينما تضم مضادات الاستطباب
العابرة الأخرى كلاً من داء الخثار الوريدي الحالي أو خلال
الشهور الستة السابقة ، و التهاب الوريد الخثاري الحاد أو
الكامن ، وجميع الاضطرابات المجموعية الحمية أو الالتهابية بما
فيها الرشوحات أو الاضطرابات الأرجية أو الحالات الفيزيائية
السيئة ، أو تبدلات المناخ خلال السفر ، ويجب أن لا تجرى
هذه المعالجة المصلية في وجود التهاب الجلد أو القرحة الركودية
المخموجة . ومن ناحية أخرى ، تعتبر القرحة الركودية النظيفة
أو الضمور الأبيض التقرحي منسب Index للقرحة الدوالي ،
وينبغي تجنبها دون تردد ، لأن هذا التخريب غالباً ما يكون ذا
تأثيرات حسنة على معدل الشفاء ، ولا يعتبر الحيض ، أو
مانعات الحمل الفموية ، أو الحمل مضادات استطباب لهذه
المعالجة . وعلى أية حال ، لا ينصح بعضهم بها أثناء الحمل ، لأنه
قد يحدث تراجع عفوي في الدوالي الحولية في وقت لاحق ،
وإذا كان لا يوجد مضاد استطباب آخر ، فيمكن تجنبها خلال
المعالجة بمضادات التخثر دون تغيير في الدواء . وينصح بها بعد
ثلاثة أسابيع من التمتع الفعالة .

الطريقة : لا تتألف المعالجة المصلية من سلسلة عفوية من
الزرققات داخل الأوردة المرئية ، ولكنها تتبع في الواقع هدفاً
محدداً . وتحديث النتائج الأفضل ، عندما يتم وضع خطة العمل
بعد الاستقصاءات التمهيدية ، ثم يتابع العلاج حتى النهاية .

يبدأ الطبيب الخبير بهذه المعالجة في المناطق المتصلبة من
الأوردة (الموصل بين الوريد الصافن الكبير والوريد
الفخذي) ، حيث يقلل الانسداد فيها من التمدد الزائد في

أن يعطى الاندوميثامين أو الساليسيلات أو الستيروئيدات في حالات استثنائية ، كما يتراجع الورم الدموي (الدموي) في منطقة الحقن عفويًا . وتظهر الجلطات الدموية داخل الأوعية أحيانًا . يمكن عصرها بعد إجراء شق وخزي تحت التخدير الموضعي وبعد ١ - ٣ أسابيع من المعالجة المصلية . ويجب حماية أي نخر في منطقة الإصابة من الأخماج الثانوية بالمعالجة الموضعية . ولكن يجب أن لا تحمل العصاة المعتدلة الضغط أو المشي بغية المحافظة على تدفق الدم في الأوردة العميقة ، وتدعو الحاجة إلى الإنضار الجراحي في النخرات الواسعة . يندر جداً حدوث الخثار الوريدي العميق غير المراقب بعد المعالجة ، في الاستطبانات الصحيحة ، وطريقة التصليب الجيدة . وإذا حدثت هذه الإصابة ، يصبح من الضروري اتخاذ الترتيبات الكاملة في علاج هذا الخثار الوريدي في الساق أحيانًا . يستمر فرط التصبغ التالي للالتهاب فوق الوريد المتخرب لفترة طويلة من الزمن .

المعالجة الجراحية Surgical Treatment :

الاستطبانات : قد يستطب الإجراء الجراحي في كل من الدوالي الجذعية في الصافن الصغير والكبير ، وقصور ثقبه الصمام الوريدي ، وقصور الأوردة الثاقبة .

مضادات الاستطبانات : يجب تجنب الإجراء الجراحي في التهابات الأوردة الحادة (التهاب الوريد الخثاري الحديث ، الخثار الوريدي) أو في التهابات الجلد (التهاب الجلد أو إكزيمة ، دمال) أو قرحات الساق أو الداء الشرياني المسد . وتضم مضادات الاستطبانات العامة كلاً من تقدم العمر ، أو الحمل ، والاضطرابات القلبية الوعائية الشديدة ، أو الأورام المضنية أو الاضطرابات الاستقلابية الشديدة .

الطريقة : تستخرج الأوردة بالأدوات من خلال شقوق جراحية صغرى ممكنة في الجلد ، ولذلك تدعى « طريقة النزاع Stripping » لمكتشفها Babcock ، وتهدف هذه الطريقة إلى استئصال كامل للأوردة الدالية المتوسعة ، والتخلص من الصمامات الدانية والأوردة الثاقبة القاصرة ، وتكون النتائج المروقة والوظيفية لهذه الطريقة جيدة ، وفي النهاية ، يمكن للفروع الجانبية والدوالي الشبكية والمتشجرة أن تتصلب . وينصح بالربط الوريدي بعد شق الجلد في قصور الأوردة الثاقبة الشديد (المنفوخ Blow Out) . ولقد أثبتت عملية تطعيم أوردة الساق بقطع من أوردة الساعدين وصماماتها نجاحها في بعض المرضى حديثاً .

جراحة دقيقة جداً ومن خلال الجلد المتمدد ، حيث تكفي حفنة وحصة من البولي دوكانول ٠,٥٪ - ١٪ لسطح تتراوح مساحته بين ١ - ٢ سم^٢ ، ويمكن إجراء حتى عشرين حفنة في حصة الواحدة ، وهذا لا يتطلب انضغاطاً عقب هذا الحقن ، وعلى أية حال ، ولكي يتم تخريب مثل هذه الدوالي ، يتم اللجوء إلى إحداث ارتشاح حول الأوعية بحقن ٠,١ - ٠,٣ مل من نيوبي دوكانول الذي يبلغ تركيزه ٠,٥٪ ، داخل الجلد بشكل عميق . وقد تظهر نخرات صغيرة أو فرط تصبغ كتفاعلات غير مرغوبة ، ويجب أن يحذر المريض مسبقاً من هذه التفاعلات .

متابعة المريض : يجب أن يمشي المريض نصف ساعة على الأقل بعد إجراء الحقن وبعد تطبيق العصابات الانضغاطية مباشرة ، وإذا أصيب المريض بانزعاج ، يجب عليه ألا يزيل هذه العصاة أو يستلقي بل ينبغي متابعة المشي . ويخطر بأن هذه الأعراض من نخر ، وألم حاد وشعور بالثقل في الساق ، إنما تنجم عن التهاب الوريد الخثاري البسيط والمرغوب ، والذي يبدأ بعد ٦ - ١٠ ساعات من الحقن ، ويدوم بين ١٠ - ٢٠ ساعة ، وقد يعني ذلك الحاجة إلى مزيد من طيات الضماد وإضافة عصاة مطاطية أقوى . ثم تزال هذه العصاة الانضغاطية بعد ٣ - ٥ أيام من الحقن . ثم يتابع العمل بنفس الأسلوب بفواصل أسبوع على الأقل . وينبغي الاستمرار بوضع التعصيب الانضغاطي لعدة أسابيع ابتداءً من الجلسة الأخيرة .

المضاعفات Complications :

المضاعفات المباشرة : يندر جداً حدوث الصدمة التأقية والتفاعلات الشروية ويجب أن تكون الإجراءات الآمنة جاهزة لمواجهة هذه الصدمة دائماً ، وقد يشاهد الفاحص في المريض احساس أو ناقص الضغط أحياناً - حتى قبل الحقن أحياناً - وهطاً قياً ، ويعالج هذا الوهط بسهولة باستلقاء المريض .

قد تجرى الزرقات حول الدوالي تحت الجلد بالعوامل المصلية غير المؤلمة ، ويجب أن تُرشح المنطقة ثانية بالمصل الملحي الفيزيولوجي لتهديد العامل المصلب ، وينصح أيضاً بحقن افيالورونيداز ، ومحاليل الستيروئيدات المائية ، والكزيبولوكاتين وحده دون أن يوجد معه أي نقرتين . ويمكن تجنب حقن المادة المصلية داخل الشريان ، إذا استعملت الطريقة الصحيحة . وتكون خطورة الحقن أعظم في المنطقة الأربية والحفرة المأبضية وخلف الكعب الأنسي . يجب أن نستهل العلاج بالدخول إلى الوحدة الوعائية مباشرة والمعالجة بحالات الفيبرين لتجنب المضاعفات الخطيرة .

المضاعفات الآجلة Late Complications : يتحسن التهاب الموضعي المفرط بالتعصيب الانضغاطي المحكم والمشي . ويمكن

معالجة قرحة الركودة الوريدية Treatment of Venous Stasis Ulcer

: Stasis Ulcer

المعالجة بالانضغاط Compression Treatment

يجب أن تترافق معالجة القرحة موضعياً بمعالجة القصور الوريدي دائماً في سبيل الحصول على تحسن سريع في عودة تدفق الدم الوريدي وعلى شفاء غير راجع . لذا يجب أن تطبق هذه العصائب الانضغاطية حالما تدخل حالة القرحة والجلد في الحسبان . ويمكن استعمال عصابة بران Brann الداعمة للمشي أيضاً ، والتي هي ذات نتائج مرضية بشكل خاص حتى في القرحة الموجودة ، وتؤدي إلى شفاء سريع وملحوظ غالباً حتى في قرحة الأوردة الكبيرة المزمنة . ويجب أن تُنصح بالمعالجة المصلية أو الجراحية في الدوالي للمرضى اليافعين . هذا ، ولا تنفع المعالجة بالانضغاط في القرحة التي تترافق بالمرض الشرياني المسد ، حيث يكون الإنذار فيها غير حسن .

المعالجة الموضعية : وتعتمد هذه المعالجة على حجم القرحة وحالتها ، لذا يسمح بدرجة محددة من الاصطفائية . ويعاني ٨٠٪ من مرضى القرحة من الأرج الدوائي التماسي ، وتجري سلسلة من الاختبارات البقعية اليدوية في جميع الحالات . وبناءً على ذلك ، يجب تجنب أي مستأرج ، معروف أو متوقع ، في معالجة هذه القرحة . وبشكل أساسي ، يجب أن يستهل علاج هذه القرحة بالإجراءات الهامة التالية .

تنظيف قاعدة القرحة : تتم إزالة النسيج النخرية الواسعة آلياً بمجرفة حادة ، ثم تطبق المستحضرات الإنظيمية حالات البروتين (حالات الكلاجين ، حالات الفيبرين) .

التخلص من الأخماج الجرثومية والفطرية الثانوية : ينصح بتميز المتعضيات ، وتحديد الأدوية التي تقاومها ، وتتضمن الطرق المقبولة دهن الإصابة بمحلول نترات الفضة $AgNO_3$ (٢٪ - ٥٪) ، والأصيف كبنفسجية الجانسيان (٥٪ مائي) ، والخضرة اللامعة (١٪ مائي) ، ومرهم البيتادين ، ومحاليل الصادات ، ودهيات ومراهم من (التتراسكلين - جنتاميسين - ميريوسين Mupirocin - نيستاتين - والأمفوتريسين ب) ، ويفيد كثيراً إجراء الحمامات اليومية للساق في محاليل كلوكينول Clioquinol أو برمنغات البوتاسيوم الممدد جداً مع منظفات إضافية . كما يفيد فيها تطبيق رفادات مرطبة بمحلول كلوكينول Clioquinol (١ : ١٠٠٠) أو نترات الفضة (١ : ١٠٠) .

تحريض الجروح على التحبب : وتضم عوامل ذات سمعة طويلة

العمر ، فالمرهم الأسود يحتوي على نترات الفضة دون بلسم البيرو . وينصح باستعمال كل من محلول كلور الصوديوم مفرط المئوية ، أو محلول غلوكوزي ، أو بودرة غلوكوزية ، أو قصب السكر ، أو الدكستران ، وينصح بتطبيق ضمادات شريطية من هيدرات غروانية Hydrocolloid . ويمكن أن يستعمل المعالجة المغلقة على قترات لمدة يوم إلى يومين لتنظيف القرحة وتحريض التحبب فيها ، وهنا تغطي المنطقة المجاورة بمعجونة الزنك ، ويذر في القرحة بودرة معدلة ، وترك بلا دواء أو تملأ بالدم الناجم عن كشط حواف القرحة ، ثم تغطي بملاءة عاتمة أو مصنوعة من هيدرات غروانية أو تعصب .

يمكن تطبيق رهم ستيرويدي على القرحة ولفترة وجيزة من الوقت تحت ضماد كشم أو دون ضماد ، وذلك في التفاعلات المؤلمة والالتهابية الشديدة وخاصة في الضمور الأبيض المقترح . ويمكن مَسَّ التحبب بقلم من نترات الفضة في الجروح الواسعة أو يطبق عليه مرهم ستيرويدي أو رهم منه لبضعة أيام .

التحريض على التظهرن : يحدث التظهرن عفوياً في القرحة النظيفة ذات التحبب الجيد ، وإن تطبيق الرفادات المرطبة بالمصل الملحي الفيزيولوجي (نصف يوم) ومرهم بانتينول مفيد في هذه المرحلة ، وتبدأ هجرة الخلايا الظهارانية بعد تحريف حواف القرحة وبزلها .

معالجة محيط القرحة : غالباً ما تعالج إكزيمة الساق التي تترافق القرحة وفق طرق معالجة الجلد المعيارية ، وبالاعتماد على حدة الإصابة والصورة السريرية ، تستعمل أيضاً رفادات مرطبة بالمصل الملحي الفيزيولوجي أو بالمحاليل المضادة للجراثيم ، أو الصباغات (بنفسجية الجانسيان ، الخضرة اللامعة كل منهما في محلول مائي ٥٪) ، أو دهن الزنك ، أو معجونة الزنك ، أو معجونة الزنك اللينة ، ومن المحتمل أن تضاف مادة كلوكينول ٥٪ إلى هذه العلاجات . وتطبق رهيات ستيرويديدة وبتركيز حذرة ومن المحتمل أن يدعم العلاج بالصادات أيضاً ، ويعتبر تجنب المؤرجات التماسية من الأمور الأساسية . وأثناء تماثل الجلد للشفاء يجب ستره بمعجونة لا تتعطن من جراء نزح القرحة وبحيث لا تتفاقم أي تحسيس بالتماس .

المعالجة الجهازية : يجب أن ينقص المصاب من وزنه ، وأن يتلقى الأدوية القلبية في قصور القلب الكامن فقط . ويتناول المدرات في الودمات الشديدة ، وينصح بتناول الأسبرين للوقاية من حدوث الخثار ، وتستعمل العلاجات المضادة للتخثر وحالات الخثرة في استطبائها المناسبة . وقد يفيد تناول مضادات

لأنتهاب غير الستيروئيدية مثل الاندوميتاسين في التفاعلات
لأنتهاية الشديدة .

معالجة الجراحية : شفاء قرحة الركودة بشكل ملحوظ بتغطيتها
بشريحة من الجلد أو بطعوم شبكية أو طعوم دائرية صغيرة ،
وقبل هذا الإجراء يجب أن تكون قاعدة الجرح غير مخموجة
وذات تحبيبات حديثة ، وقد تراجع الإنتهاب والوذمة والنظام

الوريدي فيها ، وبعد شفاء هذه القرحة ، ينصح بالمعالجة
المصلبة أو الجراحية لهذه الدوالي .

الإجراءات في الجراحة العظمية :
وتساهم هذه الإجراءات في تحسين الأعراض حيث تترافق
أعراض الدوالي المتعددة بقدم مسطحة أو بقدم رוחاء غالباً .

الفصل الثالث والعشرون

الاضطرابات النزفية

Hemorrhagic Disorders

د . محمد نزار الدقر

والانسرب الدموي الكبير والكدمات أكثر دلالة على اضطراب التخثر ، وهنا لا يحدث نزف حيري . وإن اضطرابات التخثر يمكن أن تحدث في أي مكان من الجسم وهي غالباً غير متناظرة ويمكن أن تحدث على الجلد والأغشية المخاطية (أو كثر في داخل المفاصل كما في الناعور Hemophiliacs) .

وفي اضطرابات التخثر إجمالاً يجب أن تؤخذ العوامل التالية بعين الاعتبار :

– القصة العائلية : وجود مورثة صاغرة مرتبطة بالجنس في الناعور ، مرض أوسلر ، نزف الكلية أو الأنف العائلي ، مرض فون هيل – ليندو Von Hippel – Lindau وغيرها .

– العمر الذي تبدو فيه الآفة : فالناعور الخيم (الويل) Hemophilia Gravis يظهر منذ الولادة ، وفرفرية نقص الصفائح الأساسي (ذاتي المناعة) تظهر في أي عمر ، ومرض أوسلر يظهر خاصة عند البالغين .

– القصة المهنية وعمل المريض : الانسحاب بالبنزين Benzene المترافق بقلة الصفائح .

– القصة الدوائية : تؤدي بعض الأدوية إلى قلة الصفائح واضطرابات في وظيفتها .

– سرعة التثفل : وتكون مرتفعة جداً في فرفرية فرط الغلوبولينات الدموية وفي وجود الغلوبولين الكبير في الدم لوالدنستروم .

– الغلوبولينات القرية : ظاهرة النزف في الأجزاء النهائية أو الباردة أو الأجزاء القاصية من البدن (الأذن ، الأصابع ، الأبخس ، مقدم الأنف في الطقس البارد) .

– الكبد : في أمراض الكبد المزمنة (تشمع الكبد) مع نقص في مستويات عوامل التخثر II ، V ، VII ، IX ، X أو نقص في الفيتامين ك ناجم عن خلل في الامتصاص كما في اليرقان الانسدادي أو عقب العلاج بالصادات .

– الطحال : لا يوجد عادة ضخامة طحال في نقص المصنوعات الأساسية ، وفي حالة وجود ضخامة فهذا ناجم عن الإلتان السابق الذي قد يكون الزناد الذي أطلق الإصابة .

– الأمراض الخمجية : إن الصدمة السمية بسبب الذيفان الداخلي الذي تطلقه سليات الغرام يمكن أن تؤدي إلى تخثر داخل الأوعية منتثر .

– الأمراض الرئوية : مرض شونلاين – هينوخ أو التهاب الأوعية الأرجي .

هذا وترافق التغيرات في التخثر وحل الفيبرين مع عدد كبير

تتصف الاضطرابات النزفية بالنزف سواء كان داخل الأنسجة أو خارجها . واعتماداً على القصة والمظاهر السريرية والموجودات المخبرية يمكن تمييز إحدى الآليات الثلاث المسببة لاضطرابات النزف .

١ – اضطرابات الصفائح : هناك اضطرابات كمية في الصفائح ، وعيوب كيفية في الصفائح ، والنزف يمكن أن ينجم عن نقص في عدد الصفائح أو عن اضطرابات في وظائفها .

٢ – اضطرابات التخثر (الكيفية والكمية) : كما يمكن للنزف أن ينجم عن عوز أو عيوب وظيفية في عوامل التخثر أو عن وجود مواد مصلية مثبطة للتخثر أو منشطة لحل الفيبرين Fibrinolysis .

٣ – شذوذات الأوعية : وهي تعتمد على وجود اضطراب أحلّ بسلامة الأوعية الدموية أو ناجم عن زيادة نفوذيتها على الرغم من وجود إرقاء سوي .

هذه الكينونات الثلاث : الصفائح ، عوامل التخثر ، وجدر الأوعية الدموية تؤلف جملة الإرقاء . وإن أي اضطراب في أحد هذه المكونات الثلاثة منفرداً يمكن أن يؤدي إلى اضطراب في النزف ، مع أن وجود أكثر من اضطراب هو الأكثر شيوعاً . ويستطيع الطبيب عادة أن يشخص الاضطراب النزفي بما يملك من موجودات سريرية أو شكلية لوحدها أو من التقييم السريري والفحوص المخبرية معاً .

والفرفرية هي طفح ناجمة عن نزف في الجلد أو الأغشية المخاطية وينجم عن نقص في عدد الصفائح الدموية مترافق باضطرابات في جدر الأوعية . والشكل الخاص الصغير منها هي الحبرات Petechiae وفيها يتم تسرب دم بسيط ، وتشبه عضة برغوث يتراوح قدها بين ١ – ٥ ملم وهي حمراء فاتحة أو داكنة تظهر على الأجزاء المتدلية من الجسم . وهي سهلة الكشف ولا تبيض إذ ضُغَط عليها يملوك Spatula زجاجي (معاينة بالشفوفية) . ويحدث تسرب الدم أيضاً في الأغشية المخاطية ، ولذلك يمكن أن نشاهد نزفاً من الأنف (رعاف) أو الفم أو القناة المعدية – المعوية والتناسلية البولية .

من خلاصت سريرية ويؤدي إلى استهلاك عوامل التخثر وإلى برف غير ضيعي وأذيات في بطانة الشعيرات الدقيقة ، وإلى تكوّن خثرات دقيقة من الفيبرين والصفائح . ويحدث نتيجة سد لأوعية الدقيقة بواسطة الصفائح والفيبرين نخر سحي وقصور العضو المصاب . ويرجع إلى ذلك أيضاً اعتلال تخثر (Lasch ١٩٦٨) كما في :

- تخثر داخل الأوعية المنتثر DIC (McKay : ١٩٦٥) : يستخدم كمصطلح عالمي لوصف هذه العملية المعقدة .

- متلازمة إزالة الفيبرين Defibrination : عبارة مختارة لوصف حدوث قلة الصفائح ونقص فيبرين الدم وارتفاع حدة حنّ الفيبرين ، وهي متلازمة أكثر ما يصادفها اختصاصيو نسجية والتوليد (مثال : صمّامة السائل الأمينوسي) .

- تخثر داخل الأوعية مع حلّ الفيبرين ICF (Bowie و Owen : ١٩٧٤) .

اضطرابات النزف المتعلقة

بالصفائح Platelet – Related

: Hemorrhagic Disorders

التعريف : اضطرابات نزفية ناجمة عن نقص واضح في عدد صفيحات (قلة الصفيحات) أو عن اضطراب كيمي في صفيحات . ففي اضطرابات تكاثر النقي (مثلاً : كثرة صفيحات الأساسية) فإن إنتاج الصفيحات الذاتي غالباً ما يترافق مع خلل وظيفي في عمل الصفيحات يقود إلى النزف أو إلى مضاعفات انصمامية .

الحدوث : غير شائع نسبياً .

السيات : الأسباب متعددة وتتضمن آفات نقي العظام البدئية وأخماجاً وآليات محدثة دوائية – أرجية .

قلة الصفيحات Thrombocytopenia :

السيات : يمكن أن تكون وراثية أو مكتسبة وتشمل :

- نقص في إنتاج الصفيحات أو إنتاج صفيحات غير فعالة .

- زيادة في تحطم الصفيحات أو استهلاكها (قصر زمن بقيا صفيحات) .

- اضطرابات توزيع الصفيحات (ضخامة الطحال ، جميعة ضحالية) أو تمدد الدم (تالية لنقل الكريات الحمر أو نقل بلازما الطازجة المجمدة) .

الموجودات السريرية : غط النزف عادة متشابه في كل حالات قلة الصفيحات . والمظهر الرئيسي هو نزوف صغيرة أو حبرات Petechiae تتوضع عادة على الأقسام القاصية من السطوح الانبساطية للساقين . وفي الأشكال الحادة لقلة الصفيحات يحدث نزف سطحي على شكل كدمات ecchymosis . ولا ينحصر النزف في الجلد وإنما يظهر أيضاً في الأغشية المخاطية على شكل رعاف ونزف لثة وبيلة دموية خفية أو واضحة ، وتغوط زفقي ونزف طمئي ورحمي ، وتطول مدة النزف عادة بعد الأذيات الصغيرة . وإلى جانب النزوف في الجلد والأغشية المخاطية ، هناك نزوف في الأعضاء الداخلية على شكل حبرات ، منها نزوف في الشبكية وفي الدماغ . وتترواح أعراض نزف الدماغ من اضطراب في الوعي وحتى السبات . ويؤدي نزف عضلة القلب إلى لانظمية فيه يترافق مع إيجابية اختبار رامبل – ليد (Rumpel – Leede) .

الموجودات المخبرية : نقص عدد الصفيحات وتطاول زمن النزف . باقي فحوص التخثر سوية .

قلة الصفيحات الوراثية Hereditary Thrombocytopenia : متلازمة ويسكوت – ألدريش [Wiskott : ١٩٣٧ ، Aldrich و Steinberg و Camphell : ١٩٥٤]

المردفات : متلازمة ألدريش ، قلة الصفيحات العائلي المترافق بإكزيمة وتأهب للأخماج .

التعريف : ثالث عرضي يتألف من قلة الصفيحات ، آفات إكزيمة جلدية وزيادة التأهب للأخماج ناجمة عن عيوب مناعية .

الحدوث : اضطراب نادر وراثي صاغر مرتبط بالصبغي X عند ذكور حديثي الولادة ، تظهر الآفة عند الولادة .

الإمراض : العيب الرئيسي هو إنتاج صفيحات غير فعالة بالإضافة إلى نقص في عدد الصفيحات إلى النصف وكذلك بالنسبة لزمن بقياها . (راجع الشكل ٢٣ - ١) .

الموجودات السريرية : يمكن أن تحدث الأعراض مع الولادة حيث تظهر فرغرية حبرية ناعمة ، أو تغوط دموي ، أو نزف في الحبل السري ، أو نزف دماغي كلوي . ويظهر عند الذكور ويتظاهر عندهم بنزوف في الطفولة يتبعها لاحقاً ظهور الإكزيمة وزيادة التأهب للأخماج بالجراثيم والحماات الراشحة والفتور (التهاب أذن وسطى قيحي ، خراجات متعددة ، دامل ، ثآليل ، مليساء معدية ، حلاً بسيط) . وغالباً ما تقود إلى إثنان دموي . والإناث الحاملات للداء يظهرن نقصاً في تعداد الصفيحات .

السير : الإنذار سيء ، ويموت معظم المرضى أثناء طفولتهم بسبب الاختلاطات الناجمة عن النزف أو عن الأنحاج . أما الناجون وحتى سن اليافع فهم مؤهبون للخبائة (لمفوم خبيث ، أورام دماغية) .

التشخيص : ويعتمد على المظاهر السريرية وقلة الصفيحات ، وينقص التركيز المصلي للغلوبلين IgM عادة بينما يكون تركيز الغلوبلين IgA و IgG سوياً . ويكون عدد الخلايا البائية وتوزعها في الحدود السوية بينما يكون عدد الخلايا التائية ناقصاً .

المعالجة : ثلاثية مؤلفة من الستيروئيدات القشرية والصادات وموقفات غو الحماة يمكن أن تستبدل بالغلوبولينات المناعية .

فقر دم فانكوني : (١٩٢٧)

: Fanconi's Anemia

وهو فقر دم لا مُصنَّع بنوي ، نادر نسبياً يظهر في العقد الأول من الحياة . ويتصف باضطراب في نقي العظام مع لاخلوية أو نقص في الخلايا المكونة للدم ينتج عنها قلة كريات شامل (فقر دم ، فقدان العدلات وقلة في الصفيحات) . يمكن أن ترافق مع شذوذات خلقية متعددة مثل نقص تنسج الكلية والطحال ، شذوذات عظمية وزيف الصبغيات . وعلى الأغلب توجد قصة عائلية ، وإذا نما المريض من اختلاطات الداء فهناك خطر كبير من حدوث ايضاض دم حاد .

قلة الصفيحات المكتسب Acquired Thrombocytopenia

اضطرابات في إنتاج الصفيحات يمكن أن تكون نتيجة نقص معدل الإنتاج أو نتيجة نضج معيب .

عيب الإنتاج :

ويحدث عندما يوجد نقص في الخلايا المكونة للصفيحات أو نقص في عدد النواء (قلة الصفيحات بعدم وجود نواء) . ونقص النواء هذا ناجم عن نقص تكاثر نقي العظام الثانوي الناجم عن أذية في النقي ، وشذوذات النقي الداخلية ، أو استبدال النقي . وقد ينجم نقص إنتاج الصفيحات عن :

– تناول الأدوية (مثل سَامَات الخلايا المستخدمة في المعالجة الكيميائية للسرطان ، وأملح الذهب ، والسولفوناميد ، والإيثانول) . وإن تثبيط النواء الاصطناعي يمكن أن يلي تناول المفلان ، أو التيازيد ، أو الغول ، أو الإستروجينات ، أو تعرض نقي العظام للإشعاع .

– نقص شامل في إنتاج كل خلايا النقي (فقر دم لا تنسجي حاد) .

– استبدال أو ارتشاح النقي (سرطانة نقيية ، ايضاض دم ، لمفوم خبيث) وتتضمن تليف النقي (سحاف النقي Myelophthisis) .

– عوز مكتسب في عامل الخلايا المكونة للصفيحات .

عيب النضج :

يترافق عيب النضج من نقص الفيتامين ب١٢ وحمض الفوليك ، واضطرابات في تكاثر النقي (بعض أنواع من كثرة الحمر الحقيقية ، ايضاض نقوي حاد ، تليف نقي العظام ، تصلب النقي والعظم ، متلازمة خلل تنسج النقي ، بيلة الخضاب الليلية الانتياية) . ويحتوي نقي العظام في هذه الاضطرابات على عدد طبيعي من النواء لكن الخلايا المكونة للصفيحات تكون غير فعالة .

قلة الصفيحات النوائي

: Megakaryocytic Thrombocytopenia

لا يوجد اضطراب في إنتاج الصفيحات في هذه الآفة ، لكن معدل الانقلاب زائد بشكل نوعي وناجم عن تسارع التخریب ، واضطرابات في التوزع ، أو التخفيف Dilution . وعلى العموم فإن نضج الصفيحات يتم بشكل سوي في نقي العظام ، لكن عدد الصفيحات وحجمها ، أو الصيغة الصبغية للنواء ، يمكن أن تتغير نتيجة لتحريض الناجم عن قلة الصفيحات بسبب استهلاكها ، أو بسبب التوشيط Sequestration : (أ) زيادة معدل تكوين النواء من الخلايا السليفة . (ب) تحريض التشنية الداخلية Endoreduplication بحيث يزيد في كمية الهويولى المنتجة للصفيحات في كل نواءة (ج) زيادة معدل نضج الهويولى وتحرر الصفيحات . وقد تبين أن عدد النواءات وحجمها وصيغتها الصبغية مُنظم بشكل مستقل . كما أن الكتلة الهويولى للنواء ترتبط بشكل مباشر مع انقلاب كتلة الصفيحات .

الجدول ٢٣ - ١ : تسارع تحرب الصفيحات

مناعي :

أضداد ذاتية Autoantibodies

– فرقرية نقص الصفيحات الأساسية ITP

– ذأب حمامي مجموعي

– فقر دم انحلاي

– ايضاض لمفاوي مزمن CLL

أضداد غيرية Alloantibodies

– التافر الجنيني – الوالدي

– تالي لنقل الدم

لا مناعي :

ذيات تنجم عن :

- الأحماج

- صمامات القلب البديلة

لاستهلاك :

- التخثر داخل الأوعية المنتثر DIC

- فرغرية قلة الصفائح الخثرية TIP

ضياح بواسطة النزف

صفائح عابر ، والفرغرية العابرة عند متلقي نقل صفائح يمكن أن يحدث عند الأطفال من أم مصابة إذ يفترض مرور عامل مضاد للصفائح عبر المشيمة . وفي الزجاج يصعب إظهار أضرار الصفائح عند المصابين لأن الأضرار لا تثبت المتمة . وهناك زيادة في امتصاص الغلوبلين Igm من قبل الصفائح السوية المحتضنة مع مصل لمرضى مصابين بفرغرية قلة الصفائح الأساسية . ويقصر زمن بقيا الصفائح بوضوح إلى دقائق أو ساعات .

الموجودات السريرية : المظهر الرئيسي هو فرغرية على الأطراف والجزء العلوي من الصدر والعنق يترافق أحيانا بنزف في الأغشية المخاطية ، لا يوجد اعتلال في العقد اللمفية ويكون الطحال غير مجسوساً في ٩٠٪ من الحالات والحمى غير شائعة ، (راجع الشكل ٢٣ - ٢) .

الشكل الحاد : تشاهد في أي سن لكنها أكثر حدوثاً عند الأطفال بين السنة ٢ - ٦ من العمر . وفي أكثر من ٨٠٪ من الحالات يتقدم الآفة خمج حُموي مثل التزلة الوافدة ، أو الحصبة ، أو الحماق . وعندما يكون عرضياً فهو يتظاهر عادة بظهور مفاجيء للحبرات ، وفرغرية ، ورعاف ، ونزف معدي - معوي أو بولي - تناسلي مع بيلة دموية أو تغوط أسود . يبدأ عادة بعد ١ - ٦ أسابيع من ظهور أعراض المرض الحُموي نفسه . وفي بعض الحالات يحدث نزف مرافق في الملتحمة ، أما النزف داخل القحف فهو نادر . وبشكل عام لا يوجد ضخامة طحال إلا أنه قد يظهر طحال مجسوس كعرض مستقل للخمج الحُموي السابق . إنذار الشكل الحاد ممتاز . وأكثر من ٨٠٪ من المرضى يشفون خلال ستة أشهر دون معالجة ، النكس بعد الشفاء نادر ، والوفاة تحصل في ١ - ٢٪ من الحالات .

الشكل المزمن : يعتبر المرض مزمناً إذا استمر النزف لسته أشهر أو أكثر . ويفشل أكثر من ٩٠٪ من الكهول المصابين في السيطرة على الهجوع التلقائي لأفتهم ، وبالعكس فإن ١٠٪ فقط من الأطفال تتطور الإصابة عندهم إلى الشكل المزمن أو الناكس . وتتصف الآفة بنزف حبري جلدي يشبه عضلة البرغوث يتوضع بشكل خاص على الأطراف السفلى ، وقد تصاب الأغشية المخاطية ، وإن أية أذية في الجلد مهما كانت صغيرة (غرزة دبوس ، قرص ، ضغط) يؤدي إلى تسرب دموي غزير .

التشخيص : تعتبر الموجودات المخبرية التالية نموذجية :

- نقص عدد الصفائح في الدم المحيطي .

- تطاول زمن النزف بالنسبة إلى درجة قلة الخلايا .

تسارع تخريب الصفائح (أو الاستهلاك) : هو سبب شائع لقلة الصفائح . وينقص زمن البقاء (Survival time) بشكل ملحوظ (السوي ١٠ أيام في حين يصل هنا إلى يوم واحد) ويكون انقلاب كتلة الصفائح زائد بشكل خاص . وأكثر الأسباب شيوعاً هي : تأذي الصفائح المتواسطة بالأضرار الذاتية ، وزيادة استهلاك الصفائح في التخثر داخل الأوعية المنتثر DIC ، وتأذي الصفائح الناجمة عن الأحماج . أما قلة الصفائح المتواسطة بالأضرار فإنه قد يكون ناجماً عن : (أ) أضرار ذاتية في الأيضات للمفاوي المزمن ، أو الذأب الحمامي المجموعي ، أو فرغرية قلة الصفائح الخثرية ، أو مترافقة مع فقر دم انحلاي مناعي ذاتي (مثال : متلازمة إيفانس Evans) . (ب) أضرار غيرية متشاركة مع الحمل أو بسبب نقل الدم . (ج) أضرار متوافقة مع إعطاء سابق لبعض الأدوية كالصادات ، والكيما القلوانية ، والمركبات ، ومضادات الاختلاج ، والديجوكسين وميتيل دوبا .

فرغرية قلة الصفائح الأساسية (مناعية أو مناعية ذاتية) ITP

(Idiopathic Thrombocytopenic Purpura) :

ملاحظة تاريخية : تعد عبارة المرض النزفي البقعي لورلوف (Werlhof : ١٧٣٥) عبارة قديمة .

التعريف : تأهب مكتسب للنزف بقلة الصفائح ، مع نزف في الجلد والأغشية المخاطية . ولها شكلان مميزان : حاد ومزمن ، وهي تنجم عن آلية مناعية أو مناعية ذاتية .

الحدوث : واسعة الانتشار وخاصة في اليافعان (٤٥٪ من المرضى بعمر أقل من ١٥ سنة) . لا يوجد اختلاف في الجنس في النمط الحاد (العابر) . أما في الشكل المزمن فإن نسبة إصابة النساء للرجال هي ٣ : ١ وهي أكثر شيوعاً في اليافعان والكهول في متوسط العمر .

السيببات والأمراض : أضرار الصفائح موجودة في المصل . وإن نقل المصل من مرضى مصابين يسبب نقص

– فحص نقي العظام : عدد النواء سويًا أو زائدًا ولكن بأشكال سوية ، تشاهد أحياناً سليفات النواء (مع انحراف لليسار) .

– وجود أصداد الصفائح .

– تناقص زمن بُقيا الصفائح : – إيجابية اختبار رامبل – ليد واختبار الوخز والضغط .

– بالإضافة إلى إمكانية مصادفة صفائح لا نموذجية كبيرة أحياناً .

التشخيص التفريقي : هناك درجة ملحوظة من ضخامة الطحال ، وحمى ، وفقر دم غير متناسب ، أو زيادة معدل سرعة التثفل ، كل هذا قد يوحي بتشخيص آخر غير فرغرية قلة الصفائح الأساسية ، مثل : الذأب الحمامي المجموعي ، وبيضاض الدم ، وفقر دم لا تنسجي ، وفرغرية قلة الصفائح الخثارية . ومن المهم نفي قلة الصفائح المحدث بالأدوية بالاعتماد على التحسيس (لأن التمييز بينهما غير ممكن) .

المعالجة : في معظم الحالات الحادة لا نحتاج إلى معالجة . أما في الحالات المزمنة فيجب أن نأخذ بعين الاعتبار الأمور التالية :

– إعطاء الفاميتيل بريدنيزولون (٢ ملغ/كغ من وزن الجسم) إذا كان تعداد الصفائح أقل من ٢٠ – ٣٠ ألفا/ml .

– استئصال الطحال غير المستجيب .

– علاج مثبت للمناعة (أزاثيوبرين ، سيكلوفوسفاميد) .

– لا تنقل الصفائح إلا في حالة النزف المهدد للحياة .

– تعطى الغلوبولينات المناعية في حالات استثنائية (٠,٤ ملغ/كغ من وزن الجسم) .

– سيكلوسبورين آ (علاج ما يزال تحت التجربة) .

– دانازول (نسبة الفشل قريبة من ٨٠٪) .

فرغرية قلة الصفائح الخثارية

: Thrombotic Thrombocytopenia Purpura

المرادفات : فقر دم انحلاي باعتلال الأوعية الصغيرة ، متلازمة موسكو وفيتز (١٩٢٤) ، اعتلال الأوعية الصغيرة الخثاري .

التعريف : داء حُموي حاد ، نادر ، مميت في ٣٠٪ من الحالات ، يتميز بفرغرية قلة الصفائح مترافق مع فقر دم انحلاي وأعراض عصبية .

الحدوث : نادر ، وغالباً ما يصيب صغار الكهول .

السيببات والأمراض : معقدة وغير مفهومة حتى الآن ،

والموجودات الرئيسية هي آفات بطانية مع صمات صفيفية في الدوران الشعري . ولقد تمت مناقشة تأثيرات الأمراض الخمجية والأدوية (مثل : سيكلوسبورين آ ، ميتوميسين) المسببة لتخريب البطانة . هناك آفات بطانية وتغيرات في الطبقة تحت البطانة للشريينات (ترسب مادة شبيهة بالهيالين) مترافقة مع زيادة انحلال الدم ، واضطراب في تركيب البروستاسيكلين PGI_2 و/أو تحركها بواسطة البطانة ، ونقص في محرضة البروستاسيكلين و حلة البروستاسيكلين الجواله .

الموجودات السريرية والنخرية : هناك خماسي مدرسي من الموجودات السريرية والنخرية يتكون من :

(١) قلة صفائح .

(٢) اضطرابات عصبية .

(٣) فقر دم انحلاي (اعتلال الأوعية الصغيرة) .

(٤) اضطراب كلوي .

(٥) حُمى .

أما ضخامة الطحال فهي ممكنة لكنها غير نموذجية . وتظهر فرغرية قلة الصفائح ، تقريباً وبشكل ملفت للنظر ، على كل الجسم متضمنة الجلد والأغشية المخاطية . والعرض المسيطر هو سلبية فقر الدم الانحلاي لكويمس يترافق مع تشدّد الكريات الحمر . أما القيم التي تظهرها اختبارات تخثر الدم فتبقى ضمن الحدود السوية .

المعالجة : إعطاء المصورة الطازجة المجمدة ، فصل المصورة واستبدالها بمصورة طازجة مجمدة . الأدوية المضادة للصفائح PGI_2 ، الأسبرين ، دي بيريدال . ويبلغ معدل الهجوع حوالي ٧٠٪ .

اضطرابات التوزع أو التخفيف

: Disorders of Distribution or Dilution

إن اضطراب التوزيع قد يكون سبباً في قلة الصفائح . وفي ضخامة الطحال الكتلية فإن أكثر من ٨٠٪ من الصفائح الجواله يمكن أن تتمركز في الطحال . وحيث أن الجمعية plooing لوحدها لا تؤدي عادة إلى قلة صفائح حاد فإن استئصال الطحال نادراً ما يستطب عند هؤلاء المرضى .

إن معالجة فقر الدم الشديد بنقل كمية كبيرة من الدم المحفوظ يخفف عدد الصفائح بشكل مرقى . وتفسر هذه الظاهرة بكون الدم المحفوظ محتوياً على صفائح معطوبة الحوية ، وأن التعويض بزيادة إنتاج الصفائح الداخلي المنشأ لا يتم بشكل حاد . وإن قلة الصفائح لا تنتج عن ضياع الدم بذاته في غياب نقل الدم .

قلة الصفائح الكاذبة

: Pseudothrombocytopenia

الأينفرين ، أو الكولاجين أو الترومين . وسبب هذا مرتبط بتأدي في ربط الفيبرينوجين إلى غشاء الصفائح ناجم عن خلل نوعي في المستقبل الغشائي (نقص أو شذوذ في البروتينات السكرية IIb/IIIa . أما التصاق الصفائح بما تحت البطانة فيكون سوياً .

التشخيص التفريقي : يجب أن تؤخذ متلازمة برنارد - سولير بعين الاعتبار . وهي آفة تنتقل بصبغي جسدي صاغر تتميز بما يلي :

- تطاول زمن النزف .
 - عدد الصفائح سوي أو ناقص بشكل متفاوت (!) .
 - فشل الصفائح في التصاقها مع ما تحت البطانة .
 - تكدس متأذي يحصل كاستجابة للريستوسيتين Ristocetin .
- وهناك احتمال آخر هو قصور مستقبلات سطح الصفائح لعامل فون ويللي براند (مثال : نقص في مركب البروتين السكري I) .

متلازمة فون ويللي براند - جورجيز [١٩٢٦] : Von Willebrand - Jürgens Syndrome

وتسمى بالناعور الوعائي .

التعريف : تأهب للنزف ذو انتشار عالمي واسع لكنه اكتشف أصلاً في جزر فينش أالاند Finnish Aland . والنزف موجود منذ الطفولة .

السميات : نقص في فعالية عامل التخثر الثامن مواز لنقص في المستضد المتعلق بهذا العامل أو مستضد عامل فون ويللي براند . وعيب في تكون سدادة الصفائح ناجم عن نقص التصاق الصفائح لما تحت البطانة .

الوراثة : ينتقل بصبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية والمخبرية : ميل للنزف يصاحبه نمشات أو كدمات أو وعاؤومات . تغيرات في المظاهر السريرية والمخبرية . الميل للنزف خفيف أو معتدل . وهناك نمطان لهذا المرض :

النمط الأول : نقص موافق في عامل التخثر الثامن وفي مستضد عامل فون ويللي براند .

النمط الثاني : شذوذ نوعي في مركب عامل فون ويللي براند يتظاهر في الرحلان المناعي المتصالب .

هي خداع مخبري يعود إلى استخدام مضادات التخثر (EDTA ، سيترات ، هيارين) في عد الصفائح ويؤدي تكس الصفائح المتشكل في الزجاج إلى نقص كاذب في عدد الصفائح . والدليل على أن قلة الصفائح كاذب هو عدم وجود نزوف لدى الفحص السريري ، ويؤدي فحص ملاحظة الدم تكدس الصفائح وتغيرات في تعداد الصفائح حين إجراء تعدادها الآلي .

كثرة الصفائح

: Thrombocythemia and Thrombocytosis

التعريف : زيادة في عدد الصفائح عن تعدادها الطبيعي (طبيعي ٤٠٠,٠٠٠/مل) حيث يزيد عددها عن ١,٠٠٠,٠٠٠/مل . وهناك شكلان لكثرة الصفائح : أساسي ومكتسب ، ويمكن أن يرافقها آفات مستبطنة .

الأمراض : كثرة الصفائح التفاعلية يمكن أن تكون ناجمة عن نقص الحديد ، والآفات الالتهابية ، والآفات الحبيشة ، اتصال الطحال ، والأدوية ، وإعادة التوزيع .. إلخ . كما تحدث كثرة الصفائح أيضاً في اضطرابات تكاثر النقي (كثرة الصفائح الأساسية ، كثرة الحمر الحقيقية ، تليف النقي ، ابيضاض نقوي مزمن) . ونجد عند بعض المصابين اضطراب تكاثر النقي ميل للتخثر أو النزف . وقد يحدث نزف على شكل حبرات أو وعاؤومات كبيرة .

خلل الصفائح الكيفي

: Qualitative Platelet Defect

اضطرابات وراثية أو وراثية غير شائعة في وظيفة الصفائح . ومن المحتمل أن الاضطرابات المكتسبة في وظيفة الصفائح أكثر حدوثاً في الواقع مما يكتشف سريرياً . وأنها تترافق في مجال واسع من التصانيف السريرية والأمراض والأدوية .

: Thrombasthenia

مراذفات : متلازمة غلانزمان نيجيلي (غلانزمان ١٩١٨ ونيجيلي ١٩٣١) .

اضطراب صبغي جسدي صاغر يؤدي إلى ميل للنزف معتدل الشدة ، يستمر طوال الحياة . زمن النزف متطاول بشدة كما أن انكماش الخثرة معيب . يكون عدد الصفائح سوياً لكنها تفشل في التكدس استجابة نحو ADP أو

اضطرابات وظيفة الصفائح المكتسبة

: Acquired Disorders of Platelet Function

تعد اضطرابات وظيفة الصفائح المكتسبة أكثر حدوثاً في الواقع مما يمكن تشخيصه سريرياً . لكن آلية حدوث هذا العيب أقل تحديداً مما نجده في الاضطرابات الوراثية للصفائح . وهي تضم :

– اضطرابات التصاق الصفائح ومثالها : اليوريمية Uremia ، تناول بعض الأدوية كالبروستاسكلين والذي يبريدامول .

– اضطرابات تأثير الصفائح للصفائح (اضطرابات التكدس) ناجم عن الفيبرينوجين (مولد الليفين) ، أو عن نواتج تحطيم الفيبرين (التخثر داخل الأوعية المنتثر ، تشمع الكبد ، المعالجة الحادة للفيبرين) ، أو وجود جزيئات كبيرة (نظائر بروتينات في ورم النقي المتعدد ، الأدوية مثل الدكستران) ، أو وجود أدوية أخرى (مثال : الصادات) .

– اضطرابات إفراز الصفائح (تحرر البنية الحبيبية للصفائح ، نقص خزن الجُميعة Pool) .

– الاضطرابات في تحرر الصفائح في ايضاض الدم ، وفي اضطرابات تكاثر النقي ، أو الناجمة عن تناول أدوية (مثل الأسبرين أو مضادات الالتهاب غير القشرية التي تثبط فعالية سيكلوأوكسيجيناز الصفائح ، والناجم عن الفشل في تكون ترومبوكسان A2) .

إن الخلل في وظيفة الصفائح يمكن أن ينجم أيضاً عن الحمية ، الهيسارين ، هيدروكسي كلوروكين ، ضوادر Antagonists الكالسيوم ، حاصرات بيتا .

اضطرابات التخثر

: Coagulation Disorders

عوزات ولادية يمكن أن توصف في معظم عوامل التخثر ، أهمها ما يلي :

– الناعور (الناعور المدرسي ، الناعور آ) أكثرها حدوثاً .

– الناعور ب ، داء كريستاس (بافلوفسكي ١٩٤٧) ، وكريستاس هو اسم أول مريض بهذا الداء .

– داء فون ويللي براند : Von Willebrand .

– خلل هيجمان Hagemann ، عوز العامل (XII) الثاني عشر (راتنوف وكولوي ١٩٥٥) .

– عوز العامل السابع (VII) .

– عوز العامل ١٣ (عامل تثبيت الفيبرين) .

ويمكن تقسيم اضطرابات التخثر المكتسبة إلى أربعة أقسام :

(١) عيب إنتاجي في تركيب الخلايا الكبدية .

(٢) اضطرابات محربة أو مستهلكة كما في التخثر المنتثر داخل الأوعية .

(٣) التثبيط بواسطة مضادات التخثر الجوّالة .

(٤) الشذوذات الناجمة عن نقل الدم بشكل كلي إلى المريض .

التخثر داخل الأوعية المنتثر Disseminated Intravascular Coagulation : (شارب ١٩٨٠)

المرادفات : اعتلال التخثر الاستهلاكي (Lasch : ١٩٦٥) متلازمة النزف الحثاري (Marx : ١٩٦٨) متلازمة إزالة الفيبرين ، التخثر داخل الأوعية مع حل الفيبرين (بوفي Bowie : ١٩٧٤) .

ومن المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن التخثر داخل الأوعية المنتثر ليس تشخيصاً بل هو عرض لأمراض متعددة .

الإمراض : يتضمن أمراض هذا المرض تنشيط جهاز التخثر ، وتوليد الترومبين ، وتفعيل الصفائح واستهلاكها بالإضافة إلى استهلاك مولد الفيبرين ، وعوامل التجلط الأخرى . وكظاهرة ثانوية ، فإن مكاثير الفيبرين وطبقاتها الصغرى وحتى مولد الفيبرين تنكص بآليات انحلالية . وإن ترسبات الفيبرين الحاوية على الصفائح المتشكلة في الدوران الصغرى وحتى عملية انحلال الفيبرين ينشطان لمنع تحرب النسيج .

ينشأ التحريض المباشر من الترومبوبلاستين أو من الحماثر الحالة للبروتين (سم الأفاعي) . يتفعل شلال التخثر ، ويتشكل الترومبين وترسب الفيبرين ، وتستهلك الصفائح ويتحطم النسيج . أما التحريض غير المباشر فناجم عن الالتهابات الداخلية أو عن معقد ضد مستضد .

يمكن تقسيم التخثر داخل الأوعية المنتثر إلى مراحل مختلفة :

المرحلة الأولى : تفاعل داخلي المنشأ تجاه الأذية أو المرض يقود إلى ارقاء سوئي = ترسب فيبرين و صفائح موضعي .

المرحلة الثانية : وتترافق بزيادة الفعالية الحالة للبروتين أو الفيبرين والتي ما زالت معاوضة بشكل عام وغير مترافقة بتخرب نسيجي شديد .

المرحلة الثالثة : وتوجد إذا حدث ترسب فيبرين و صفائح

عمومي أو مع حدوث اعتلال تخثري استهلاكي مترافق مع رجفة خلال أنيروتين . هذه المرحلة تترافق مع تخرب نسجي حصر ويرف أيضاً .

مرحلة أربعة : وهي مرحلة اللامعاوضة والنزوف الشديدة .

تشخيص : المعايير السريرية والدموية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار . كما يمكن اعتبار الآفة اختلاطاً لأمراض مختلفة ، وإن لتقييم السريري والتخثري المبكر يعد هاماً لوضع التشخيص قبل حصول التخثرات الصغيرة .

لوجودات السريرية : النزوف هي العلامة الرئيسية للمرض . وتشكل عام هناك فرغية وكدمات . ويمكن أن تشاهد قصورت في عدة أعضاء (الكلية ، الكبد ، العضلة القلبية) . وفي جدول (٢٣ : ٢) خلاصة للأمراض المؤهبة والتي يحدث تخثر داخل الأوعية المنتثر كاختلاط لها .

لوجودات المخبرية : نظراً لأن هذا المرض حدث دينامي فإن لوجودات المخبرية تتغير بسرعة ، وغالباً خلال ساعات قليلة وتبعاً للحالة الراهنة ، وعلى العكس تماماً من اضطرابات التخثر الوراثية . وعلى هذا فالفحوص المخبرية السلسلية تعتبر ضرورية :

تعداد الصفيحات ، الخضاب (فقر دم) ، تعداد البيض (يبيض الدم ، تذييفن الدم Toxinemia الداخلي) ، فحص صخة دموية (متلازمة كازاباخ - ميريت) : كلها فحوص ذات قيمة . وتعتبر الفحوص التالية استقصائية :

- زمن التروموبلاستين الجزئي .
- زمن الترومين .
- زمن البروترومين .
- مولد الفيرين .

بالإضافة إلى أن الإجراءات التالية يمكن أن تكون قيمة :

- عوامل التخثر .
- فعالية مضاد الترومين الثالث .
- نواتج تحطيم مولد الفيرين .
- مولد المصل .

اختبار رامبل - ليد *Rumple-Leede* : يجري الاختبار على قسم العلوي من الذراع أو القسم السفلي من الساق . يوضع كمة مقياس الضغط وينفخ لمدة ٣ - ٥ دقائق إلى ما دون نصف الانقباضي بقليل . ويعتبر الاختبار إيجابياً إذا ظهرت ندفات غشية تحت الكم أو في مناطق أبعد . لا ترى إيجابية هذا الاختبار في الاضطرابات البطانية الوعائية فقط وإنما تشاهد أيضاً في قنة الصفيحات واضطراب وظيفتها .

المعالجة : وتكون تبعاً للمرض المستبطن .

الجدول ٢٣ - ٢ : الأمراض المستبطنة التي يحدث فيها التخثر داخل الأوعية المتثر DIC

الأورام :	الأمراض الحمجية :
سرطانات ، غدومات	الرشاشات
ابيضاض دم	النزلة الوافدة وأخماج حُموية
ابيضاض سليفة النقي الحاد	أخرى
	البرداء
متوعات :	- المتصورة المنجلية
قصور كبد حاد - أمراض كبد مزمنة	التهاب السحايا
حروق	- المستدمية
انصبام شحمي	- المكورات السحائية
ورم وعائي عملاق	السل الدخني
- (متلازمة كاسباخ ميريت)	داء الببغاء
صدمة حرارة	حمى الجبال الصخرية البقعية
انخفاض درجة الحرارة	إنتان دموي
(التبريد)	- مطثية ولشي
ارتفاع توتر شرياني خبيث	- جراثيم سلبية الغرام
التهاب معشكلة حاد	- مكورات رئوية
فرغية	- عنقوديات
صدمة (قلبية المنشأ ، نقص حجم ، تأقية)	- عقديات
فقر دم منجلي	حمى تيفية
عضة أفعى	حمى صفراء
ذأب حامي مجموعي ، نقل دم ، رضوح شديدة	

اضطرابات التخثر الأخرى

: Other Coagulation Disorders

اضطرابات التخثر في آفات الكبد الحادة والمزمنة : بسبب الدور الكبير الذي يلعبه الكبد في التخثر فإن أمراض هذا العضو (التهاب كبد ، تشمع كبد) يمكن أن تقود إلى نقص في عوامل التجلط (مركب البروترومين) .

اضطرابات التخثر في اليوريمية Uremia : إن قصور الكلية الحاد أو المزمن يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نزفية (متلازمة اليوريمية الحادة للدم) . وتحدث نزوف من الأغشية المخاطية (رفاف ، نزف لثة ، التهاب معدة نزفي ، التهاب قولون) . فأعراض الكلية غالباً ما تترافق مع اضطرابات في الإرقاء (الصفيحات والتخثر مثال : التهاب كبيبات الكلى ، متلازمة كلالية ...) .

الأهبة النزفية عند حديثي الولادة : Hemorrhagic Diathesis of the Newborn

المرادفات : الداء النزفي عند حديثي الولادة .

الحدوث : نادر ، ويكون بعد الولادة مباشرة .

السيببات : هناك نقص في فعالية مركب البروترومين (طليعة الترومين) يصل من ٢٠ - ٤٠٪ من القيم السوية عند الكهول . حتى أن غشائياً شديداً يحدث عند الخدج يعود إلى عوز فيتامين ك عند الأم . علماً بأن الإنتاج المعوي الداخلي المنشأ للفيتامين ك يبدأ فقط بعد عدة أسابيع من الولادة .

الموجودات السريرية : نزف شديد في الجلد والجبل السري والمضلات ، أقياء دموي ، تغوط أسود ونزوف داخل القحف (شلل تشنجي) .

المعالجة : يعطى الفيتامين ك للمعالجة والوقاية .

فرغرية فرط غلوبولينات الدم : Hyperglobulinemia : Waldenström [١٩٤٨]

المرادفات : لمفوم الخلايا المناعية ، داء والدنستروم ، فرغرية فرط غلوبولينات الدم .

الحدوث : نادر ، ويصيب كبار السن بشكل خاص .

السيببات : اضطرابات في أجزاء البروتين المصلي لدى المصابين بالنقيوم والأدواء الرئوية وفي البارابروتينية . (نظائر البروتينات وحيدة أو عديدة النسيلة) . وفي ٣٠٪ من الحالات يمكن كشف إنتاج أضداد وحيدة النسيلة من الغلوبولين IgM .

الموجودات السريرية : الداء يمكن أن يكون مزمناً ، أو مزمناً إلى متقطع ، مع فرغرية صغيرة البقع تتوضع خاصة على الساقين . لا توجد نزوف في الغشاء المخاطي . اختبار رامبل - ليد إيجابي . هناك فرط غلوبولينات الدم ، فرط غاما غلوبولين الدم ، بارابروتينية وحيدة أو عديدة النسيلة ، مع زيادة كبيرة في سرعة التثفل (< ١٠٠ في الساعة الأولى) . ويحدث التهاب أوعية أرجي كاسر للكريات البيضاء Leukocytoclastics في النخاع عديد النسيلة .

متلازمة وترهاوس - فريديريكسن - Waterhouse Friderichsen Syndrome : [وترهاوس : ١٩١١ ، فريديريكسن : ١٩١٧]

المرادفات : إلتان خاطف بالمكورات السحائية ، عوز الكظر الحاد .

اضطرابات التخثر في نظائر بروتينات الدم (البارابروتينية) : الفرغرية هي شكل من تظاهرات نظائر بروتينات الدم Para-proteinemia وتحدث كفرغرية انتصابية على محيط الأطراف أو كوجود بروتينات قلبية في الدم بتأثير البرد . الآفات الفرغرية في هذا الداء لا تتفرح غالباً . النقيوم المتعدد غالباً ما يترافق مع اضطرابات في الإرقاء . وإن وجود نظائر البروتين يؤدي إلى « تغليف غشاء الصفائح » ناجم عن شذوذ وظيفي في الصفائح .

عوز الفيتامين ك Vit. K Deficiency :

إن عمل الكبد الصحيح وتكون الفيتامين ك وامتصاصه غير المضطربين يعتبر أساسياً في تكون بروترومين طبيعي . وإن اضطراب أعضاء مختلفة يمكن أن يؤدي إلى شذوذ في طريق تركيب البروترومين والتي تقود إلى اضطرابات في التخثر مع نقص في العوامل ٢ و ٧ و ٩ و ١٠ .

الحدوث : يحدث بوجود أمراض معوية و/أو كبدية مع استخدام أدوية مثل الصادات ، وخاصة تلك المستخدمة في معالجة اللاتلوث المعوي الاصطناعي .

السيببات : يحدث نقص امتصاص الفيتامين ك تالياً لإسهال دهني أو التهاب قولون تقرحي أو يرقان انسداد ، وذلك لأن هذا الفيتامين المنحل في الدم لا يتم امتصاصه عند المصابين بهذه الأمراض . كما أن نقص الفيتامين ك يمكن أن يحدث كنتيجة لعلاج طويل الأمد بالصادات والذي يؤدي إلى أذية النبيت الجرثومي المعوي المنتجة لهذا الفيتامين ، أو نتيجة سوء استعمال المليينات . كما أن تشمع الكبد ، وضمور الكبد الأصفر الحاد وأذيات الكبد السمية الأخرى غالباً ما تؤدي إلى نقص فعالية البروترومين . وهناك نمط مشابه من اضطرابات التخثر ينجم عن استعمال مضادات التخثر (وارفارين) .

الموجودات السريرية : تتضمن الصورة الوصفية حدوث يلة دموية ، ونزف منتشر في الأغشية المخاطية ، وتسرب دموي شديد داخل الجلد (كدمات) عقب أذيات تافهة ، ونزوف عضلية ومفصالية وفي أعضاء متنية Parenchymatous أيضاً . وإن النزوف العفوية يمكن أن تحدث إذا كان زمن البروترومين أقل من ١٠٪ .

السير : ويعتمد سير المرض على شدة المرض المؤهب (المستبطن) .

المعالجة : معالجة المرض المؤهب إذا كان ذلك ممكناً . تعطى بدائل الفيتامين ك أو مستحضر مركب البروترومين .

تعريف : اضطراب تخثر حاد نادر مع تذييف دموي داخلي شـ . نزوف ونخر وعائي علاوة على قصور الكظر .

حدوث : يحدث عند الأطفال خاصة ، وهو أقل شيوعاً عند البالغين في كلا الجنسين .

سببات : إثنان مع تحرر ذيفان داخلي من المكورات السحائية و *تعفودية والإشريكية القولونية* والزوائف *Pseudomonas* .
انتهاج أوعية إنتاني ، ظاهرة شوارتزمان – سانارييلي (يؤدي إلى خثرات مجهرية في أعضاء كثيرة منها غدد الكظر ، ويقود سرعة إلى التخثر داخل الأوعية المنتثر ، كما أن هناك نقصاً في لبروتين C .

للموجودات السريرية : إثنان بالمكورات السحائية أو الرئوية في طور حاد شديد يرافقه مظاهر الصدمة ، ونزف كظري مع ميل وإقياء مع اندفاعات فرغرية متناظرة تبدأ صغيرة ثم تكبر ، تحدث في الجلد والأغشية المخاطية وتترافق مع كدمات (فرغرية خضفة) . والمرضى قد يقود المريض من الصحة والعافية التامة إلى الموت خلال يوم وليلة (راجع الشكل ٢٣ - ٣) .

المسار : حاد ، يميت غالباً . البؤر النزفية تتفرح ثم تشفى مخلقة ندبات .

التشخيص : ويعتمد على وجود فرغرية وكدمات ، كثرة خمضات ، مظاهر الصدمة ، قلة عدد الصفائح في معظم حالات ، لكن هذا يعتمد على مرحلة التخثر المنتثر داخل لأوعية DIC ، يمكن عزل الجراثيم من البؤر الجلدية ، ومن الدم والسائل الدماغي الشوكي وأجراء اختبارات من أجل البروتين C .

المعالجة : مقاومة الصدمة ومكافحة الخمج . تعطي مضادات التخثر مع مقادير صغيرة من الهيارين بالاعتماد أيضاً على مرحلة التخثر المنتثر داخل الأوعية .

تحسيس الكريات الحمر الذاتية Autoerythrocyte Sensitization : [Diamond و Gardner : ١٩٥٥]

المرادفات : متلازمة التكدم المؤلم ، متلازمة غاردر – ديامونت ، وكان بالأحرى أن يصنف مع اعتلالات التخثر .

التعريف : ارتشاح التهابي مؤلم عفوي يتحول إلى كدمة خلال ٢٤ ساعة .

الحدوث : يحدث عند النساء خاصة وهو مرض نادر .

الإمراض : اعتبرت المتلازمة ولوقت طويل من أصل هراعي (هستريائي) ، كما درست على أنها حالة مفتعلة *Factitial* . ولقد تم الإقرار بتحسيس الكريات الحمر الذاتية عندما شوهدت علام شبيهة بما يحصل عند حقن الجلد بمعلق من

كريات حمر ذاتية . كما يعتقد أن الكدمات تنشأ من استجابة مناعية لغشاء الكريات الحمر .

الموجودات السريرية : تظهر تجمعات من ارتشاحات التهابية مؤلمة ، تتوضع بشكل رئيسي على الأطراف وقد تظهر على الجذع والوجه . تتحول هذه الآفات إلى كدمات خلال يوم وتشفى دون أن تترك ندبة خلال بضعة أيام . هذه الأعراض الجلدية تترافق مع أعراض مجموعية مثل الحمى ، والألم العضلي ، والصداع ، ومغص بطني مترافق مع نزف معدي معوي وبيلة دموية مجهرية أو عيانية .

التشخيص : تؤكد الصورة السريرية وكثرة إصابة النساء ، وشذوذات الكريات الحمر ، والتحريش على حدوث الكدمات بحقن الكريات الحمر الذاتية . أما المقارنة مع كريات حمر مراقبة لم تعد مستخدمة لإمكانية نقل الأنحاج الحموية .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الفرغرية المفتعلة .

المعالجة : لا شيء ، وتطبق عند الضرورة معالجات عرضية .

اضطرابات الإرقاء الوعائية

: Vascular Disorders of Hemostasis

تتضمن بعض اضطرابات الإرقاء كلاً من اضطرابات التخثر واضطراب الصفائح . والصورة الرئيسية هي تخرب وعائي يرافقه زيادة نفوذية الأوعية لمكونات الدم ينجم عنها الميل للنزف . وهناك أسباب محتملة للتخرب الوعائي منها : نقص الفيتامينات ، عوامل فيزيائية ، التهاب ، تفاعلات عدم تحمل وعائية ، تفاعلات أرجية ، اضطرابات استقلابية وشذوذات وعائية ولادية .

: Scurvy

التعريف : ميل للنزف في الجلد والأغشية المخاطية ناجم عن نقص الفيتامين C (ج) . ومنذ العصور الوسطى وحتى وقت قريب كان هذا المرض مهماً جداً بالنسبة للبحارة .

الحدوث : كان شائعاً وأصبح اليوم نادراً جداً ، ويغلب في حالات نقص التغذية وعند الكهول الغولين .

السببات : يؤدي عوز الفيتامين C (ج) إلى تركيب معيب في مطرق النسيج الضام وخاصة في تركيب عديدات السكار المخاطية . يؤدي إلى إنتاج غير كاف من النسيج الكلايجيني والغضروفي والعظام . أما التغيرات الوعائية فإنها تؤدي إلى زيادة نفوذيتها .

الموجودات السريرية : النزوف حول الجرايبية ، والأورام الدموية والنزف الشوي هي مظاهر الاضطرابات النزفية

متضمنة اضطرابات الوظيفة الوعائية . الأعراض المرافقة : فقر دم وكآبة .

المعالجة : (٣٠٠ - ٥٠٠ ملغ) من الفيتامين ج تعطى يومياً ولعدة أسابيع .

البشع الطفولي **Infantile Scurvy** : [Moellr : ١٨٥٩ و Barlow : ١٨٨٣]

المرادفات : داء مولر - بارلو .

التعريف : شكل من البشع يظهر في الطفولة (سن الرضاع) .

السيببات : نقص الفيتامين C (ج) . وهو لا يحدث عند أطفال يرضعون من ثدي أمهاتهم .

الموجودات السريرية : نزوف تمثية جلدية خاصة في العينين والأذنين والعنق ونزوف مخاطية في اللثة والحنك . وكذلك نزف في السيل البولي التناسلي ، يتظاهر بحد أدنى من البيلة الدموية . وهناك نزوف تحت سمحاقية مع تورم في الأنسجة الرخوة وخزل كاذب مميز .

المعالجة : الفيتامين ج .

متلازمة كاسباخ - ميريت

Kasabach - Merrit Syndrome : [١٩٤٠]

المرادفات : متلازمة الوعاؤوم بقلة الصفيحات ، فرقية قلة الصفيحات .

التعريف : فرقية قلة الصفيحات تظهر في الطفولة يرافقها ظهور أورام وعائية كهفية كبيرة .

الحدوث : نادر ، وتحدث بشكل رئيسي عند المولودين حديثاً والأطفال ، وتندر جداً عند الكهول .

الموجودات السريرية : تظهر أورام وعائية كهفية واسعة الانتشار على الوجه والجذع ، ومع تنمي هذه الوعاؤومات تحدث اضطرابات نزفية ليست فقط من منشأ وعائي (لمعات أوعية عملاقة) ولكن تعود أيضاً للتخثر المنتثر داخل الأوعية DIC . وتحدث الاضطرابات النزفية إذا تجاوز وزن الورم ١٠٪ من وزن الجسم . وبما أن التخثر المنتثر داخل الوعائي يصل إلى هذه السوية فإن التخثر السوي يصبح غير ممكن . وتظهر انصباب ونزوف حبرية على الجلد والأغشية المخاطية .

المعالجة : الوقاية من قابلية فرط التخثر ، قطع Resection الوعاؤومات .

الفرقية الشيخية **Senile Purpura** :

[Bateman : ١٨١٥]

الحدوث : شائع جداً ، تشاهد عند كبار السن مرافقة لضمور الجلد بعد تعرض مديد لأشعة الشمس ، وخاصة عند الأشخاص المعتادين على العمل وأذرعهم عارية ، في الهواء الطلق . وتحدث عقب رض خفيف ، (راجع الشكل ٢٣ - ٤) .

السيببات : يفترض وجود تغيرات تنكسية بسبب أذية الضياء لجدر الأوعية و" سج الضامة المحيطة (مران ضيائي أو شمسي) . ويمكن أن تشاهد مثل هذه النزوف في الفرعية الستيروئيدية الناجمة عن المعالجة المديدة بالستيروئيدات القشرية الجهازية أو الموضعية .

الموجودات السريرية : التوضع الرئيسي لهذه التغيرات اللاعرضية هو ظهر اليدين والسطوح الباسطة للساعدين عند كبار السن ، وهي بقع نزفية محمرة أو فرقية محددة بوضوح ، حجمها قريب من حجم القطع التقديمية أو أكبر ، هذه البقع يكسبها الهيموسيدرين المترسب اصطلياًغاً بنية بالتدرج . ويكون الجلد ضامراً ، رقيقاً ، معدوم الزهم وسريع العطب .

المعالجة : تأثير المعالجة مثار للتساؤل . يجب إيقاف المعالجة الكورتيزونية في الفرقية المحدثة بالستيروئيدات .

الفرقية الانتصاية **Orthostatic Purpura** :

[شولتز : ١٩٢٧]

المرادفات : فرقية الجلد المغر (Purpura jaune d'ocre) .

التعريف : نزوف تمثية في الأطراف من البدن والتي تتحول ثانوياً إلى تصبغات بنية مصفرة (مغرية) .

الحدوث : يتكرر حدوثها عند المصابين بقصورات وريدية مزمنة في السيقان .

السيببات : يحدث تسرب الكريات الحمر عبر جدر الأوعية ناجم عن ارتفاع الضغط السكوني المائي . ويتحول خضاب الدم المتسرب إلى هيموسيدرين ويتسرب في الجلد بالإضافة إلى إمكانية حدوث فرط تصبغ ملائي .

الموجودات السريرية : تظهر على أجزاء من البدن يكون فيها ضغط ركودي وهي السيقان بالدرجة الأولى ، وبشكل أقل في الساعدين ، حيث تبدو نزوف تمثية ترافق قصوراً وريدياً مزمناً أو أمراض القلب الوعائية . في البدء يتطور اصطلياًغ محمر ثم مصفر ، أو بني ضارب للصفرة أو بني - بنفسجي على شكل بقع يمكن أن تمتد إلى مسافات واسعة ، تقود إلى الصورة المتكررة لهذه الفرقية . وإن تغير اللون في الأقسام السفلية من الساقين تبقى ثابتة عادة .

المعالجة : تطبيق معالجة مُرشدة Rational ، ضماجات ضاغطة .
ينبغي تأثيرات الأدوية على نفوذية الأوعية في موضع الجدل .

دميوم الإصبع الانتبائي Paroxymal Finger Hematoma : [أشنباخ : ١٩٥٨]

مرادفات : سكة الإصبع ، الدميوم الانتبائي لليد ، متلازمة أشنباخ Achenbach .

التعريف : نزوف سكتية الشكل ، مؤلمة ، يرافقها أورام دموية على الأصابع أو الأبخس تحدث عند كبار السن وتنتج عن تمزق في الأوردة .

الإمراض : هشاشة موضعية وعائية ، تحرب جدر الأوعية رُجي المنشأ ، واضطرابات عصبية ذاتية ، سبق أن أتينا على ذكرها .

الموجودات السريرية : يحدث فجأة ورم دموي بشكل عفوي أو بعد أذية بسيطة مع ألم برقي على الأوجه العاطفة للأصابع ، وعادة على أصبع واحد أو على راحة اليد . والنساء في الغالب أكثر إصابة من الرجال . ويمكن مشاهدة أوراماً مشابهة على القدم . يكون الإرقاء طبيعياً ، ويمكن مشاهدة توسع وريدي في الفترات بين النوب . وخاصة بعد التمارين .

المسار : مزمن - ناكس . الظواهر المرضية تتراجع خلال أيام قليلة ، الإنذار جيد .

المعالجة : عرضية ، تجنب الكُرب Stress الآلي الشديد .

النزوف الصناعية أو المفتعلة Artificial or Factitial Hemorrhages :

يمكن إحداث النزوف بواسطة أذيات صناعية ، مثال : قرص الجلد المتعمد . يكون التوضع لا نموذجياً . والنزوف تشبه الهرس ويمكن مشاهدتها أيضاً على السطح الأمامي لثنيات الإبط وخاصة عند النساء ، وغالباً ما تنجم عن رضح آلي بسبب ضغط الملابس الضيقة أو شدّها .

الجلاد الصباغي - النزفي

: Hemorrhagic - Pigmentary Dermatoses

وهي اضطرابات تنجم بشكل عام عن آليات إمراضية متشابهة . يحدث النزف على أساس وجود تغيرات النهائية وعائية مزمنة يمكن إظهارها نسيجياً (التهاب شعيريات مزمن) ، والتي يمكن أن تكون مرئية في الأوردة والشرايين الصغيرة . في وقت لاحق يحدث ارتفاع في الضغط المائي - السكوني في أجزاء البدن التي تحدد الأماكن المؤهبة . وبعد تسرب الدم تتكون في النسيج الضام ترسبات الهيموسدرين البنية - المصفرة ، والتي

ترتشف بعد ذلك بواسطة البلاعم . كما يمكن أن نشاهد تفاعلاً جليدياً على شكل تبدلات إكزيمية بشروية وحكة مرافقة .

الفرفرية الحلقية بتوسع الشعريات Purpura Annularis Telangiectodes : [Majocchi : ١٨٩٦]

المرادفات : فرفرية ماجوشي ، داء ماجوشي .

الحدوث : نادر ، تصيب الرجال عادة بين سن ٣٠ - ٥٠ من العمر .

المسببات : تبدو الشريينات الصغيرة متضيقية بينما تكون الشعريات الواصلة للأدمة الحليمية متوسعة على شكل الأنبورة مؤدية إلى الانسلال والنزف . كما أن هناك التهاب شعريات مزمن إضافي ترافقه رشاحة حول وعائية مكونة من لمفاويات ومنسجات .

وتعتبر الأدوية العوامل المسببة الرئيسية كما في الفرفرية الصباغية المترقية . ومن غير الواضح الدور الذي يلعبه ارتفاع التوتر الشرياني وانخفاضه وكثرة العدلات في إمراض هذه الآفة .

الموجودات السريرية : تبدأ الفرفرية الحيرية بشكل متناظر على الساقين ثم تنتشر إلى القسم السفلي من الجذع والذراعين مع بقع من شعريات متوسعة حمراء اللون نقطية الشكل . وبسبب النمو النابذ تتحد على شكل بؤر ساعية أو حلقة . يكون لون البقع في البدء ، حمراء داكنة لكنها لا تلبث في وقت متأخر أن تتحول إلى بنية - صدفية أو بنية - مصفرة بسبب ترسب الهيموسيدرین . ويختفي مباشرة توسع الشعريات ويحدث ضمور جلدي خفيف وسط البؤر في بعض الأحيان .

المسار : يستمر الداء لعدة أسابيع ، أو أشهر أو سنوات دون إزعاج .

المعالجة : انظر الصفحات القادمة (تحت عنوان معالجة الجلاد الصباغي النزفي) .

الفرفرية المصبغة المترقية Progressive Pigmented Purpura : [Schamberg : ١٩٠١]

المرادفات : داء شامبرغ ، التهاب الجلد المصبغ المترقي ، فرفرية الكارباميد .

التعريف : جلاد فرفري ناكس مترق ومزمن ، ناجم عن نزوف نقطية على شكل بؤر بنية - برتقالية - مصفرة . وإن الأساس الذي يقوم عليه المرض يتفق مع ما وجدناه في الفرفرية الحلقية بتوسع الشعريات .

الحدوث : شائع ، ومحتمل في أي سن ويغلب إصابة كبار

السن ، الحدوث العائلي نادر ، وترجح إصابة الذكور .

الإمراض : التهاب شعريات مزمن مع رشاحة مكونة من خلايا لمفاوية ومنسجة ، وانسلال الكريات الحمر في الأدمة الحليمية والطبقة الشبكية العليا من الأدمة . ويتوقع أن ينجم عن تفاعل أرجي من النموذج المتأخر (نمط IV من تفاعل كومبس وجل) . وهذا أيضاً يمكن أن يفسر النتائج الإيجابية لاختبار الرقعة بالعوامل التي تحتوي على الكارباميد في الجلد المؤوف بعد إزالة أجزاء من الطبقة المتقرنة . وكما نعلم ، فالمركنات والمنومات غالباً ما تحتوي على الكارباميد . وهناك أدوية أخرى يمكن أن تكون مسببة لهذا الداء مثل الديازيبام أو الأدوية الحاوية على الميروبامات . فالجلادات المصطبغة يمكن أن تتطور بعد استعمال مديد للأدوية لكن الصلة الوثيقة مع الدواء لا تكتشف عادة ، وبالتالي قد يؤدي تناول قرص واحد إلى حدوث متلازمة غير مرغوب فيها من الناحية التزويقية .

كما يمكن أن تنتج الفرفرية عن أدوية أخرى ، والأطعمة ، ومُضافات الأطعمة ، واستنشاق المستضدات (غبار المنزل ، غبار مضيف السوس) والتماس مع المستأرجات (أنسجة مصبوغة) ، وعلى الأخص الملابس الصوفية . وأخيراً فإن أمراض الكبد المزمنة يمكن أن تكون تفسيراً مقبولاً بالرغم من أن الصلة الإمراضية لم تتضح بعد . ومن المعروف أيضاً ترافق المرض أحياناً مع اضطرابات استقلاب البرفيرين الكبدية : فرفرية البرفيرين (Ippen و Goerz و Brüster : ١٩٦٥) . كما كنا قد أشرنا إلى اضطرابات في وظيفة الصفائح .

الموجودات السريرية : تبدأ الآفة عادة بشكل متناظر على الساقين وتنتشر بشكل تدريجي إلى الفخذين والبطن والطرفين العلويين . وتظهر على شكل بقع حمراء - بنية غير منتظمة الأشكال ، مختلفة الأحجام مع حبرات مبرقشة الحواف (تشبه ورق الفلفل الحريف - الفلفل الأحمر) وهي لا تختفي بالضغط (مقياس الشفافية) . تصفر هذه الآفات مع الزمن ثم تشحب ، وقد يحدث ضمور عرضي عابر ، (راجع الشكل ٢٣ - ٥) .

التشريح النسيجي المرضي : يكشف التشريح النسيجي المرضي عن التهاب أوعية مزمن في الأدمة الحليمية وتحت الحليمية مع رشاحة لمفاوية ومنسجة حول الأوعية يرافقها تسرب الكريات الحمر وبلاعم الحديد . ويكون تفاعل الحديد إيجابياً .

التشخيص : باعتبار أن الآفة ظاهرة أرجية أو تفاعل عدم تحمل فمن المهم إجراء اختبار الرقعة Patch Test على كل الأدوية المشبوهة . ويكون اختبار الرقعة أحياناً إيجابياً في مناطق الجسم

الركودية (أسفل الساق) أو بعد كشط شريط سماكة نصف الطبقة المتقرنة .

المعالجة : انظر الصفحات القادمة تحت عنوان « معالجة الجلاد الصباغي - التزفي » .

التهاب الجلد الحزازاني الفرفري المصطبغ **Purpuric Pigmented Lichenoid Dermatitis :** **[Blum و Gougerot : ١٩٢٥]**

المرادفات : الفرفرية الحزازانية ، التهاب الجلد الحزازاني الفرفري والمصطبغ .

التعريف : جلاد نزفي مصطبغ من نموذج الفرفرية المصطبغة والمترقية والمترافقة بمحطات حزازانية . وهو مرض كبار السن .

الإمراض : شبيه بالفرفرية المصطبغة المترقية ، علاوة على أنه يقود إلى تبدلات بشرية أكثر شدة مع رشاحة النهائية ، وتشكل حطاطات أو لويحات حزازانية ، (راجع الشكل ٢٣ - ٦) .

الموجودات السريرية : أكثر ما تظهر على الساقين ، وأقل شيوعاً على الجذع مع طفق شبيه بالفرفرية المصطبغة التزفية . ونجد ضمن البؤر المصطبغة النازفة حطاطات كثيفة حزازانية مسطحة ، يحجم رأس الدبوس . تكون حمراء في بادئ الأمر ثم تصبح بنية اللون إلى أرجوانية . وتتحدد شدة اللون بترسب الهيموسدرين . كما يمكن أن تظهر مناطق حزازانية مصطبغة نزفية محددة ذات توسف خفيف . وعندما تحدث الحكمة فإن تكون الحطاطات يمكن أن يكون ناجماً عن تحديش بؤر الإصابة أو التحرز الثانوي .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الحزاز الذهبي .

المعالجة : انظر الصفحات القادمة تحت عنوان ... (معالجة الجلاد الصباغي التزفي) .

الفرفرية الشبيهة بالإكزيما Eczematid-Like Purpura : **[Kapetanakis و Doukas : ١٩٥٣]**

المرادفات : الفرفرية الحاكة ، التهاب الأوعية الجلدية الحاك المنتشر .

التعريف : جلاد حاك مصطبغ ومترق ذو وسوف نخالية الشكل وآفات متثرة وخاصة على الطرفين السفليين لدى الذكور كبار السن .

الإمراض : كما في الفرفرية المصطبغة المترقية ، تبدو إصابة البشرة واضحة على شكل تسفنج وشواك تفاعلي معتدل مع

وهو تقرن سويً وخطل تقرن . يشك بوجود محرّض خارجي (حساسية الشمس) حيث يشك باحتكاك الثياب .

الموجودات السريرية : التوضع المفضل على الساقين ويمكن أن يجمع على الجذع ، كما تشاهد بؤر متعددة بوضعية شبيهة بالعمى . كثرية تصل إلى حجم قطع النقود ، تأخذ لوناً بنياً مائلاً إلى الصفرة تكسوه وسوف نخالية ، وتشاهد حبرات تشبه عثة البزغوث . كما يلاحظ ارتشاح خفيف يرافقه حكة معتدلة .

التشخيص التفريقي : يميز عن الطفح الدوائي النزفي .

علاج الجلادات الصبغية النزفية **Treatment of the Hemorrhagic – Pigmentary Dermatoses**

كل أشكال التي ذكرت من الجلادات الصبغية النزفية غير مبدية عموماً ، غير أنها تشكل معضلة تزويقية كبيرة . كما أنها جميعاً مقاومة جداً للمعالجة . وإن التعرف على العامل المحرّض ، ومن ثم تجنبه يعد أمراً بالغ الأهمية ، علاوة على معالجة المرض المتضمن (المؤهب) . كما يجب العمل على التخلص من حالات الاحتقان في الطرفين السفليين التي تعمل على إحداث جلاد . مثلاً : وضع أربطة ضاغطة يمكن أن يكون نافعاً .

حساسياً : في الحالات الشديدة تعطى الستيروئيدات القشرية السكرية بجرعات مخفضة (٢٠ - ٤٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعده) وذلك لمدة قصيرة ، لكن تأثيراتها ليست سوى مؤقتة للمرض Morbidostatic . أما الأدوية المسماة بالمقوية للأوعية Vessel – Sealing drugs (مثل الروتين ونيتامين ج) أو حمض النيكوتين (٥ - ١٠٠ ملغ ، ٣ مرات يومياً) فلم يبرهن على فعاليتها بشكل ثابت .

موضعيّاً : إن استعمال الستيروئيدات القشرية الخفيفة على شكل كريم Cream ولفترة قصيرة غالباً ما تعطي تحسناً ملحوظاً .

الحزاز الذهبي Lichen Aureus

[Martin : ١٩٥٨]

الترددات : الحزاز الفروري [Haber : ١٩٦٠] .

التعريف : جلاد نادر يتميز بتطور مجموعة من حطاطات حزازية فرورية في منطقة صغيرة محددة من الجلد .

الحدوث : نادر ، ويغلب حدوثه عند الكهول Adults ، (راجع الشكل ٢٣ - ٧) .

الإمراض : السبب غير معروف ، وليس لهذا المرض صلة واضحة مع الحزاز المسطح أو الركودة الوريدية . ولقد سجل

وجود وعاء مغذٍ تحت مكان الإصابة عند قليل من المرضى . وإن وجود رشاحة لمفاوية ومنسجة مع تسرب كريات حمراء وترسب الهموسدرين في بؤر الاندفاعات تفترض إلحاق الحزاز الذهبي بمجموعة الجلادات الصبغية النزفية . كما افترض إمكانية تحريض آفات هذا الداء بالأدوية .

الموجودات السريرية : مجموعة من حطاطات حزازية ، وحيدة الجانب ، غالباً ما تتوضع على شكل قطع شبيهة بالنطاق ، مفضلة التوضع على الساقين مع احتمال توزيعها في أي مكان من البدن ، ودون أن تسبقها اضطرابات ما في أي مكان على الجلد . وهي تشبه الكدمة فتكون بلون أرجواني ، أو بني محمر أو ذهبي ، وهي ذات حدود واضحة تميزها عن الجلد السوي . وتحاط هذه الحطاطات الحزازية غالباً بنطاق محمر أو مصفر خفيف .

الأعراض : أحياناً توجد حكة لا يؤبه لها ، لكنها قد تؤدي إلى تحزز طفيف .

التشريح المرضي النسيجي : تتميز الآفات الحطاطية الحزازية الحادة بوجود بشرة سوية ، وفي بعض الأحيان يلاحظ تسرب خلوي متميز ورشاحة خلوية شريطية ، لمفاوية ومنسجة ، تتوضع في الأدمة العليا حول الأوعية الدموية . هذه الرشاحة تبدو منفصلة تماماً عن البشرة بطبقة من النسيج الضام السوي ، وتشاهد بعض الأوعية الدموية الصغيرة متورمة البطانة ، وهذا قد يسد لمعة الوعاء ويؤدي إلى تسرب كريات حمراء . تشاهد الكريات الحمراء حرة في النسيج ، أو أن تشاهد الهموسدرين بعد تحول الخضاب ، والذي نجده أيضاً ضمن البلاعم (بلاعم الحديد Siderophages) .

المسار : مزمن لأشهر أو سنوات . يشاهد بعد ذلك شفاء عفوي دون أية ثمالة عند بعض المرضى .

التشخيص التفريقي : عند توزيعه على الأطراف السفلية يجب تمييزه عن التهاب الجلد الحزازي الفروري المصطبغ ، كما يفرق أيضاً عن الاندفاعات الدوائية .

المعالجة : تجنب تناول الأدوية المثمة . وعند الحاجة تطبق موضعياً المستحضرات الستيروئيدية القشرية ذات الميعار الخفيف .

الفرورية الناجمة عن اعتلالات الأوعية الأرجية

Purpura Due to Allergic Vasculopathies

وهي تغيرات التهابية في الأوعية الصغيرة وخصوصاً في الوريدات ما بعد الشرعيات تؤدي إلى زيادة النفوذية في جدار الأوعية وبالتالي إلى النزف . وإن التأثير المباشر للآليات الأرجية

واضح تماماً في جدر الأوعية . وفي الحالات الخاصة من التهاب الأوعية بمعقد مناعي ، يمكن إظهار ترسبات ذلك المعقد المناعي على جدر الأوعية وما حولها بسبب تكسر الكريات البيض . وإن العوامل التي تحدد مواضع التأهب غير مفهومة بشكل كامل حتى الآن .

الفرغرية الرثوية *Purpura Rheumatica* :

[Schönlein : ١٨٣٢ و Henoch : ١٨٦٨]

المترادفات : التهاب الأوعية الأرجي - النخط النزفي ، التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض ، الفرغرية التأقانية ، التهاب الأوعية بمعقد مناعي ، فرغرية شونلاين - هينوخ .

التعريف : هو الصورة السريرية الوصفية لالتهاب الأوعية الأرجي مترافقة مع نزوف حبرية ، يشارك ذلك غالباً تورم مفاصل مؤلم ، وأعراض معدية - معوية والتهاب كلية .

الحدوث : أكثر شيوعاً في الأطفال بين العمر ٤ - ١١ سنة ، واليافعان أكثر من البالغين ، وتكثر فيها إصابة الذكور . ويبدو أن المرض أكثر حدوثاً في فصل الشتاء .

السميات : تم مناقشة عدة عوامل ، هناك التهاب أرجي مفرط التبيغ كاسر للكريات البيض يصيب الشعريات والوريدات في الأدمة العليا . تتطور المتلازمة على أساس تعدد العوامل المسببة عند أشخاص مفرطي الحساسية . مثال : بعد خمج بالعقديات . ويمكن أن تكون الأحماس الأخرى والأدوية ومواد غذائية ذات أهمية أيضاً . وهناك في أحوال كثيرة مزيج من أديات خمجية ودوائية . كما يتداخل تفعيل المتممة وعوامل التصاق الصفائح وتحلل المستامين ووسطاء آخرين ، وترسب معقدات مناعية في حدوث الفرغرية .

الموجودات السريرية : يظهر الطفح غالباً بعد فترة كمون من ١ - ٢ أسبوع بعد إصابة بجمج (التهاب لوزات بالعقديات) ، إذ تبدأ الإصابة بوهن وصداع وحمى معتدلة يرافقها آلام مفصلية رثوية وآلام بطنية . والفرغرية الرثوية طفح متناظر يغلب ظهوره على الساقين وقد يمتد إلى أي مكان على الجلد ، إلا أن الوجه والسطوح الانعطافية والمفاصل الكبيرة والراحتين والأخصص لا تصاب عادة . والآفات النموذجية هي اندفاعات النهاية نزفية حبرية بحجم رأس الدبوس وحتى حجم قطعة النقد المعدنية ، وهي تمر عبر تغيرات اللون المميزة التي تطرأ على تدرك الصباغ الدموي مع ترقى المرض . ألم المفاصل المتعدد شائع ، كما أن الطفح يتراجع خلال ١٠ - ١٤ يوماً ولا تتأذى الحالة العامة للمريض خلال السير الكامل للمرض .

في الحالات الوحيدة للمرض تتعدد أشكال التغيرات إذ تبدأ

على شكل بقع النهاية ذات حدود صريحة ، بلون زهري إلى أحمر - مزرق . ثم تصبح بقعاً نزفية بقطر ٣ - ١٠ ملم . وهذه يمكن أن تصبح شروية وقد تحك أيضاً . ثم تتطور بعد ذلك متحولة إلى حطاطات شروية حمراء غامقة وحويصلات وثفافات نزفية . هذا وإن التقرح ممكن أيضاً . ويمكن للأغشية المخاطية أن تبقى سليمة . أما الشكوى من ألم المفاصل فتكون بارزة وخاصة مفصلي الركبة والكاحل . وتحدث المفاصل المؤلمة المتورمة بسبب النزوف حول المفاصل وهذه الحالة تترافق مع دعت شديد .

فرغرية البطن (هينوخ : *Henoch*) : وتصف بنزف معدي معوي وألم ماغص حاد في منطقة مسراق المعدة ، وقياء الدم قد يرافقها غوط مخاطي مدمى . هذا المظهر البدئي يوحي بحالة بطن حادة . وقد يحدث انغلاف معوي عند الأطفال كما قد يحدث التهاب كيبات الكلى البؤري أو المنتشر الحاد . وبالرغم مما يبدو من خطورة الأعراض فإن الشفاء هو القاعدة في هذه الآفة ، لكن قلة من المرضى يحدث عندهم قصور كلية مزمن . ويحدث لوي *Torsion* احتشائي في الاختبارات ، وقد نشاهد نكساً نموذجياً خلال أيام أو أسابيع . ويمتد سير الحالات الخفيفة من ٤ - ٥ أسابيع أما الحالات الوحيدة فيمكن أن تستمر لأكثر من شهور عديدة .

الفرغرية الخاطفة (هينوخ) : وهو مرض وخيم بشكل خاص ، يغلب حدوثه في الطفولة . هناك أذية شعريات وخيمة جداً بسبب التهاب أوعية إنتاني من غط شورانزمان - سانريللي *Shwartzman - Sanarelli* . وتحدث نزوف شديدة لا تقتصر على الجلد وإنما تحدث أيضاً في الأعضاء والنسج الداخلية . هذه النزوف لا يمكن تعويضها بنقل الدم . والموت هو النتيجة غالباً بسبب النزف الداخلي .

التشريح المرضي النسجي : هناك تورم في البطانة الوعائية وتنكسها يترافق مع نخر فيبريني الشكل في جدر الأوعية ورشاحة غزيرة حول الأوعية غنية بالكريات البيض العذلة والحمضنة مع وجود شدف من نوى الكريات البيض المتلاشية ، وتسرب الكريات الحمر . كما أن ترسبات من الغلوبولينات المناعية (*IgA* و *IgG*) ومكونات المتممة (*C3*) يمكن رؤيتها في الجدر الوعائية بالفحص بتقنية الومضان المناعي المباشر .

المسير : الشفاء عادة في الفرغرية الرثوية ، أما الفرغرية الخاطفة فهي عادة مميتة بسبب النزف الداخلي . تستمر الهجمات عادة من ٣ - ٧ أسابيع وقد تنكس لسنوات . وإذا ما أصيبت الكليتان فمن المحتمل حدوث التهاب كيبات الكلى مزمن .

إكزيمة الساقين يمكن أن تصبح نزفية : (إكزيمة التماس النزفية) . ومثلها أيضاً ، فإن تناول بعض الأدوية عن طريق الفم أو المحقونة بالعضل أو الوريد يمكن أن تؤدي إلى طفوح دوائية نزفية ، مع أنه من الصعب إثبات الصلة السببية . كل الأدوية غير الضرورية للحياة يجب إيقافها عند التعرض المتكرر لمثل هذه الظواهر . وما يزال اعتبار الاضطرابات العصبية الوظيفية المستقلة Autonomic كعوامل إمرضية عند المصابين بالتزوف الجلدية أمراً مثيراً للجدل .

أمراض الانصمام الخثاري

: Thromboembolic Diseases

إن أمراض الخثرات والمظاهر السريرية لاضطرابات الانصمام الخثاري عنت بها فصول أخرى من هذا الكتاب . ويعتبر الأكثر أهمية من هذه الأمراض خثرات الوريد العميق في الساقين والصمات التي تنشأ هناك . (انظر الفصل ٢٢ - التهاب الوريد الخثاري) .

التشخيص : ويعتمد على نقص مقاومة الشعريات ، وإيجابية اختبار راميل - ليد ، وتطول زمن النزف ، وفقر الدم ناقص الصبغ المترافق مع كثرة الحمضات ، لا يوجد تغير في عدد نصفيحات ووظيفتها ، زيادة سرعة التثفل مع زيادة في نغاماغلوبولين وعيار الستريتوليزين . ومن المهم تحليل البول أيضاً للكشف عن البروتين والكريات الحمر ، وتحليل البراز للكشف عن الدم .

المعالجة : الراحة في السرير مع إعطاء الستيروئيدات القشرية نسكية عن طريق الفم بمقادير عالية . ويعطى البنسلين في خمج نعتديات ، وتحديد الدواء المؤذي ، وإزالة بؤرة الالتهاب . أما تأثير ما يسمى بالأدوية المقوية للأوعية Vessel - Sealing (الروتين ، روتين ج) فلم يثبت بعد .

ظاهرة النزف الوعائي العرضي في الجلد Symptomatic

: Vascular Hemorrhagic Phenomena in the Skin

التهاب الجلد النزفي بالتماس والطفح النزفي الدوائي ظاهرتان غير نادرتين . ومن الصعب غالباً كشف السبب لازدياد نفوذية الوعائية على الرغم من أن العوامل الفيزيائية مثل زيادة ضغط المائي السكوني تلعب دوراً بشكل ما . وهكذا فإن

الفصل الرابع والعشرين

أمراض الأوعية اللمفية

Diseases of the Lymphatics

د . وليد حناوي

الوذمة اللمفية البدئية Primary

: Lymphedema

الوذمة اللمفية البدئية الوراثية Hereditary

: Primary Lymphedema

يمكن أن تكون الوذمة اللمفية البدئية الوراثية وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب .

الوذمة اللمفية ، غط نون – ميلروي Lymphedema, Milroy

Nonne 1891, Milroy] Nonne – Milroy Type

: [1892

المرادفات : الوذمة اللمفية الولادية الوراثية ، داء الفيل
الولادي الوراثي ، الوذمة الاختنائية .

التعريف : هي وذمة الساق اللمفية الوراثية .

الحدوث : المرض نادر جداً . ويحتل انتقاله بصبغي جسدي
سائد ، وتظهر الإصابة عند الولادة ويصيب الفتيات غالباً أكثر
مما يصيب الذكور ، وإن خلل تنسج الأوعية اللمفية فيه
موضوع قابل للجدل .

الموجودات السريرية : يحدث الداء على القدمين وأسفل
الساقين بشكل متناظر أو في جانب واحد فقط ، وفي البداية
تكون الآفات بشكل تورمات غير مؤلمة عجيبة القوام تحدثها
وذمة ارتشاحية ، وتلتئم أخيراً عبر تليف النسيج الفاعلة ،
ولذلك لا تحدث وهدة Pit بالضغط على هذه التورمات . ومن
ناحية نموذجية ، لا تتجاوز الوذمة الناحية المغبنة .

التشريح المرضي النسجي : غير نوعي ، ويصعب جداً إيجاد
الأوعية اللمفية في المقاطع النسجية بعد الإسجاء Embedding
والتلوين الروتيني ، كما يوجد تليف خلوي في الوذمة اللمفية
الشديدة .

الأعراض : شعور بالثقل ، تحدد الحركة إضافة إلى المشاكل
الجمالية .

المسار : غالباً ما يكون تردي الحالة مرافقاً للبلوغ .

المعالجة : عرضية . ويمكن تجربة الأنواع الجيدة من العصائب
الضاغطة (III و IV) .

الوذمة اللمفية ، غط ميج [Meige 1898] :

التعريف : الصورة السريرية فيها مشابهة لتلك الصورة في
الوذمة اللمفية ، غط نون – ميلروي Nonne – Milroy ،
ولكن يتأخر حلوثها .

يتحدد توضع أمراض الأوعية اللمفية حصراً على الأطراف
السفلية غالباً ، ويقل شيوعها على الأطراف العلوية ، والجذع ،
والرأس . وتعتبر الوذمة اللمفية الدليل المرئي على تخريب الأوعية
اللمفية . ويمكن تقسيم الوذمة اللمفية إلى وذمة لمفية بدئية
وأخرى ثانوية .

التعريف : تنشأ الوذمة اللمفية عندما تقل قدرة النقل في النظام
الوعائي اللمفي إلى المستوى الذي يصبح فيه عودة الامتصاص
ونقل حمولة البروتين اللمفي غير ممكن أو غير كافٍ .

الوذمة اللمفية البدئية Primary Lymphedema : قد تتحدد
هذه الوذمة بشكل وراثي أو مكتسب ، وهي غير شائعة نسبياً ،
وقد تحدث وحيدة أو ثنائية الجانب ، وتبدو تظاهرات
الشذوذات البنيوية للأوعية اللمفية عادة حتى في المرضى
اليافعين .

الوذمة اللمفية الثانوية : ليس لهذه الوذمة أصل وراثي ، ويمكن
أن تحدث وحيدة أو ثنائية الجانب ، وهي شائعة نسبياً ،
وتصيب الكهول بشكل رئيسي ، والأسباب في الوذمة اللمفية
الثانوية مختلفة وعديدة : التخريب النسجي التالي للجراحة أو
الرضوح ، أو الأورام ، أو التهابات الجهاز اللمفي والوريدي ،
أو أخماج الجلد وتحت الجلد بالجراثيم ، واللولبيات ، والفطور ،
والديدان .

الموجودات السريرية : يعتبر زيادة محيط القسم المصاب من
الجسم مظهراً سريرياً هاماً في الوذمة اللمفية المزمنة . في البداية ،
تحدث وهدة Pit بالضغط على التورمات ، وأخيراً يحدث تليف
فعال في هذه التورمات ، ولا يمكن للجلد أن يرتفع بعد ذلك
(علامة ستيمر Stemmer sign على الأباخس) . والعلامات
الأخرى للوذمة اللمفية المزمنة هي : الورام الحليمي الاحتقاني ،
فرط التنسج البشري ثلولي الشكل ، فرط التصبغات ،
وتبدلات الأظفار الثانوية كحثل الأظفار ، انعقاد الأظفار ،
خلل لون الأظفار Onychodyschromasia ، ونمو الأظفار
البطيء . ولا تصاب العقد اللمفية الناحية عادة .

المحدث : تظهر الوذمة اللمفية في البداية عند سن البلوغ ، ويشيع حدوثها في الإناث أكثر بمرتين من الذكور .

الأسباب : غير معروفة ، وسجلت حالات عائلية وانتقالها صغي جسدي سائد أو صاغر .

الموجودات السريرية : وتظهر بوذمة لمفية كما في غط نون - ميروني بالإضافة إلى المظاهر الأخرى التالية : توقف النمو ، قصور جنسي ، صغر الرأس ، تخلف عقلي ، سمّة الوركين ، وتغخذين ، تغيرات في الأوعية الدموية حتى درجة وعاءومات الدموية ، اصفرار الأطفال أو حثلها (يمكن ترقيها مع متلازمة الظفر الأصفر) ، إطراق (تدلي الأجفان) Eyelids Ptosis ، ازدواج الأهداب وانقلابها Distichiasis ، وركود الصفراوي المعاد داخل الكبد . ويمكن أن تظهر عيوب في ميناء الأسنان ، وتغيرات لونية في الأسنان في هذا ناء ترافق مظاهر الركود الصفراوي . ويحدث الركود لصفراوي حكة شديدة ؛ وفي الهجمات يصاب الجلد بـ يرقان .

المسير : معاد مزمن ودون أن تشفى الوذمة اللمفية .

المعالجة : كما في الوذمة اللمفية غط نون - ميلروي .

متلازمة أولريخ - تورنر - Ullrich - Turner Syndrome [Ullrich 1930, Turner 1938]

تظهر هذه المتلازمة النادرة في المرضى ذوي الكروماتين نسلي والذين ينقصهم الصبغي الجنسي (XO + 45) . تكون قامات هؤلاء المرضى قصيرة ، وأطوال الكهول منهم أقل من ١٤٥ سم ، ويكون النمط الظاهري لهذه المتلازمة أنثوياً ويتميز بطفالة جنسية وضهي بدني . ومن المدهش سريريا ، وجود الظفرة (الجلد المنح) في منطقة العنق . وغالبا ما ترافق هذه المتلازمة بوذمة لمفية ولادية على ظهر اليدين والقدمين . وبشكل مغاير للوذمات اللمفية البدئية الأخرى ، تتصف هذه لوذمة اللمفية بتراجعها في الكهولة المبكرة ، وتتضمن المظاهر لأخرى التالية : صدر يشبه الترس مع حلقات متباعدة ، مرفق رُوح ، قصر السنح الرابع ، حثل الأطفال ، زيادة عدد لوحات المصطبغة ، شذوذات كلوية ، نقص حديد المصل ، ونقص السم .

الوذمة اللمفية البدئية غير الوراثية : Nonhereditary Primary Lymphedema

الوذمة اللمفية الولادية الأساسية : Essential Congenital Lymphedema

التعريف : شكل لا عائلي من الوذمة اللمفية الولادية .

الأسباب : غير معروفة .

الموجودات السريرية : يمكن أن تصاب الساقين معاً أو ساق واحدة . ومنذ الولادة ، يكون الطرف متورماً وجاسماً Indurated . وفي بعض الحالات ، يتوضع الورم على القدم أو الريلة ، غير أن الساق تتضخم كلها عادة .

الوذمة اللمفية الغامضة غير الوراثية وغير الولادية :

التعريف : وتشمل جميع الأشكال من الوذمة اللمفية ذات الأسباب غير المعروفة والتي تكون غير وراثية وغير ولادية .

المحدث : ويعتبر الشكل الأكثر شيوعاً من الوذمة اللمفية ، يبدأ المرض بين عمر ١٠ سنوات و ٢٤ عاماً (الوذمة اللمفية المبكرة L. Praecox) ولكنها أقل شيوعاً في الكهول الأكبر سناً (الوذمة اللمفية الآجلة L. Tardum) ، كما وتشيع الإصابة لدى النساء أكثر منها عند الرجال .

الموجودات السريرية : في الهجمة الأولى ، يبدى المرضى تورماً في القدم أو في الكاحل ويزداد هذا التورم في الصيف أو قبيل الحيض أو في الحمل ، ويمتد من المناطق القاصية إلى الدانية خلال أيام أو شهور أو حتى سنوات . وفي المراحل المتأخرة ، لا تتناقص الوذمة اللمفية بعد رفع الطرف . وتضاعف الحمرة من سير المرض عادة . وفيما بعد ، تحدث التبدلات المتناوبة الثانوية في الجلد . وكما في الشكل الولادي الأساسي ، فإن الوذمة اللمفية ترافق بتشوهات أخرى وخاصة تشوهات الجهاز الوعائي .

التشخيص : ويتم التشخيص سريريا ، يبدى تصوير الأوعية اللمفية لا تنسجاً في الأوعية اللمفية الكبيرة .

المعالجة : عرضية .

المعالجة الجهازية : المدرات .

المعالجة الموضعية : تطبيق العصائب الضاغطة من صنف III ، IV ، والانتقاء من الحمرة .

الوذمة اللمفية الثانوية : Secondary Lymphedema

إن منشأ الوذمة اللمفية الثانوية قد يكون التهاياً أو غير التهاى ، ويعزى إلى الاحتقان . والدليل إلى التشخيص التفريقي موجود في الجدول ٢٤ - ١ .

التهاب الأوعية اللمفية الحاد : Acute lymphangitis

يبدو التهاب الأوعية اللمفية الحاد على شكل احمرار في الجلد وإيلامه المستمر غالباً ، وعلى امتداد الطرق اللمفية . ويحدث في

أحتاج الجلد الجرثومية العديدة ، و يترافق مع الجلادات الحمجية المستبطنة ، وتعالج الحالة بحسب العامل المسبب .

داء الفيل Elephantiasis :

التعريف : داء الفيل عبارة عن تورم مشوه في أقسام من الجسم ويعزى إلى الانسداد اللمفي المزمن ، وإلى إطباق الأوعية اللمفية ، وإلى الالتهاب المليف الفعال الذي يترافق بتكاثر النسيج الضامة (تليف ، جسوء ، تصلب الجلد) .

الموجودات السريرية : في الهجمة الأولية تحدث الوهدة بالضغط على التورمات ، ولكن بازدياد التليف وتشكل ألياف الكلاجين ، يصبح الجلد صلباً (ثخن الجلد Pachyderm) . ويزداد الورم باستمرار حتى يصبح في النهاية ضخماً ، ويشاهد داء الفيل غالباً في الساقين . وعلى أية حال ، قد تصاب مناطق الجلد الأخرى وتشمل الأعضاء التناسلية (الصفن ، القضيب أو الأشفار) ، والشفتين ، والأنف ، والأجفان ، أو ظهر اليدين . وتردى الناحية الوظيفية بازدياد درجة هذا الداء حيث تنقص القدرة على المشي إذا أصيبت الساقين . وفي الحالات الشديدة ، فإن إصابة الساق بهذا الداء ، تصبح ثقيلة ومشوهة جداً بحيث يصبح المشي مستحيلاً ، ويكون لون الجلد في البداية أصفر ضارباً للبياض ثم أحمر مزرقاً وأخيراً بنياً متسخاً . ويميل الجلد الأملس أصلاً إلى التوسف ويرافقه فرط تقرن ثؤلولي الشكل ، وتكاثرات حليمومية ، وتقرحات أيضاً . وإن حدوث التعطين بين الحديبات التي تشبه القنيط تكون سبباً ونقطة البداية للأخماج الجرثومية الثانوية .

ومن الممكن تفريق الأمراض التالية المسببة للفيل :

داء الفيل المداري Tropical Elephantiasis :

المرادفات : داء الفيل بالخييطيات Filarial Elephantiasis .

يعتبر داء الخييطيات السبب الرئيسي للفيل في المناطق المدارية . (انظر الفصل ٩) تظهر الخييطية البنيكروفاية الفخرية Wucheria Bancrofti والبروجيا مالايا Brugia Malaya في الأوعية اللمفية للساقين والسبيل الهضمي وتسبب التهاباً ثم انسداداً في الأوعية اللمفية .

وتتضاعف الصورة السريرية بالأخماج الجرثومية الثانوية التي تتضمن الحمرة ، ويمكن أن تسبب التورمات أشكالاً غريبة وخاصة في الناحية التناسلية .

الجدول ٢٤ - ١ : التشخيص التفريقي للوذمة والوذمة اللمفية

وحيدة الجانب	ثنائية الجانب
وريدي	التهابية
خثار وريدي في الساق	متلازمة سوديك Sudeck S.
خثار وريدي حوضي	الوذمة الوعائية
متلازمة عقب الخثار	وراثية
الأورام الخبيثة	عوز مشبطة المتحمة C ₁ استراز
الرحم	وظيفي
الموثة	وذمة ركودية
النسج الضامة اللينة	وذمة قبل الطمث
الثدي	وذمة الحمل
متلازمة ستوروات - تريفيز	غذائية
لفوم	سوء التغذية المزمن
غرن كابوزي Kaposi's	عوز البروتين
Sarcoma	الاعتلال المعوي النضحي
فطري	دوائي
الفطار الصبغي	جيساتجين (هرمونات حملية)
حموي	مشقات الغوانيتدين
الحلأ البسيط	٨ - ميتوكمي بسورالين
الناكس في نفس المنطقة	الستيروئيدات
جرثومي	مضادات ارتفاع التوتر الشرياني
الحمرة ، الوذمة الجاسئة	المدرات الملحية
الراجعة (الناكسة) في	الأمراض الداخلية
الإفرنجي	الكلوية
الديدان	القلبية الوعائية
الخيطة : الفخرية البنيكروفتية ،	الكبدية
بروجيا مالايا	الجلادات
آلي	الصداف البثري المعمم
تجويف العقد اللمفية	وردية الوجه
تشيع العقد اللمفية	العد المكب
المتفتلة	

داء الفيل الفطري الملون Chromomycotic Elephantiasis :

المرادفات : التهاب الجلد الثؤلولي ، الفطار البرعمي الأسود ، الفطار البرعمي الصبغي .

في المناطق المدارية ، إن أي تورم في الأطراف ، وخاصة الساقين ، يرافقه عناصر الفيل الندية والثؤلولية الشكل تقود إلى

الوجه أو بالعد المكب .

الجراحة : إن الاستئصال الجذرية بتجريف العقد اللمفية الناحية كاستئصال الثدي قد تترافق بفيل المساعد . ويتطور الغرن اللمفي الوعائي الدموي خلال ٥ - ٢٠ عاماً ، ويتظاهر على شكل عقد وعقيدات انتقالية حمراء مزرقرة ومرتشحة والتي تزول أخيراً (متلازمة ستوربات تريفيز ١٩٤٨) (راجع الشكل ٢٤ - ٣) .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي أشكال الفيل البلدي المتعددة الأسباب صورة غير نوعية من توسع في الأوعية اللمفية ، وغياب في الأوعية اللمفية الطولية ، ووذمة في الجلد وتحت الجلد ، وتوسع في الأوعية الدموية ، ورشاحات النهاية حول الأوعية في محيط الأوعية اللمفية والأوعية الدموية . وكذلك يبدى تصلباً وتليفاً ، أي تصلب الجلد ، وإصابات ثانوية .

السير : مرقى عادة ، ويعتمد على المرض المستبطن الذي يثير حدوث هذه الحالة . وتعزى الضخامة إلى الفيل التليفي اللا عكوس عادة .

التشخيص : التشخيص السريري سهل ، ولكن يصعب تحديد السبب غالباً . والقصة المرضية هامة . فعلى سبيل المثال تميل الحمى في الحمرة الراجعة لأن تكون أقل شدة من نكس لآخر ، وتصبح الزيادة في سرعة التشنج أقل ارتفاعاً . ويكون التشخيص إما التهاب النسيجة تحت الجلد Hypodermatitis الراجع أو الإصابة بالحمرة . ويشار في الإجراءات التشخيصية إلى استخدام التصوير اللمفي أو التصوير الوريدي .

المعالجة : وتعتمد المعالجة على المرض المستبطن .

المعالجة الجهازية : في الحمرة الراجعة المزمنة ، يتم الانقضاء بإعطاء البنسلين (بنسلين بنزاتين) عضلياً كل ٣ - ٤ أسابيع لأكثر من عدة شهور غالباً وحتى يتم الشفاء التام لأبواب الدخول (الفلوح الغوتية بين الأبخس التي يرافقها التعطين ، الشقوق ، السعفة القدمية) . وفي الحالات الخاصة ، يكون العلاج المضاد للالتهاب الإضافي بإعطاء الستيروئيدات ضرورياً كي تتناقص تفاعلات النسيج الزائدة بالأرومات الليفية .

المعالجة الموضعية : علاج أبواب الدخول في الحمرة الراجعة المزمنة : علاج السعفة القدمية بحذر واتقاء حدوثها بالعناية الدقيقة للقدمين . وفي الفيل الشديد تفيد العصائب الضاغطة ، والجوارب المرنة ذات الدرجات العالية للضغط (III و IV) . وقد يؤخذ بعين الاعتبار الإجراءات الجراحية في الحالات الخاصة .

تشك بالفطار الملون (راجع بحث الفطارات الجلدية ، الفصل ٧) . والعوامل الممرضة هي فطور مختلفة تنتمي إلى مجموعة الفطور الجلدية التي تشكل كتلاً خلوية بنية مدورة وتنمو في التزرع على شكل كداسات قائمة .

التشخيص التفريقي : يجب أن يؤخذ الفطروم Mycetoma بالاعتبار في التشخيص التفريقي .

داء الفيل البلدي Elephantiasis Nostras :

التعريف : ويشمل هذا الداء التورم اللمفي الثانوي في جميع الأمراض ذات الأسباب المتعددة ، التي تحدث في المناطق المعتدلة (تعني كلمة Nostras باللاتينية : خاصتنا ، وبالإنكليزية our) والتي لا تعزى إلى الأخماج بالحيطيات أو الفطور الملونة الشائعة في المناطق المدارية .

الحدوث : مرض شائع نسبياً إذا شمل كلاً من أشكال التورم انجهمضة والأشكال العملاقة معاً . ويكون المرض وحيد الجانب عادة ويصيب الكهول من الجنسين .

الأسباب : يمكن للأسباب المختلفة أن تثير حدوث الفيل التالي لنوذمة اللمفية ومنها :

حمرة الراجعة المزمنة : وهو السبب الأكثر شيوعاً ، وإن آفات حتى الصغيرة جداً والتي تتوضع عادة في فلوح الأفوات بين الأبخس وتعزى إلى السعفة القدمية ، يمكن أن تشكل ثوباً لدخول العقديات . ومع ترقى داء الفيل ، يشيع مشاهدة تشكلات أو الشقوق أو التعطين . ويزيد رجعة الحمرة من نسداد الأوعية اللمفية بسبب الالتهاب الواسع للنسيج الضام في جند وتحت الجلد (راجع الشكل ٢٤ - ١) .

انجهمج بالخلأ البسيط الراجع في نفس المكان : قد يسبب تورماً فيبياً في القضيبي ، الصفن ، الشفرين ، الشفتين ، الأصابع ، أو ظهر الأصابع (راجع الشكل ٢٤ - ٢) .

تورم الحبيبي اللمفي الأربي : ويقود هذا الورم إلى فيل لأعضاء التناسلية (الفيل التناسلي أو فيل منطقة الشرج Esthiomene) .

تهاب الوريد الخثاري أو التهاب محيط الوريد : وتؤدي هذه الإصابة إلى انسداد الأوعية اللمفية التالي للالتهاب في الساقين .

آورام : يمكن للسرطانات ، والملائنومات الخبيثة ، والأغران ، وليمفومات الخبيثة أن تضغط الأوعية اللمفية أو تسبب وراماً خفياً بإحداثها احتشاءات في الأوعية اللمفية أو بانتقالها إلى عقد اللمفية .

لأمراض الالتهابية : تظهر الوذمة اللمفية المستمرة في المقطب وجسر الأنف والأجفان في بعض المرضى المصابين بوردية

الوذمة اللمفية المفتعلة **Factitial Lymphedema** : Disease .

المرادفات : متلازمة سيكرتان ، داء سيكرتان Secretan's التفاصيل في الفصل ٢٥ « الوذمة اللمفية » .

الفصل الخامس والعشرون

أحواء الجلد العصبية والنفسية المنشأ

Neurological and Psychogenic Skin Diseases

د. هناء المسوكر

الحكة Pruritus :

تعزى كل من الحكة والألم إلى منبهات مؤذية ، وهما حساسان مزعجان يبدآن اعتباراً من مؤثرات خارجية أو دحية يتم استقبالها مركزياً . ويرتبط إحساس الحكة مع استجابة الحركية للتخديش عبر منعكس نخاعي يمكن تثبيطه بمسحة مراكز قشرية . تثار الحكة في الجلد وليس في الأحشاء . وبما تتميز عن الإحساسات المؤلمة . أما الدغدغة فليست سوى إحساس يثار في الجلد بواسطة اللمس أو الجس صحي ، ويمكن اعتبارها كإحساس يقع في درجة متوسطة بين حساسي الألم والحكة . وتؤدي الحاثات اللمسية إلى حدوث إحساس دغدغة عن طريق المستقبلات اللمسية مما يؤدي بدوره إلى حدوث الاستجابة الحركية التخديشية . والإحساس بالدغدغة ليس سوى شعور مؤقت لا يلبث أن يزول . وذلك على خلاف الحكة ، فالحكة ليست إحساساً مؤقتاً . بل إحساساً مستمر .

لأمراض : يرتبط حدوث الحكة بتعصيب الجلد . وتنقل مستقبلات الجلدية المختلفة إحساس الحكة ، وبشكل رئيسي عبر الألياف A و C متعددة الأشكال . وتتضمن بُنيات مستقبلات في الجلد : مستقبلات اللمس وهي أقراص ميركل Merkel ، وأعصاب الأشعار ، وجسيمات الضغط لميسر Meissner ، وجسيمات باسيني Pacini ، وجسيمات غولجي ميزوني Golgi Mazzoni ؛ ومستقبلات الحرارة ، وشبكة الأعصاب الأدمية التي تحوي على مستقبلات البرد (جسيمات كروزه Krause) ، ومستقبلات للحرارة (جسيمات روفيني Ruffini) ؛ ومستقبلات الألم التي تنبثق من النهايات العصبية حرة . تؤلف المستقبلات الجلدية نموذجاً من الشبكات الناقلة التي تُبدي ، مثل جميع الأجهزة الخلوية ، كمون راحة من نمط كمون منتشر . ويكون هذا الكمون بقوة ٦٠ - ٨٠ mV) وينجم عن توزيع الشوارد مع تركيز عالٍ خارج الخلايا

لشوارد Na^+ و Cl^- وتركيز عالٍ داخل الخلايا لشوارد K^+ . وتميل هذه الأخيرة للخروج من الخلية تاركة كموناً سلبياً . حتى إذا نشأ كمون الفعل تتشكل دُفعة استثنائية شبيهة بالموج ، وتنتقل هذه الدفعة عبر النخاع الشوكي إلى الدماغ . وتؤدي المنبهات الكيميائية والكهربائية إلى إزالة الاستقطاب في الغشاء الخلوي حيث ينخفض كمون الغشاء إلى ما دون -٥٠ mV) ، وتنفذ أقتية الصوديوم الخاصة بالغشاء فتدخل شوارد الصوديوم Na^+ إلى الخلية مؤدية في النهاية إلى حدوث كمون داخل خلوي يقدر بما يعادل +٢٠ mV . وهذا ما يسر تدفق شوارد البوتاسيوم K^+ ، ثم تنغلق أقتية الصوديوم ويتم التخلص من شوارد الصوديوم Na^+ بواسطة النقل الفعال للأتب ATP المستنفذ . هذا ويرتبط زوال الاستقطاب بتركيب وتحرر الوسائط مثل الهستامين والسيرتونين وعديدات البيبتيد ، مثال : المادة P ، الكينينات ، البروستاغلاندينات . أما المواد الأخرى مثل الحموض الصفراوية فقد تقوم بفعلها إما بشكل غير مباشر عبر الوسائط الموجودة في الجلد ، ربما عن طريق تحرير الهستامين ؛ أو بشكل مباشر حيث تؤثر على البنيات العصبية في الجلد .

نماذج الحكة : يمكن تمييز النماذج التالية من الحكة :

- الحكة النفسية : وهي استجابة جلدية قصيرة الأمد للمنبهات البيئية والجسمية العادية وهي قد تؤدي إلى التخديش أو لا تؤدي إلى حدوثه . أما الدغدغة فتعتبر لمسة متحركة بالإضافة إلى استجابتها الفعالة ويمكن تمييزها عن الحكة .

- الحكة المرضية : وهي إزعاج جلدي شديد يحدث مرافقاً للتبدلات الجلدية المرضية أو التبدلات المرضية في الجسم ، وتؤدي عادة إلى تخديش شديد أو محاولات أخرى هدفها الوصول إلى الراحة .

- الحكة العفوية (Rothman) : وهي حكة غير مرتبطة بأية تبدلات مرضية في الجلد أو الأعصاب الجلدية ، ويمكن أن تنشأ نتيجة للتبدلات الاستقلابية أو السمية في الجسم . وقد تكون هذه الحكة نفسية أو مرضية .

- الحكة البؤرية Focal Itch : وهي حكة مرضية موضعية نتيجة لتبدلات في الأعصاب الجلدية أو الأنسجة الأخرى .

- الحكة المتشتتة Scattered Itch (Cormia) : وتنشأ في نواح متعددة ومتباعدة في الجلد تبعاً لاستثارة حكة في ناحية جلدية واحدة .

- الحكة الرجعية Referred Itch : وهي تسمية أكثر حداثة للحكة المتشتتة لكنها كثيراً ما تكون في نفس القطاع الجلدي .

– الحكة الانقلابية أو التحولية *Conversion Itch* : وهي عبارة عن تحول اختبار حسي سوي إلى حكة ، كتحويل حس اللمس أو الدغدغة إلى حكة في جلد تأتي ذو مظهر سوي في العادة .

– الجلد الحاك (*Bickford*) : حيث نجد ناحية جلدية ذات استجابة مفرطة تجاه المنبهات المثيرة للحكة حول بؤرة فيها منبه أولي للحكة أو التهاب جلد أولي . وهي تكافئ ناحية مفرطة الحس تجاه الألم حول نقطة جلدية مُنبهة تجاه الألم .

– الحكة العصبية المعممة : وهي حكة مُنبهة أو تسيطر عليها الجملة العصبية المركزية ، وتكون التبدلات الجلدية فيها ثانوية .

الموجودات السريرية : تعتبر الحكة إحدى الإحساسات الجلدية الأكثر شيوعاً وتكون مزعجة عادة ، وكثيراً ما تكون مؤلمة ومُعذبة جداً ، حيث ترهق المريض وتؤدي إلى الأرق والإعياء . وقد ينتج عنها العصبية وضعف القدرة على العمل . وقد ينقص نشاط الأطفال في المدارس بشكل لا بأس به لذلك ليس من المدهش أن تؤدي الحكة بالمرضى إلى استشارة الأطباء . وقد أدت حالات من الحكة الشديدة إلى الانتحار . ويعتبر التقييم الصحيح للحكة مهمة صعبة تستدعي إجراء استقصاء شامل للمريض .

القصة المرضية : هناك حالات تكون الحكة موجودة فيها باستمرار ، ولكن هذا نادر . وفي العادة تحدث الحكة بشكل متقطع . وتعتمد الحكة أحياناً على تبدلات الحرارة ، فمثلاً تحدث الحكة عندما يدخل المريض إلى غرفة دافئة قادماً من جو بارد . وقد تظهر الحكة نهائياً على شكل نُوب ، وقد تتفاقم أثناء الليل . وفي بعض الحالات يخدش المريض آفاته الموضوعة إلى أن يسيل الدم وعندها تتوقف الحكة . وقد يزداد التخريش ولا يتوقف إلا بعد أن يُرهق المريض . وقد تغيب الحكة أثناء النهار وتصبح فعالة بشكل فجائي في السرير الدافئ . وتختلف شدة التخريش . فكثير من المرضى يخدشون آفاتهم بشكل مؤذي ، بينما يكون التخريش عند البعض الآخر أقل تحريشاً ، وقد تكون القصة الشخصية أو العائلية أو المرضية أو الأرجية أو التأتبية ذات علاقة ! ...

الموجودات الجلدية : يبدى الجلد وجود تسحجات في حالات الحكة الشديدة . وهذه التسحجات أهمية تشخيصية لأنها يجب أن تُميز عن الجلُاد المسبب . وفي كثير من الحالات تكون الأدوية الجلدية المسببة للحكة مُحجَّبة تماماً وراء هذه التسحجات ويجب البحث عنها . وتؤدي التسحجات إلى صورة سريرية نموذجية ، فالتسحجات لا تتوضع على الجلد بشكل عشوائي ولكنها تتوضع عادة في المناطق التي يمكن أن

تصل إليها الأصابع المخدشة بشكل كامل . وغالباً ما يحدث التخديش بعدة أصابع وتكون الخطوط التسحجية متوازية . ويتألف الشق السحجي من شريط أحمر مع تسحجات أصغر أو أكبر حجماً . وفي بعض النواحي يمكن لهذه التسحجات أن تنزّ إذا كانت حديثة ، أو تكون مغطاة بجلبات مدممة إذا كانت قديمة . ويمكن أن يطرأ على التسحجات خمج ثانوي . وقد يؤدي التقويُّ الناشئ بشكل أولي في ناحية ما على الجلد إلى تشكل آفات أخرى عديدة . أما أسباب الحكة فعديدة ومختلفة .

الحكة الناجمة عن الآفات الجلدية

: Pruritus from Skin Diseases

المرادفات : Pruritus cum materia .

قد تكون الحكة نتيجة للإصابة بمرض جلدي . ويشخص الجلُاد في هذه الحالات على أنه من الآفات الجلدية الأولية النموذجية . وكثير من الأمراض الجلدية تترافق مع الحكة . وتشاهد الحكة الشديدة المؤدية للخدوش وما يلي ذلك من تأثيرات في الإكزيمة ، وخاصة التأتبية منها ، وفي بعض الفطارات والأدواء الطفيلية . وفي كثير من الجلُادات مثل الحزاز المسطح والشرى لا ترى التأثيرات المخدشة على الرغم من الحكة الشديدة ، لأن الجلد على الرغم من أنه يتعرض للحك والفرك بشكل مؤكد إلا أنه لا يخدش . ويبدى المرضى أظافر لماعة مميزة تدعى بالأظافر اللساعة *Glossy Nails* . وتتميز الإكزيمة التأتبية بنوب من الحكة . وتخدش الآفات الحادثة في الشرى الحطاطي بشكل شديد (الحكاك البسيط تحت الجلد) ، وتتوقف الحكة عادة بعد حدوث التخديش بشكل مفاجيء . ولذا لا يرى فيما بعد سوى آفات شديدة التخديش نزفية ومغطاة بجلبات دون أن ترى علامات التخديش . وكثيراً ما يؤدي الإلمام بهذه القصة النموذجية إلى وضع التشخيص . ويصاحب الحكة في العادة ما يسمى بكتوبية الجلد وهي تزداد بفعل الحك غير أنه لا يحدث تسحج .

الجلُادات الصغرى : هناك عدد من الجلُادات الحكة الصغرى ، وتكون عادة غير واضحة . وقد تؤدي الحمامات الساخنة المتكررة أو اليومية مع استخدام الصوابين المزيلة للشحوم ، وبشكل خاص ، المواد المضافة على شكل رغوة إلى جفاف جلد (التهاب الجلد بانعدام الزهم) غالباً ما يترافق مع وسوف ناعمة قلما ترى في كثير من الأحيان . يتبع هذا الجفاف حكة شديدة (أحياناً حكة ثانوية مائية المنشأ) . يشاهد التخريش عند المسنين في النواحي ذات الغدد الزهمية القليلة (الحكة الشيخوخية) ، كناحية الساقين وخاصة في

الجدول ٢٥ - ١ : الأسباب المجموعية للحكة

● الاحتشار	● امراض الكبد	● أدواء الغدد
Infestations		الصم
داء الصفرة	الركود الصفراوي	آفات الغدة الدرقية
Ascariasis	● الحمل	
داء كلابية الذنب	أمراض الكلى	المتلازمة السرطانية
داء الشعرينات	يوريمية	الداء السكري
وغيرها	الأدوية	● آفات تكون الدم
● الجهاز العصبي		فقر الدم
توهم الآفات		
التوهجات		
الحكة الشخوخية		كثرة الحمر
التصلب العديد		بارابروتينية
		(وجود نظائر البروتينات في الدم)
		● الحثائات
		مكونة للدم
		الشواك الأسود

الحكة البسيطة Pruritus Simplex :

المرادفات : الحكة الجلدية البسيطة .

يُبرر تشخيص الحكة البسيطة فقط في الحالات التي تُستنفذ فيها جميع الاحتمالات التشخيصية الأخرى مع عدم وجود أي سبب واضح للحكة . وكثيراً ما يوضع هذا التشخيص سريعاً دون فحص المريض بشكل كافٍ . ويجب التفكير بالجرب في كل حالات الحكة في أوقات الحرمان حيث تزيد نسبة الاحتشار الطفيلي .

التشخيص : يجب تقييم أعراض الحكة بشكل عادل في كل حالة . ومن الضروري دائماً إجراء فحص طبي عام . وكثيراً ما يجب إجراء الاستقصاءات المجموعية والعصبية والنفسية أحياناً للوصول إلى أساس متين لوضع التشخيص الصحيح لدى المصابين بالحكة .

المعالجة : عرضية .

المعالجة الجهازية : تعطي مضادات الهستامين ، المركبات ، ومن الممكن أحياناً إعطاء الأدوية النفسية وغيرها .

المعالجة الموضعية : يطبق محلول الخل الممدد (٣ ملاعق شاي لكل لتر ماء) ، المساحيق والهلامات الحاوية على المواد المضادة للحكة . وتؤدي رهيئات القطران والفينول والمنتول إلى راحة

تسر انتداء (حكة الشتوية) عندما تكون نسبة الرطوبة منخفضة ويعاني كثير من عطوبية وعائية Vasolability .
يحدث خُرخُرس كليل على الجلد يحدث تفاعل شروي مع الحبيبات سريع (كتوية الجلد الشروية) . كما يتحرض هذا لتثير حتى لاحتكاك مع الملابس . ويؤدي الصوف بصورة حصة في حكة في حالات التأتب . وهناك أشكال مختلفة من التري تودي في الحكة أيضاً . وكثيراً ما يحدث تفاعل جلدي شروي في حكة عند التأتبين لدى الانتقال من جو بارد إلى غرفة حية تنفخة .

لأدواء الجلدية البولية الطفيلية الحيوانية المصدر Epizoonoses : لابد من البحث عن الطفيليات عند جميع المرضى الذين تكون شكايتهم الرئيسية هي الحكة . ويعتبر حرم (Mites) أشيع سبب للحكة الناجمة عن الأدواء الطفيلية حيرانية حصر . وتأتي حكة الجرب بشكل خاص في المساء . الجرب في داء الفراش . ويجب البحث عن صئبان قمل لرأس في لأشعار خلف الأذنين في حالات الحكة المتوضعة في موية لرأس . ويبحث عن الطفيلي في طيات الملابس لدى تحت قمل الجسد ، وفي أشعار العانة وفي كل النواحي المشعرة لأخرى في نواحي الجذع للبحث عن قمل العانة .

حكة غير المترافقة بمرض جلدي

Pruritus without Skin Diseases :

مرادفات : Pruritus sine materia .

يجر تشخيص الحكة بدون وجود مرض جلدي ، فقط في حالات نجي لا توجد فيها أية جلادات أو جلادات صغرى أو تكشف لطفيليات فيها . ويمكن للحكة الجلدية ، دون ترافقها خلاد محدد وأكد ، أن تنجم عن أمراض مجموعة أو أن تسيطر عليه هذه الأمراض . وتتضمن هذه الأمراض الداء السكري ، وآفات الكبد (يرقان) ، والكلى وخاصة عند المرضى عتمدين على الديال (Dialysis) ، وفي داء هودجكن ، ولأورام خبيثة . وتنجم الحكة الشديدة في اليرقان عن ترسب بروتين الصفراء في الجلد . ولابد من إجراء فحص طبي شامل حتى تبحث عن سبب الحكة . وإذا لم يتم التوصل إلى نتيجة من الفحص فيجب التفكير بإجراء الاستقصاءات العصبية والغيبية . ويجب أن يبقى في الذهن دوماً الحكة الناجمة عن لأتوية . وأحد الأمثلة عليها هي حدوث الحكة أثناء المعالجة الكيميائية الضوئية PUVa .

مؤقتة . ولا بد من تبديل عادات الاستحمام والاعتسال . ويجب أن تكون العناية الجلدية تابعة لنوعية الجلد ويجب تجريب المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية (UVA أو UVB) أو البوفا PUVA .

الحكاك Prurigo :

لقد أطلقت تسمية الحكاك على الطفح الجلدي المختلفة الشديدة الحككة (الحكاك هو الجلبة الحاككة) . تبدو الآفات الأولية في هذا الداء على شكل حطاطات شروية مصلية أو حطاطات شروية أو حطاطات عقيدية ثابتة تتسحج نتيجة الحككة (راجع الجدول ٢٥ : ٣) . وهناك تشوش كبير فيما يخص تصنيف أدواء مجموعة الحكاك وذلك بسبب وجود عدد كبير من المرادفات في التسمية . وييدي الحكاك الحاد علاقة سريرية وتشريحية مرضية نسجية قريبة من الشرى في ضوء التفاعل الالتهابي النضحي . ويشاهد ارتشاح التهابي خلوي في الحكاك تحت الحاد ، ويزداد هذا الارتشاح الالتهابي في الحكاك المزمن . ولهذا السبب نادراً ما ترى حطاطة مصلية أو حطاطات شروية كافة أولية . ويميز التفاعل الالتهابي الخلوي الأدمي مع علامات التكاثر البشري الصورة السريرية والنسجية للحكاك المزمن . وأخيراً لا تشاهد آفات أولية حطاطية مصلية في الحكاك العقيدي للمؤلف هايدي Hyde ، وتتطور الآفات الأولية كعقيدات .

الجدول ٢٥ - ٢ : المعالجة الجهازية في الحككة

العوامل المضادة للالتهاب	عوامل الجهاز العصبي المركزي
الستيروئيدات	الغفل Placebo
حاصرات H ₁ و H ₂	المركبات
السالييلات	المهدئات
كرومولين Chromolyn	مضادات الكآبة
تاليدوميد	النالكسون Naloxone
● الأدوية ذات الفعالية الوعائية	● الأوشطة Sequestrants
حاصرات ألفا	كوليسترامين
حاصرات بيتا	الفحم النباتي Charcoal
المينجات	هيبارين (وريدي)
إلايبني نفرين	

الحكاك الحاد في الطفولة

: Acute Prurigo of Childhood

المرادفات : الحكاك البسيط الحاد الطفلي لبروك (Brocq) ، الشرى الحطاطي الطفلي ، الحزاز الشروي ، الحزاز البسيط الحاد (Vidal) .

التعريف : هو عبارة عن تفاعل ناكس ، كثيراً ما يكون تجاه الحشرات ، يصيب الأطفال بشكل خاص وكثيراً ما يعتبر من الآفات الطفيلية الحيوانية المصدر .

الحدوث : يصيب الأطفال بشكل رئيسي ، ويغلب حدوثه في الصيف والخريف ونادراً ما تظهر هذه الآفة عند الشباب والكهول ولذا حازت على تسمية « الشرى الحطاطي الطفلي » .

الإمراض : يرتبط هذا الداء بالشرى . ويشتهر بوجود تفاعل تجاه الحشرات أو الأدوية أو أرجية تجاه الأطعمة . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التسنين عند الأطفال الصغار في السببات (Toothpox) وقد يكون للكرب أهمية أيضاً . ويعتقد معظم المؤلفين بأنه واحد من الأمراض الطفيلية الحيوانية المصدر ، أي أنه داء ناجم عن لدغ أو عضه الحشرات كالبعوض والسوس والبراغيث . وتزداد نسبة حدوث الداء في الأرياف ، ويتوافق الظهور الموسمي أو الفصلي للداء مع عادات اللدغ أو العض لدى الحشرات . وتكون نتائج الاختبارات داخل الجلد أكثر إيجابية لدى استخدام مستأرجات الحشرات عند المرضى مما هي عليه عند الشاهد (المراقبة) . ويغلب شفاء الداء عفوياً ، مثلاً لدى إدخال الأطفال إلى المشفى ، وقد يكون تفاعلاً أرجياً من النمط العاجل تجاه المستأرجات الناجمة عن اللدغ أو العض .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٢٥ - ١) يظهر في العادة عند الأطفال الأصحاء في عمر يتراوح بين ٢ - ٨ سنوات على شكل هجمة حادة من الحطاطات المصلية الشديدة الحككة على الجذع والأطراف مع حالة حمراء مرتفعة قليلاً . وقد تكون هذه الاندفاعات متفرقة أو متجمعة ، ولا توجد أية أعراض مجموعية . وتحدث تورمات شروية قاسية ، وصغيرة (٢ - ١٠ ملم) في مركز بقعة صفراء (تسرب مصلية) ويمكن الكشف عن هذه الاندفاعات لدى معاينتها بالشفوفية . وقد تؤدي الحطاطة المصلية إلى تشكل حويصلي مركزي صغير . وييدي الداء النضحي في بعض الأحيان حطاطات مصلية تبدو على شكل فقاعات متوترة (الشرى الحطاطي - الفقاعي) ، إلا أنه يغلب في العادة أن تبقى هذه الآفات على شكل حطاطات مصلية تفقد هالتها الحمراء خلال بضع ساعات وتتحول نتيجة للتخديش إلى حطاطات قاسية

خلال الصيف فيمكن تطبيق الخل الممدد أو الكليوكينول (٠,٥ ٪) ، ولابد من العناية بنظافة غرفة الطفل وتطهيرها .

الحكاك تحت الحاد Subacute Prurigo :

المرادفات : الحكاك البسيط تحت الحاد (Brocq) ، الشرى الحطاطي ، الشرى الحطاطي المزمن ، الحكاك البسيط تحت الحاد الكهلي ، الشرى الحطاطي الكهلي ، الحزاز الشروي ، حزاز فيدال الشروي .

التعريف : جلاد التهابي مزمن يتصف بحكة نموذجية وييدي آفات جلدية وصفية . يحتمل أن يكون من منشأ متعدد الأسباب .

الحدوث : حوالي ثلثي المرضى من النساء اللواتي يصبين في عمر بين العشرين والثلاثين سنة وكذلك حوالي سن اليأس . وتحدث أكثر إصابات الرجال تحت سن الخمسين من العمر ، بيد أن لدغ الحشرات لا يلعب هنا أي دور وذلك على خلاف الحكاك الحاد عند الأطفال ، ولا تعرف له أيضاً أية عوامل وراثية . قد نجد سلوكاً عصائياً وميلاً للتفاعل المتشدد جداً تجاه الحكمة المميزة . ويجب البحث دوماً عن التأتب (الحكاك الخفيف) .

الإمراض : هذه الآفة قد تكون تفاعلاً أرجياً متعدد الأسباب عند أشخاص معينين . وهناك بعض التشابه مع الشرى الأرجي . أما تعدد السببية للحكاك تحت الحاد والمزمن فيفسر جملة أو سلسلة من الأمراض المرافقة والموافقة :

– الحكاك السكرى : وهو حكاك تحت الحاد عند المرضى السكرين .

– الحكاك الحمل (Gastou ١٩٠٠) : وهو حكاك تحت الحاد يحدث خلال الحمل حيث يبدأ في الشهر الثاني – الثالث من الحمل ويزول تماماً بعد الولادة .

– الحكاك الكبدى : يمكن أن ينتج الحكاك تحت الحاد عن الأمراض الكبدية .

– الحكاك اللمفي : يكون الحكاك ظاهرة غير نوعية في الايضاض اللمفاوي المزمن .

– الحكاك الحبيسومي اللمفي : تؤدي الحكمة الشديدة والتسحجات إلى ظهور تبدلات تعتبر كعلامات لانوعية للمحيوم اللمفاوي الخبيث (داء هودجكن) .

– حكاك عسر الطمث : وهو حكاك قبيل طمئي بشكل رئيسي يظهر على شكل آفات تسحجية في الثدي . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الأسباب التالية في الحكاك تحت الحاد كما هو الحال

متسحجة ارتشاحية تكسوها جليات . تشفى الآفات تاركة وراءها بقعاً ناقصة أو مفرطة الصباغ . وتظهر في العادة آفات حديثة إلى جانب الآفات القديمة في وقت واحد في الحالات لعارضة مما يعطي الداء مظهراً حقيقياً الشكل . وأكثر النواحي إصابة هي الأقسام المستورة من الجذع والأطراف . وقد يحدث تقوبؤ بسبب تسحج الآفات . لا تصاب الأغشية المخاطية نغمية .

التشريح المرضي النسيجي : تبدو الحطاطة المصلية الحديثة نسيجاً على شكل حويصل داخل البشرة ، وكثيراً ما تكون تحت الطبقة المتقرنة ... وهناك وذمة في الأجسام الحليمية بالإضافة إلى رشاحة النهاية عابرة مكونة بشكل رئيسي من اللمفاويات والحمضات وتتوضع في الأدمة العليا . أما بعد انسحج فإن الآفات تميل إلى تشكيل بشرة تفاعلية شواكية مع تجلب مركزي وتفاعل باللمفاويات والمنسجات واضح .

الأعراض : حكة شديدة في الآفات .

المسير : قد يظهر الداء على شكل هجمة واحدة ولكنه كثيراً ما يكون معاوذاً أو مزمناً ، يرهق الطفل من شدة الحكمة ، ومن الشائع حدوث التقوبؤ في أشهر الصيف بسبب الخمج بالمكورات العنقودية . يؤدي الاستخدام الكافي للمبيدات الحشرية (تطهير الغرف) أو إدخال المريض إلى المستشفى إلى تراجع الآفات في معظم الحالات . وإذا لم تجرى هذه الإجراءات فإن الداء سيستمر .

التشخيص التفريقي : بسبب الصورة المتنوعة ذات التبدلات الشروية والحطاطات المصلية والتظاهرات الحويصلية يجب التفكير بصورة خاصة بالحماق . في الحماق تظهر تبدلات في الفروة والأغشية المخاطية الفموية مع حمى وضعف الحالة العامة . ويفيد في الحالات المشكوك بها الكشف عن الحماق الراشحة باستخدام المجهر الإلكتروني وطريقة التلوين السليبي محتويات الحويصلة وكذلك بالكشف عن التنكس الباليوني في الخلايا الظهارية الموجودة في لطاخة مأخوذة من قاعدة الحويصل (اختبار Tzanck) . وتفرق عن الجرب بتوضعاته الخاصة والحكمة الليلية وإن الكشف عن الطفيلي يعتبر مشخفاً . يجب التفكير بداء البراغيث في الأقاليم المطيرة صيفاً وتتوضع آفاته في النواحي الجلدية التي تكون فيها الملابس شديدة الالتصاق بالجلد (منطقة الحزام) .

المعالجة :

جهازياً : تعطى مضادات الهستامين .

موضعيًا : تطبق المساحيق أو محلول الزنك كطلاء مجفف . أما

في الشرى المزمن .

– تأثيرات هرمونية : مانعات الحمل ، أرجية بروجسترونية ،
عوز الأندروجين عند الرجال .

– اضطرابات معدية – معوية : نقص الحموضة ، انعدام
الحموضة ، اللاعصارية ، التهاب المعدة المزمن ، القرحة المعدية
أو العفجية ، داء المبيضات المعوي .
– الأدوية الكبدية .

– الاحتشارات : داء الصُفر ، داء الأقصور .

– الاضطرابات النسائية : ألم الثدي قبيل الطمثي ، تعدد
الحيض ، كيسات المبيض ، فرط التنسج الكيمي الغدي لبطانة
الرحم ، فرط مودقات الدم Hyperfolliculinemia ،
اضطرابات الحيض .
– الأخماج البورية .

يبدأ الداء بتفاعل شروي أرجي من النمط العاجل (التفاعل
من النمط الأول لكومبس وجل) يتبعه تفاعل أرجي من النموذج
الآجل (النمط IV) والذي يترافق بارتشاح خلوي في الآفات
الشروية .

الموجودات السريرية : تظهر آفات متناظرة على السطوح
الانبساطية للأقسام العلوية من الذراعين ، والقسم العلوي من
الظهر ، والجوانب الوحشية للفتحين ، والناحية الصدرية
العلوية (راجع الشكل ٢٥ – ٢) . وتكون الآفات دوماً
متفرقة ومتباعدة لكنها تبدو كالطفح مع بعضها البعض . ونادراً
ما توجد الآفات على الوجه والتي تبدو حيثئذ بمظهر الصورة
المميزة للعد الشروي Acne Urticata (انظر بحث العد
الشروي) .

الآفات الأولية : حطاطات مصلية خفيفة الحمرة ، أي
حطاطات شروية شبيهة بعضة البعوض ذات قد يتراوح بين
١ – ٥ ملم . يوجد في مركزها ارتشاح قاس أو حويصل
متوتر مجسوس . وفي العادة تصبح هذه الآفات تسحجية
مباشرة بعد تشكيلها لأنها حاككة بشدة ولذلك فهي نادراً
ما يراها الطبيب الفاحص .

الآفات الأولية التسحجية : آفات حطاطية واضحة الحدود
مغطاة بجلبات مدممة أو على شكل آفات تجلية تبدو غاطسة في
الجلد .

الآفات الثمالية : تكون الآفات الشافية مفرطة الصباغ ولكنها
كثيراً ما تكون ذات مركز فاقد للصباغ ومحيط مفرط الصباغ .
وهي ندية ضمورية ذات قد يتراوح بين ٣ – ٥ ملم . وكثيراً
ما تشاهد صورة ثنائية الشكل في النواحي الأكثر إصابة ، حيث

نجد آفات أولية شديدة التخديش وندبات ضمورية مصطبغة
نموذجية . ويكون التحرز والتقوب غائبين عادة ، ولا تصاب
الراحتين والأخمصين والأغشية المخاطية .

الأعراض : إن قصة الحكمة مميزة ، حيث يشكو المرضى دوماً
من الحكمة الشديدة في الآفات الحديثة وبأن الحكمة تتوقف
مباشرة عند تخديش الآفة ونزفها . تُخدش الآفة فقط وليس
الجلد المحيط بها . إن القصة السريرية تفرق هذه الآفة عن
الأمراض الحاككة الأخرى مثل الحرب والإكزيمة التأتبية
والأشكال الأخرى للإكزيمة . لا توجد تسحجات في الجلد
السليم سريرياً .

التشريح المرضي النسجي : تتوافق الصورة النسيجية مع
المرحلة التطورية الموجودة . وبشكل أولي هناك حطاطة مصلية
مع توسع الشعيرات في الطبقة الحليمية بالإضافة إلى وجود
وذمة فيها . وهناك تفاعل خلوي لمفاوي عابر كذلك . أما
المرحلة التالية لذلك فتبدي وجود حويصلات تحت الطبقة
المتقرنة أو داخلها حاوية على الكريات البيض العدلة وأحياناً
الحمضة . أما الآفات التسحجية فتبدي بشرة متأذية مغطاة
بجلبات تترافق مع إعادة تجدد البشرة وتسمك شواكي فيها ،
وتوسع وعائي واضح وذمة وتفاعل خلوي تكثر فيه
اللمفاويات والأرومات الليفية .

السير : مزمّن لعدة أشهر أو عدة سنوات . يتراجع الحكاك
تحت الحاد الحلمي فقط بعد الولادة ، ولكنه كثيراً ما يعاود في
الحمل التالي (الحطاطات الحاككة في الحمل) .

التشخيص : يعتمد على النواحي الأكثر إصابة ، وقصة الحكمة
النموذجية ، والصورة ثنائية الشكل المؤلفة من آفات تسحجية
وجلبات وجميعها تسهل عملية التشخيص .

التشخيص التفريقي : لابد من تمييز أشكال الحكاك العرضية .
تسبب هذه الأشكال في بعض الأحيان صعوبات وتتطلب كل
مرحلة استقصاءات جلدية ومجموعية شاملة .

– النموذج الحكاكي للإكزيمة التأتبية (الحكاك الخفيف) :
صورة متعددة الأشكال . تظهر التبدلات مشاركة للتظاهرات
النموذجية لالتهاب الجلد التأتبي .

– النموذج الحكاكي لالتهاب الجلد حثي الشكل : صورة حلقة
المظهر ، ومتعددة الأشكال ذات حطاطات حكاكية .

– حكاك الصيف : (الحكاك الصيفي) حطاطات حكاكية
تسحجية شديدة الحكمة في النواحي الجلدية المعرضة للضياء ،
ترتبط بالفصول السنوية .

– الأشكال الحكاكية في الأدوية الداخلية : انظر الأمراض .

المعالجة : إن منع السبب ذو أهمية أولية باعتبار أن الحكاك تحت خاد عبارة عن متلازمة متعددة السببية وذات آلية إمراضية أرجية .. لا يتم التوصل إلى تحسن دائم إلا في الحالات التي يتم فيها كشف عن السبب وتطبيق المعالجة المناسبة . وينصح بالتحري والاستقصاء الدقيق عند كل مريض . ويجب أن نعلم دوماً أنه في كثير من الأحيان لا يمكن اكتشاف السبب . ويجب إجراء الاختبارات داخل الجلد كما هو الحال في الشرى المزمن .

المعالجة الجهازية : تعطى الستيروئيدات بجرعات متوسطة (ما يعادل ٤٠ - ٦٠ ملغ بيردينزولون) لفترة زمنية قصيرة ، وهي ذات تأثيرات مهدئة للمرض فقط . ينصح بإعطاء مضادات الهستامين ذات التأثيرات المركنة وكذلك المهدئات أو الأدوية ذات التأثيرات العصبية في المساء وذلك لأن الحكمة قد تكون مزعجة وبصورة خاصة أثناء الليل . وينصح بالكلوروكين في بعض الحالات الإفرادية . ويمكن الأخذ بعين الاعتبار تجريب الاستروجين عند النساء عندما تبدأ الآفات خلال سن الإياس . ويشار بالتعاون مع اختصاصي أمراض النساء .

ويعتقد كثير من المؤلفين بقيمة المعالجة بالصادات بالسبيل المعدي المعوي كما هو عليه الحال في الشرى المزمن حيث يعطى التراسيكلين ٢ غ يومياً لمدة ٥ أيام ثم الأمفوتريسين - ب لمدة ٥ أيام (٤ × ١٠٠ ملغ/اليوم) .

المعالجة الموضعية : التدابير المخففة للحكة ، تطبيق المحاليل المخففة ، المينجات الموضعية ، محلول الزنك مع الإلكامول (٥ - ١٠٪) ، والمحاليل الكربونية السائلة بتركيز (٢ - ١٠٪) أو محلول الكالامين . كما يمكن تجربة ذلك بمحضر الخل الخلي (الخل) ، أو محلول المانتول الغولي (٢٪) ، أو الفينول المميع (١٪) أو هلامات مضادات الهستامين . وقد يفيد التعاون مع الطبيب الاختصاصي بالأمراض النفسية .

العَدَّة الشَّروِي Acne Urticata : [Kaposi : ١٨٩٣]

المترادفات : التسحجات العصبية .

التعريف : يعرف العَدَّة الشَّروِي على أنه تظاهرة للحكاك تحت الحاد على الوجه فقط .

الحدوث : يصيب الفتيات بشكل رئيسي في سن المراهقة والنساء الشابات ذوات العطوية النفسية الإنباتية أو العصاب الوسواسي المزمن أو الاضطرابات الطمئية . ونادراً ما يصيب الرجال .

الموجودات السريرية : يتوضع الداء بشكل متناظر على الأقسام الوحشية للوجه وعلى الذقن والجهة . ويبدأ بحكة شديدة وحطاطات شروية محددة أو حطاطات مصلية سرعان

ما تتسحج . وكثيراً ما يوجد فرط أو نقص تصبغ . وأخيراً تحدث ندبات ضمورية صغيرة (راجع الشكل ٢٥ - ٣) .

الأعراض : الحكمة الشديدة ، يחדش المريض الآفات بطريقة مشابهة لتلك الموجودة في الحكاك تحت الحاد .

السير : مزمن خلال سنوات ، وكثيراً ما تتفاقم الآفات أثناء الحيض .

الإنذار : يوضع الإنذار بحذر . والمعالجة صعبة جداً في العادة .

التشخيص التفريقي : تميز الحالة عن العَدَّة الشائع الذي تغيب الحكمة فيه ، وكذلك عن العَدَّة التسحجي لدى الفتيات الشابات . ويجب أن يؤخذ العد النخري بعين الاعتبار الذي يتميز بآفاته البثرية الأولية على الفروة وخاصة لأنها تشكل ندبات من النمط الحماقي ويمكن أن يكون حاكاً . تؤدي المعالجة بالصادات إلى حدوث تحسن خلال بضعة أيام .

المعالجة : تعطى الأدوية المهدئة ذات التأثير العصبي ، كما هو عليه الحال في الحكاك تحت الحاد .

الحكاك المزمن Chronic Prurigo :

المترادفات : الحكاك البسيط المزمن ، الشرى الثابت ، الحزاز الكليل القرني .

التعريف : عبارة عن داء حكاكي مع حطاطات شروية وعقيدات ثابتة حاككة جداً وشديدة التخديش .

الحدوث : نادر ويغلب حدوثه في النساء الأكبر سناً عادة .

الإمراض : هي حديثة متعددة الأسباب مثل الحكاك تحت الحاد لكنها تبدي استجابة ظاهرية تكاثرية دائمة ، وقد يكون السبب عند الرجال المسنين كل من الداء السكري ، أو القصور الكلوي أو ما قبل الكلوي ، أو الأدوية الدوائية . وقد تؤدي الحكمة الشديدة والتخديش إلى عقيدات مسطحة . وقد يعتبر التفاعل المتواسط بالخلايا من النمط الرابع IV أساساً للارتشاح الخلوي الأدمي أو التفاعل البشري .

الموجودات السريرية : يتوافق توزيع التبدلات مع تلك التي تحدث في الحكاك تحت الحاد ولكن تصاب الأطراف بشكل رئيسي . تنتشر عقيدات خفيفة القرن ، مسطحة ، احمرارية النهاية ، بشكل غير منتظم ، يتراوح قطرها من ٤،٠ - ١ سم . وكثيراً ما تكون بلون بني مصطبغ وذات تآكل مركزي ثانوي تالٍ للتخديش . لا تشاهد الآفات الأولية إلا في حالات نادرة وهي عبارة عن حطاطات شروية محددة أو حطاطات مصلية تنقصها الغالة الحمامية .

الأعراض : حكة شديدة لا تتوقف لدى تحديث الآفات .
وتؤدي استمرارية الحكة إلى حدوث تسمك بشروي تفاعلي .
الأعراض العامة غائبة .

التشريح المرضي النسيجي : شواك واضح غير منتظم ذو مظهر شبكي الشكل . هناك فرط وخطل تقرن وورام حليمي مفرط مع تفاعل من اللمفاويات والمنسجات حول الأوعية في الأدمة العليا والمتوسطة .

المسار : مزمن خلال سنوات .

الإنذار : يوضع الإنذار بحذر عندما يتعذر معرفة السبب .

التشخيص التفريقي : لا يتميز الداء فقط بالبثور التحسسية ذات الجلطات المدممة والآفات الثالية كما هو الحال في الحكاك تحت الحاد فحسب ، بل تظهر بالإضافة لذلك عقيدات التهابية شديدة الحكة . فمن المهم تمييز الحالة عن الحكاك العقيدي لهايدي (Hyde) الذي يتميز بعقيدات أقل التهاباً وذات لون بني مائل للرمادي وذات توزيع متفرق وأقل عدداً وتبدى درجة أقل من التسحج . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الجلادات الحكائية الأخرى .

المعالجة : توجه المعالجة إلى المنشأ متعدد السببية . وبشكل خاص يجب الأخذ بعين الاعتبار كل من الأمراض الدموية والداء السكري والداء الكلوي المزمن .

جهازياً : أثبت التاليدوميد (١٠٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم) فعاليته ولكن إعطاءه يحتاج إلى مناصرة حذرة بسبب تأثيراته المشوهة للأجنة وسميته للأعصاب . كما يمكن تجريب الكلوفازيمين أو الدابسون أو اليموزيد Pimozide .

موضعيًا : مثل معالجة الحكاك تحت الحاد ، ويمكن التأثير بشكل أفضل على العقيدات الالتهابية باستعمال القطران الفحمي أو الحقن داخل الآفة بمحلول التريامسينولون أسيتونيد المبلر [١٠ ملغ/مل ممدداً بنسبة ١ إلى ٥ مع المخدر الموضعي (١٪)] . أما إذا كانت الآفات أكثر كثافة فيطبق رهم ستيرويدي تحت ضماد كتي . ويمكن تجريب المعالجة الكيميائية الضوئية الموضعة أو المعالجة القرية أو الليزر .

الحكاك العقيدي لهايدي Prurigo Nodularis Hyde :

[Hyde : ١٩٠٧]

المترادفات : الحكاك العقيدي .

التعريف : هو داء ذو حكة شديدة جداً يتميز بعقيدات مدورة متفرقة لا تميل للتراجع . وإن علاقة هذا الداء بمجموعة الحكاكات لا تزال موضع جدل لدى كثير من المؤلفين . وذلك

لأن الآفات الأولية ليست حطاطات مصلية ، بينما يضمه المؤلفون الآخرون إلى الحكاك المزمن .

الحدوث : نادر ، ولا تعرف له عوامل وراثية . يصيب النساء بشكل رئيسي وخاصة ذوات الأعمار المتوسطة أو الأكبر قليلاً . كثيراً ما تنهم حالات الكرب الانفعالي ويقال بأن الشخصيات العصائية أكثر إصابة من الناس الآخرين .

الإمراض : السبب غير معروف ويشبه بوجود علاقة مع الحزاز البسيط المزمن بسبب التشابه النسيجي . ولقد أدى وجود الآفات المحددة مع التحرز إلى استخدام تسمية « التحرز المحدد العقيدي المزمن » من قبل الطبيب الفرنسي Pautrier . وقد يكون التأتب موجوداً مع ارتفاع في قيم الغلوبولين IgE ومستأرجات من النموذج العاجل (غبار الطلع ، سوس الغبار المستزلي ... إلخ) . تظهر في بعض الحالات تبدلات في الأعصاب الجلدية وزيادة في تكاثرها الخلوي خاصة في خلايا شوان Schwann مما يؤدي إلى تشكلات شبيه بالشفانوم «Schwannoma» . وليس من الواضح حتى الآن فيما إذا كانت هذه التبدلات العصبية ذات أهمية سببية أو إذا كانت ذات طبيعة تفاعلية .

الموجودات السريرية : تفضل الآفات السطوح الانبساطية للأطراف (راجع الشكل ٢٥ - ٤) وغالباً ما يبقى الجذع حراً من الآفات وكذلك الوجه . وتتألف الآفات من عقيدات مدورة قاسية وبارزة ومنعزلة وذات توزيع ثنائي الجانب . يتراوح قطرها بين ٠,٥ - ٣ سم وتكون ذات احمرار خفيف في الطور الباكر من الداء . سطحها كامد بالإضاءة الجانبية ، لونها رمادي ضارب للزرقة ، وكثيراً ما تكون بنية - رمادية . وباعتبار أن هذه الآفات تحدث بشدة نتيجة لحككتها المضنية فإنها تميل لأن تتسحج في قمتها وبالتالي إلى تشكل تفران ثولولي الشكل أو ذو لون رمادي متسخ . ويكون الجلد المحيطي سويًا أو مفرط الصباغ .

الأعراض : الحكة الشديدة جداً واضحة ، ويمكن أن تزداد لدرجة عدم التحمل وقد ينتهي الداء بانتحار المصاب . ويؤدي التحديش الشديد للآفات إلى تشكل تآكلات ، وبشكل أندر من ذلك إلى تشكل جلطات مدممة ، كما يؤدي ذلك إلى كبر حجم الآفات .

التشريح المرضي النسيجي : من الناحية النسيجية هناك تشابه مع الحزاز البسيط المزمن ، يلاحظ وجود تسمك في الطبقة المتقرنة ، وشواك مفرط غير منتظم وورام حليمي مفرط ، ورشاحة التهابية مزمنة كثيفة مؤلفة بشكل رئيسي من اللمفاويات والمنسجات . وفي بعض الأحيان تشاهد تبدلات في

لأعصاب : في البداية ضخامة وبعد ذلك يحدث تنكس حزم عصبية كثيرة العدد وتكاثر في خلايا شوان Schwann مُبدية تبدلات شبيهة بالشفانوم ، ويمكن رؤية الخلايا البدنية في بشرة .

السير : مزمن جداً ولا يوجد ميل للتراجع العفوي .

التشخيص التفريقي : من السهل تشخيص الحكاك العقيدي هايدي Hyde . لا يشاهد فيه أي تبدلات إضافية حزازانية أو كزيمية ، لذا يسهل تفريقه عن الشكل الحكاكي المزمن لالتهاب الجلد التأتبي . أما التمييز الذي يغلب أن يكون معقداً فهو بين هذا الداء والحكاك المزمن ، ويتم بالكشف عن الآفات الأولية (الحطاطة المصلية) والتبدلات الالتهابية الأكثر شدة والتسحجات الحادثة في العقيدات الصغيرة . ويصيب الحزاز المسطح الضخامي أو الحزاز المسطح الثُلُولِي الظنبوب بشكل مفضل .

المعالجة :

الجهازية : تعطى المهدئات والأدوية العصبية أحياناً . ويتم التعاون مع المعالج النفسي أو الاختصاصي بالأمراض النفسية ، ويبدو أن مضادات الهستامين لا تفيد إلا إذا كانت ذات تأثير مرَكُن . ويجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية استخدام التاليدوميد (١٠٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم) في الحالات الصعبة جداً ، ولكن يجب استخدامها مع المناظرة الدقيقة لتأثيراته الجانبية (السمية العصبية ، تشوه الأجنة) ويمكن تجريب الليموزيد أو بنوكسي بروفن .

الموضعية : يمكن أن نجرب حقن التريامسينولون أسيتونيد داخل الآفات (معلق ميلر ١٠ ملغ ممدداً بنسبة واحد إلى خمسة مع البنج الموضعي) . ويمكن استئصال العقيدات ذات الإزعاج الشديد ، أو تطبيق التجعيد بالآزوت السائل ، المعالجة بالليزر ، التخثير الكهربائي . ويمكن تجريب المعالجة بالأشعة السينية اللينة موضعياً ، ويمكن أن تؤدي المعالجة بالبوقا PUVA إلى بعض التحسن .

الحزاز البسيط المزمن Lichen Simplex Chronicus :

المترادفات : التهاب الجلد العصبي المحدد ، حزاز فيدال (Lichen Vidal) .

التعريف : هو عبارة عن آفة جلدية محددة ، مزمنة والتهابية ، شديدة الحكمة مع تسمك متحزز مستمر في الجلد بسبب الحك والفرك والتخديش .

الحدوث : مرض ذو انتشار عالمي واسع لكنه يندر عند الزنوج

مع ميل خفيف أكبر لإصابة النساء . ويُحتمل وجود ميل خلقي لحدوث التحزز التالي للفرك أو التخديش .

الإمراض : مع وجود الميل المناسب للإصابة يظهر تفاعل التهابي من خلال التسحج الموضع في نواح محددة من الجلد ويتميز هذا التفاعل بالتحزز أي تسمك التهابي في الجلد مع زيادة وضوح الخطوط أو الثنيات الجلدية . ومن الناحية النسيجية هناك تسمك بشروي مع التهاب خلوي مزمن . يحدث التحزز أيضاً في الإكزيمة المزمنة شديدة الحكمة (الإكزيمة المتحززة) وهو تظاهرة نموذجية للإكزيمة التأتبية عند الأطفال الكبار وعند الكهول ، وهو يصيب الطيات (المرفقين ، الحفرة المأبضية ، السطوح الثنية للمعصمين) والنفرة ، ولقد نوقش موضع وجود علاقة بين الإكزيمة التأتبية والحزاز البسيط المزمن بسبب التشابه بينهما عندما يكون الأول متحزراً . ويعتقد كثير من المؤلفين بأن الحزاز البسيط المزمن عبارة عن شكل أصغري للإكزيمة التأتبية . إلا أن هذه الفكرة مرفوضة لدى المؤلفين الآخرين الذين يميلون لوجود علاقة لهذا الحزاز مع الأمراض الداخلية مثل الاضطرابات المعدية المعوية ، آفات الكبد ، أمراض المرارة ، الإمساك المزمن ، والداء السكري . ولا يمكن أحياناً إنكار الفائدة العلاجية للتدابير الموجهة تجاه استئصال مثل هذه الاضطرابات . ويعتقد المؤلف بأن استقصاء العوامل النفسية الإنبائية يبدو مهماً أيضاً في حالات الحزاز البسيط المزمن . وإن عادة حك وفرك الجلد المزمنة في نواح موضعية منه موجودة دوماً . كما أن علامات الكرب العصبي موجودة أبداً مثل قضم الأظافر وعض الشفاه والتدخين المتواصل وحالات النزاع والصراع .

الموجودات السريرية : (الشكل ٢٥ - ٥) يتحدد الداء عادة في ناحية جلدية واحدة ونادراً ما يلاحظ وجود آفتين أو ثلاثة . وإن ناحية النفرة مفضلة للإصابة عند النساء . أما النواحي الأخرى المفضلة للإصابة فهي السطوح الانبساطية للذراعين والظنبوب والسطوح الأنسية للفخذين والصفن والفرج وتترافق الآفة عادة بانعدام الزهم (توقف إفراز الزهم) .

إن المظهر السريري هو ذلك المظهر الخاص بداء حزازاني وإن الآفة الأساسية هي حطاطة قاسية لا تتعرض لأي تحول أو تبدل . تكون الحطاطات في البداية صغيرة وذات حدود واضحة ، سطحها مدور ونادراً ما يكون مضلعاً ذو سطح مسطح ، لونها رمادي أو بني مائل للحمرة ، ويكون أحياناً بلون الجلد . تجتمع الآفات الحزازانية الأصلية والتي تكون عادة منعزلة في ناحية محددة ، تجتمع في لويحات تبدو مدورة أو خطية . تتطور الآفات إلى فرط تصبغ تفاعلي . وتظهر في

العادة بنية نموذجية ثلاثية المناطق :

– في الوسط : التحزوز المسطح الأولي مع تسمك الجلد وخشونة العلامات (الوسمة) الجلدية .

– في جوار هذه المنطقة توجد حطاطات حزازانية متقاربة بعضها من بعض مميزة بلون الجلد أو ذات لون رمادي أحمر .

– في المحيط توجد منطقة من فرط التصبغ بقياس بضعة سنتيمترات تمتزج مع الجلد المجاور .

يتحدد الداء في بعض الأحيان في منطقة منتشرة ويتميز بحطاطات حزازانية دون تحرز مركزي . وفي حالات أخرى يترقى التحرز إلى درجة يشمل فيها المنطقتين الثانية والثالثة ليخفيهما . وقد يكون ضياح الصباغ واضحاً في الحزاز البسيط المزمن (الوضع Leukoderma) وذلك على خلاف الحال في الحزاز المسطح حيث تميل الآفات لإحداث فرط تصبغ . لا تحدث آفات على الأغشية المخاطية .

الأعراض : الحكة الشديدة نموذجية وهي مزعجة في الليل بصورة خاصة . وليس من المعلوم حتى الآن فيما إذا كانت الحكة والتخديش يُسببان الآفات المتحرزة أو إذا كانت الحطاطات الحزازانية نفسها تؤدي للحكة الشديدة . ولقد كشفت الدراسات التجريبية باستخدام أداة مخدشة بأن التحرز قد ينجم عن الشدة الآلية المزمنة .

التشريح المرضي النسجي : يُبدي البشرة تسمكاً شديداً مع فرط تقرن وتطاول وزيادة في عرض الاستطالات البشورية الشواكية والتي يمكن أن تجتمع مع بعضها البعض على هيئة جامدة . وتكون الشعيرات متوسعة في الأدمة السطحية الحليمومية . وتشاهد رشاحة بشكل رئيسي حول الأوعية مؤلفة من اللمفاويات والمنسجات وأحياناً تليف في الأدمة الحليمية والشبكية العلوية . ليس من الصعب التمييز النسيجي بين هذا الداء والحزاز المسطح والإكزيمة المتحرزة (تبدلات سُفاجية أشد مع تسرب خلوي باتجاه البشرة) .

السير : إن الإنذار البعيد الأمد حسن بسبب تطور المعالجة ، ينصح بتجنب الأسباب النفسية .

التشخيص التفريقي : تبدي آفات الحزاز البسيط المزمن النموذجية ، البنية ثلاثية المناطق الموضحة أعلاه . أما في الإكزيمة التأتبية فإن التظاهرات المتحرزة تكون متناظرة في النواحي الأكثر إصابة ، وتبدي تعدداً واضحاً من الناحية الشكلية . وقد تكون الآفات الإفرادية كظاهرة متأخرة في الإكزيمة التأتبية متشابهة جداً . وقد يكون تميز الآفة المسطحة في الحزاز المسطح صعباً ، غير أن الآفة تكون متعددة الأضلاع وكثيراً ما تكون

منخفضة قليلاً ، وتبدي خطوط ويكهام Wikham . لا يصيب الحزاز البسيط الأغشية المخاطية . ويتوضع الحزاز النشواني والغرناوية الشبيهة بالحزاز البسيط المزمن (الخزعة) بشكل مفضل على السطح الانبساطي للظنوب ، ويمكن تمييز الحكاك العقيدي لهايدي Hyde مباشرة بعقيداته المتفرقة مفرطة التقرن .

المعالجة :

الجهازية : معالجة الداء المستبطن . تعطي مضادات الهستامين من أجل الحكة ويمكن إعطاء المهدئات على ضوء وجود رغبة في التخديش وفي معالجة التوتر العصبي الموجود عادة . وينصح بالاستشارة النفسية إذا كان ذلك ضرورياً .

الموضعية : تعطي الستيروئيدات ذات النفوذ العالية أفضل النتائج وذلك على شكل رهيمات أو مراهم تحت ضئاد كتي . ويمكن استخدام شريط لاصق حاوٍ على الستيروئيدات (شريط Gordan) بعد تراجع التحرز . ويمكن معالجة الآفات الصغيرة بنجاح بالتريامسينولون أسيتونيد (من معلق المبلل بمقدار ١٠ ملغ/مل ممدداً بنسبة ٤ إلى ١ مع المخدر الموضعي بتركيز ١٪) بمقنه ضمن الآفة . ويجدر التفكير بالمعالجة الآجلة بالقطران (المنظفات الكربونية السائلة) أو القطران الفحمي النقي لعدة أيام ، ويمكن تبرير استخدام الأشعة السينية اللينة أو أشعة غريز في الآفات المعقدة .

التحزوز العملاق Giant Lichenification :

[Pautrier : ١٩٣٦]

تظهر هذه الآفة بشكل رئيسي في الناحية التناسلية الفخذية . ولا تشاهد هنا البنية ثلاثية المناطق النموذجية التي تشاهد في الحزاز البسيط المزمن ، لكن يُرى تحرز شديد التهاوي محدد يصيب في العادة الصفن أو الأشفار الكبيرة مع تكاثرات حليمومية ونضج . يلعب التعطين والحجج الثانوي دوراً في حدوث الداء في النواحي الثنية . وتكون الحكة في هذا الشكل النادر شديدة جداً . وقد تحدث الحمرة الناكسة .

التشخيص التفريقي : تفرق عن داء هابلي – هابلي الضخامي وعن الفقاع التنبّي (بالخزعة) .

التهاب الجلد العصبي الثؤلوي : Verrucous Neurodermatitis

المرادفات : الحزاز البسيط المزمن الثؤلوي .

ويظهر هذا الداء بصورة خاصة على الظنوب عند المرضى المصابين بالقصور الوريدي المزمن . يميل مركز السطح المتحرز

إلى تشكيل فرط التقرن الثُلُولي الشكل . وتكون الحكمة شديدة جداً . وتضم حالات التقرن الثُلُولي الشكل (Wiedenfeld) إلى هذه المجموعة .
 التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق عن الحزاز المسطح .
 المعالجة : لابد من تطبيق الضادات الضاغطة في مثل هذه الحالات .

الجدول ٢٥ - ٣ : الميزات السريرية للحكاك

علامة/عرض	الحكاك الحاد	الحكاك تحت الحاد	الحكاك المزمن	الحكاك العقيدي هايدي Hyde
آفة الأولية	حطاطة مصلية شروية	حطاطة شروية صغيرة	حطاطة أو حطاطة	عقيدات أولية حمراء ، رمادية
	مع هامش أحمر حمامي	شبيهة بعضة البعوض أو	مصلية شروية شبيهة	متسخة مع هامش مفرط الاصطباغ
آفة الثانوية	فاتح اللون	حطاطة مصلية	بعضة البعوض	لا يوجد
	آفة حمامية حويصلية	آفة تسحجية نازفة	عقيدات التهاية مدورة	
	حماقية الشكل حطاطية	تجلية	مع فرط تصبغ	
آفة التهاية	بقعة مقرطة أو ناقصة الصباغ	بقعة مركزية ناقصة الصباغ ، ضمورية مع حواف مقرطة الصباغ	لا تراجع عفوي للبقع الإفرادية	لا تراجع عفوي ، يؤر إفرادية
الحكمة	التخديش شديد	شديدة . تسحج الآفة الأولية حتى تنزف . لا توجد خدوش شديدة على الجلد السوي	تخديش شديد دائم للعقيدات	تسحج وتنقير الآفات العقيدية . لا توجد خدوش على الجلد السوي

الآفات المتفعلة Factitial Diseases :

التهاب الجلد المتفعل Factitial Dermatitis :

المرادفات : التهاب الجلد الصناعي .

التعريف : يستخدم تعبير التهاب الجلد المتفعل للإشارة إلى آفات جلدية مُحَدَثَة ذاتياً ، وكثيراً ما يصعب اكتشاف المسببات ، وقد تكون هناك نية حقيقية للهروب من وضع حياتي غير مقنع (التحرر من العمل) . وقد تفتعل الآفة للحصول على فوائد مادية (التقاعد ، التأمين ضد الحوادث) ، وقد تكون هناك حالة صراع نفسي مستبطنة (الأطفال ، البالغين) . ويقوم بإحداث الآفات المتفعلة بشكل رئيسي المرضى المضطربين نفسياً . وكذلك تشاهد متلازمتي التمارض Münchhausen و Malingering عند الأشخاص المضطربين نفسياً . وتؤدي الحالة العقلية غير السوية إلى إيذاء الذات ، وعلى سبيل المثال : من أجل لفت الأنظار ، أو للتأثير على الأشخاص المتعاشين مع المريض ، أو من أجل العودة إلى منتصف حلقة العائلة بعد خيبة أمل مفترض أو من أجل كسب

أهمية خاصة مرة من المرات في الحياة أو من أجل الانتقام أو التحدي .

وكذلك فهناك مجموعة من النسوة المنفعلات غير السعيدات تعتبر الآفات المتفعلة عندهن وسيلة للترويج عن الذات . والعاملون في الحقل الطبي شائعون في هذه المجموعة . وتشاهد الآفات المتفعلة على النواحي الجلدية التي يسهل وصول اليدين إليها . وعادة لا تشاهد مثل هذه الآفات على النواحي التي يصعب الوصول إليها مثل الظهر . وأكثر ما تتوضع الآفات المتفعلة على الأطراف والوجه والصدر .

الموجودات السريرية : تُحَدَثُ الآفات المتفعلة بطرق كثيرة مختلفة ، ويؤدي الاحتكاك والفرك والكشط إلى احمرار التهاية في الجلد يتلوها تورم وتشكل سطوح اتكالية نازة . أما القرص فيؤدي إلى حدوث نزوف خبئية ، ويؤدي الضرب والطم المستمرين إلى تشكل وذمة محددة ، مثال : على ظهر اليدين . وكذلك يمكن أن يؤدي إلى نزوف ونقطات . ومن الشائع إحداث الآفات بلفائف التبغ الملتهبة والمسامير والإبر والقطع

النقدية والحروف القاطعة للسكاكين الساخنة ، ومن الشائع أيضاً أن تحتفظ الآفات بشكل الأداة المستخدمة لإحداثها . وكثيراً ما تشاهد الآفات الناجمة عن الالتصاق باستخدام الحموض والمواد الكاوية . ويمكن إحداث الآفات ببراعة فائقة باستخدام نباتات ذات فاعلية سمية دوائية . ويلعب ذكاء المريض دوراً في إحداث الآفات (راجع الشكلين ٢٥ - ٦ و ٢٥ - ٧) .

ومن الصعب جداً اكتشاف المحاولات السرية المجراة للحفاظ على الآفات الجلدية الخادعة . مثال : التهاب الجلد الأرجي بالقماس من أجل تقليد اضطراب مهني أو من أجل تطويل فترة العلاج . وكذلك فإن الآفات المفتعلة تبدو على ارتباط مع الاختبارات البقية لأهداف خاصة (الرغبة في الحصول على التقاعد) . والمرضى أنفسهم يعرفون أحياناً المواد التي تخضع لديهم التهاب الجلد الأرجي بالقماس أو إكزيمة أرجية أو يدركون ما يجعل آفاتهم تسوء وتتدهور . مثل هؤلاء المرضى ذوي الشخصيات العصائية النفسية يحرضون الآفات الجلدية الموافقة بوضع المستأرج عن قصد على آفاتهم (التهاب الجلد ذاتي المنشأ) ويقومون باستشارة الطبيب مراراً وتكراراً بآفات جلدية شديدة . ويدعى هذا العصاب بمتلازمة Münchhausen (Asher : ١٩٥١) . وقد يكون من الصعب جداً الكشف عن هؤلاء المرضى .

التشخيص : عادة ما يكون التشخيص صعباً لأن الطبيب يميل للتفكير والبحث عن داء عفوي وليس عن آفة مفتعلة . فالطبيب الخبير يرى مرضاً جلدياً خطياً أو غير طبعياً عند شخص غير سوي من الناحية العقلية أو النفسية . ويجب الأخذ بعين الاعتبار شخصية وسلوك المريض . وكثيراً ما تكون المنعكسات البلعومية والقرنية غائبة عند المرضى العصائين . ومن الوسائل القيّمة في الكشف عن الداء استخدام الضمادات الكتيمة (الزنك اللاصق أو ضماد النشاء) ، حيث تتراجع الآفات تحتها بشكل سريع جداً . ولا يعترف المريض عادة بالخواف والبواعث التي تدفعه لإحداث التهاب الجلد المفتعل . إلا عن إكراه وعلى مضض . وإذا ما استجوب عن قرب وبدقة فإنه (أو أنها) يكون عنيداً وكثيراً ما يقطع صلته مع الطبيب بشكل مباشر . وإن إعطاء التطمين الداعم يمكن أن ينهي افتعال الآفات . وبعد وضع التشخيص يجب معالجة بعض المرضى مثل المتأرجحين والذين يعانون من متلازمة Münchhausen من قبل طبيب خبير اختصاصي بالأمراض النفسية أو المعالج النفسي .

كذلك يمكن اعتبار الموت الجلدي العصائي المتعدد مفتعلاً طالما أن الأساس أو المنشأ لا يمكن تفسيره بداء عصبي أو

وعائياً . وكذلك يمكن الكشف عن الزيوت أو منتجات الحليب أو الأدوية المحقونة في الجلد إلى حد ما بواسطة الفحص النسيجي (البرافينوم ، حبيوم السيليكون ، حبيوم بولي فينيل بيروليدين Polyvinylpyrrolidone وذلك بالكشف عن الجسيمات في المساحات المضيفة والمظلمة وبالومضان أو تحت الضوء المستقطب) . راجع التهاب السبلة الشحمية المفتعل (الفصل : ٢١) .

المعالجة : تشفى الآفات المفتعلة سريعاً تحت الضمادات الكتيمة ولابد من العناية النفسية والعلاجية بعد توضيح فحوى الافتعال .

الوذمة اللمفية المفتعلة Factitial Lymphedema :

المرادفات : متلازمة سيكريتان أو داء سيكريتان (Secretan : ١٩٠١) .

التعريف : عبارة عن وذمة محدثة ذاتياً نتيجة للرضح .

الإمراض : رضح متكرر قليل ، شدته غير كافية لإحداث النزف أو الورم الدموي أو الكسور ويمكن إحداث صورة مشابهة عند الحيوانات .

الموجودات السريرية : يصاب في العادة ظهر اليد وخاصة الجانب الوحشي لليد العاملة . أما الناحية التالية من حيث الشيوخ فهي الأجزاء السفلية للساقين . وكثيراً ما توجد علامات جلدية مفتعلة أخرى مثل التسحجات والتقرحات والتندبات . لا تتناسب الوذمة مع أي غط مرضي للوذمة اللمفية .

التشخيص : صعب ويستطع إجراء استشارة نفسية أو نفسية بدنية وخاصة في الحالات التي يرغم منها الخداع أو التعويض الطبي . وكثيراً ما تكون مواجهة المريض المباشرة غير نافعة وقد تؤدي إلى سوء الحالة .

المعالجة : عرضية ونفسية .

توهم داء الطفيليات

: Delusion of Parasitosis

المرادفات : توهم الإصابة بالجلاد الطفيلي .

التعريف : إن التوهم الخاص بالحشرات أو بالذوئيات عبارة عن متلازمة زورانية نادرة تؤدي إلى تخريب جلدي خادع .

الحدوث : يحدث توهم الإصابة بالطفيليات بشكل رئيسي عند النساء في سن الستين أو ما فوق الستين من العمر ونادراً ما

له بخطئه . ويجب أن تكون المعالجة الموضعية موجهة لتخفيف التخريش (هلامات مضادات المستامين ، معجون الزنك اللين مع ٥٪ كليكينول والفينول المميع أو أحدهما) . ولقد تم استخدام البيموزيد Pimozide والفلوسبيريلن Fluspirilen بنجاح .

التقرحات التغذوية العصبية أو التبنجية

Neurotrophic or Anesthetic

: Ulcerations

المرادفات : الداء الثاقب ، التقرح الثاقب ، التقرح التبنجي ، تقرح مورفان Morvan .

التعريف : هي عبارة عن تقرحات غير النهاية وغير مؤلمة ، مزمنة ، تحدث مترافقة مع الاضطرابات العصبية في النواحي المعرضة للضغط أو الرضخ المستمر على الجلد ، وبشكل رئيسي على الأنخصين .

الأسباب : تظهر التقرحات المزمنة في النواحي الجلدية التي يضع فيها حس الألم . ومن المحتمل جداً عندما لم تعد الوظائف المستقلة سوية . وقد يكون العديد من الأمراض العصبية مسؤولة عن ضياع الوظيفة الحسية مثل الغياب الخلقي لحس الألم ، وتكهف النخاع ، والتابس الظهري وآفات الأعصاب المحيطية ، واعتلال الأعصاب العبد كالذي يشاهد عند السكريين والغوليين والمجنومين ، وفي اضطرابات النخاع الوعائية وأذيات الأعصاب المحيطية (راجع الجدول ٢٥ : ٤) .

الموجودات السريرية : للتقرحات التغذوية العصبية أو

يصب الرجال . وكثيراً ما تترافق مع اضطرابات دماغية غشائية عضوية كتصلب الشرايين .

الموجودات السريرية : عبارة عن إحساسات حاكّة أو واخزة أو زاحفة يعزوها المريض بشكل مؤكد موضوعي إلى الحشرات أو السوس أو إلى الديدان أو الدويدات . وفي كثير من الأحيان يقول المرضى إنها تتحرك تحت الجلد أو أنها تظهر على سطح جند حياًناً . ويحاول المرضى حسب إدعائهم التخلص من هذه حيوانات المتوهمة عن طريق تخديش الجلد بالأظفار أو الأدوات مثل الدبابيس والملاقط الصغيرة والسكاكين . وأكثر المناطق عرضة لهذه الفاعليات العدوانية هي الفروة والوجه والذراعين ونصدر والفخذين . وكثيراً ما يحضر المريض معه هذه مخبوقات الخيالية في علبه أو زجاجة من أجل الفحص المجهرى . وفي بعض الأحيان يلتمس المرضى مساعدة الاختصاصي في علم حيوان من أجل تحديد المتعضيات المسببة ، وما هذه المادة التي ينجبها المرضى معهم سوى وسوف ، ودم جاف وجلبات وألياف قطنية وأوساخ أحياناً .

التقييم النفسي : يرفض معظم المرضى الاستشارة النفسية ويمكن مساعدة من يقبل منهم بالفحص الطبي والنفسي . وفي الحقيقة يصعب معالجة التفاعلات التوهمية المعبر عنها بشكل هلس لمسي مزمن . كما يمكن العثور في بعض الأحيان على اضطرابات دماغية عضوية (تصلب المخ ، أعراض السكتة العضوية .. بخ) .

المعالجة : من الضروري وضع التشخيص النفسي لتوهم الإصابة بالطفيليات الجلدية في كل الحالات . ويجب على الطبيب الاختصاصي الجلدي أن لا يحاول أن يثني المريض أو يقتعه بالرجوع عن وضعه التوهمي ، كما يجب عليه أن لا يصرح

الجدول ٢٥ - ٤ : التلازمات العصبية الجلدية الحسية الخلفية

خلل الحملة المستقلة العائلي	تكهف النخاع	اعتلال عصبي حسي ورالي	السدر الخلقي تجاه الألم	اعتلال عصبي حسي خلقي	من البدء
الولادة	الكهولة الباكرة	الطفولة	الولادة	الولادة	من البدء
معهم	رقبي	الأطراف	معهم	معهم	ضياع الحس
غائب جزئياً	غائب	غائب	غائب	غائب	لأه ، الحرارة
سوي	سوي	غائب	سوي	موجود	نمس
غائب	موجود	غائب	غائب	غائب	منعكس انخوار
سوية	ناقصة	ناقصة	سوية	ناقصة	تفاعلية الحركية
ناقص	سوي	سوي	سوي	ناقص	نذكاء
صاغر	لا يوجد	سائد	لا يوجد	سائد أو صاغر	نورثة

التبنيجية مناطق معينة تفضل إصابتها . وتكثر إصابة الأخصيين وخاصة الناحية الأخصية للأبأخس الكبيرة والصغيرة والعقب . وكثيراً ما يوجد ميل لتشكيل الشن على أساس التبدلات التغذوية العصبية في المناطق المبنجة والتي تكون لا معرقة في العادة . يؤدي الضغط أو الأذية إلى حدوث شق صغير في الناحية الشثنية ، يتوسع هذا الشق بسبب الخمج الثانوي ويتعرض للنخر المركزي والتقرح ، حيث نشاهد تقرحاً خادراً أو ساكناً ، ذا محيط تقرني وشثني واضح ومركز نخري . يبقى هذا التقرح غير مؤلم تجاه المجلس . ويوجد تحت الخشارة Slough عادة قاعدة التقرح التي لا تميل باتجاه التجب Granulation . وفي بعض الأحيان تحدث إصابة إضافية في العظم المستبطن على شكل التهاب عظم ونقي أو انحلال العظم . وكذلك يشيع حدوث تخلخل العظام .

التشخيص : يكون التشخيص سهلاً في العادة . ومن المهم جداً أن تكون التبدلات خدرية ، حيث يجب أن ننفي التقرحات الناجمة على أساس الاضطرابات الدورانية الشريانية أو الوريدية ، والاضطرابات الاستقلابية (الداء السكري) ، والأخماج (الإفـرنجي) والأورام (Epithelioma Cuniculatum والملائوم اللاملائي) . وينصح بالتعاون مع الاختصاصي بالأمراض العصبية لدى تشخيص الاضطراب العصبي المستبطن . ولقد تم وصف أربع صور سريرية نموذجية أدناه .

التقرح التغذوي العصبي في متلازمة ثلاثي التوائم التغذوية Neurotrophic Ulcer in the Trophic Trigeminal Syndrome :

التعريف : وهي عبارة عن تقرحات خدرية في جناح الأنف بصورة خاصة والتي قد تتلو رضوحاً صفري على الجلد الخدري ضمن ناحية العصب ثلاثي التوائم .

الحدوث : الآفة نادرة وتشاهد في أوروبا والولايات المتحدة بشكل رئيسي بعد التخریب العلاجي للعقدة ثلاثية التوائم .

الإمراض : تؤدي التبدلات التغذوية العصبية في ناحية ثلاثي التوائم ، الناجمة عن الأذية أو المرض أو تخرب العقدة ثلاثية التوائم ، إلى اضطراب في إحساس الألم والحرارة . وهي تحدث بشكل رئيسي في حالات تكهف البصلة أو انسداد الشريان الخيخي السفلي والالتهاب الجذعومي للعصب ثلاثي التوائم . وفي الدول الغربية يحدث الخدر الوجهي في ناحية توزع ثلاثي التوائم بشكل شائع ، وينجم عن تخرب العقدة ثلاثية التوائم بسبب حقن الغول التي تحقن لتسكين الألم العصبي ثلاثي التوائم . وتتطور المظاهر الجلدية النموذجية بعد الرضوح

الصفري التي تمر بشكل غير ملحوظ نتيجة للخدر .

الموجودات السريرية : قد تمضي أسابيع أو أشهر وحتى سنوات بين تخرب العقدة ثلاثية التوائم وبين التقرح التغذوي العصبي . وأكثر ما يصاب هنا جناحي الأنف ، حيث تحدث آفة النهائية تجلية تتحول إلى تقرح يتفاقم ويكرر ليخرب الغضروف الأنفي ويمتد في جوار الناحية . وغالباً ما تعف الآفة عن ذروة الأنف . وإن العيب مميز جداً ويسبب تشوهاً تزويقياً شديداً .

الأعراض : خفيفة بسبب الخدر الوجهي ، والسير مزم .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن الآفات المفتعلة ، وكذلك عن سرطان الخلايا القاعدية (القرحة القاضمة) . هذا وتبدي التقرحات التغذوية العصبية في بعض الأحيان تفاعلات نسيجية صفري ، والخزعة حاسمة . ويشاهد تقرح مشابه في المنخر في الباركنسونية ما بعد التهاب الدماغ ولو أنه لا يوجد خدر .

المعالجة : داعمة فقط ومن الضروري تجنب أي رضح جديد أو خمج ثانوي جرثومي وقد ينصح بإعادة بناء البديل .

ضمور الجلد العصبي المنشأ Neurogenic Skin Atrophy :

قد تؤدي اضطرابات الحملة العصبية المركزية إلى ضمور الجلد القطعي ، كما تؤدي إصابة الحملة العصبية المحيطة إلى اضطرابات تغذوية في ناحية التوزع العصبية . لا يتعرض الجلد وحده للضمور وإنما قد تضمر معه العضلات واللفافة والعظام المستبطنة . وقد يحدث بعد إصابة الحملة العصبية المحيطة أو حثل المنعكس المستقل ، شكل من أشكال ضمور الجلد يُعرف بالجلد اللماع والأصابع اللّماءة . وبالرغم من أن الجلد رقيق وجاف وأحمر وردي أو مزرق ، شبيه بالورق . يوجد ميلٌ باتجاه فرط التقرن وتشكل النفطات الآلي والتعرق مع تبدلات في نمو الأظفار (الأظفار الأخدودية) . ومن التظاهرات الأخرى لهذا الداء فرط الحس أو المذل .

اعتلال عظم النهايات التقرحي الجادع العائلي - Acro - Osteopathia Ulcero - Mutilans Familiaris [Thevenard : ١٩٤٢]

المرادفات : متلازمة تيفينار ، اعتلال النهايات التقرحي الجادع ، داء Thevenard ، متلازمة Bureau - Barriere حثل النهايات باعتلال الأعصاب الأولي .

التعريف : هذه المتلازمة عائلية وتتميز بتقرحات غير مؤلمة في الجوانب التي تتعرض للضغط من القدمين ، تترافق مع انحلال عظم النهايات واعتلال الأعصاب الحسية المشابه لما يشاهد في

تكهف النخاع الكاذب .

الحدوث : نادر وكثيراً ما يكون عائلياً ويصيب الجنسين . يبدأ نداء عادة في سن الطفولة أو سن الشباب الباكرة . تنتقل نورثة بصبغي جسدي سائد وذات انتفاذ مختلف . وهناك تنكس أولي في الجذور الخلفية للأعصاب المحيطية دون تبدلات نهائية ويحتمل وجود تبدلات وعائية أيضاً .

الموجودات السريرية : تحدث اضطرابات تغذوية مستقلة خلال سن الطفولة أو اليفع على الأطراف السفلية (وأحياناً على العلوية أيضاً) على شكل زُرّاق النهايات وتورم في الأصابع والأبأخس (أصابع السجق) . وتكون إحساسات الحرارة واللمس في الأطراف المتبدلة تغذوياً ناقصة أو غائبة تماماً . وتوجد أحياناً علامات هرمية أيضاً تتظاهر على شكل فرط المنعكسات أو بإيجابية علامة بابنسكي (Babinski) . كما قد يحدث تخلخل العظام أو انحلالها وتشكل التقرحات التغذوية العصبية غير المؤلمة الموصوفة أعلاه في أجزاء من الأطراف المعرضة للاختلال التغذوي .

وتتضمن التظاهرات الإضافية حالة نقص الرتق (الشوك المشقوق : Spinabifida) والإبهام الأرواح والقدم المسطحة . السر : يترق بطيئاً .

التشخيص التفريقي : الانتباه للحدوثات العائلية هام جداً حيث يسمح بتمييزه عن اعتلال النهايات التقرحي الجادع اللاعائلي . وكذلك يجب التفكير بتكهف النخاع على الرغم من أنه تكرر مشاهدة التبدلات التغذوية على الأطراف العلوية . والحالات الأخرى التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار هي التقرحات التغذوية العصبية في التابس الظهري ، والجذام ، والاعتلال العصبي الغولي ، والتهاب الأعصاب في الداء السكري أو عوز الفيتامين ب المركب . ويجب نفي التهاب العظم والنقي المزمن في السلاميات وخاصة إذا لم تكن هناك أية عيوب عصبية .

اعتلال النهايات التقرحي الجادع اللاعائلي

Acropathia Ulcero - Multilans Nonfamiliaris

[Bureau و Barriere : ١٩٥٥]

المترادفات : اعتلال النهايات التقرحي الجادع المكتسب ، اعتلال النهايات التقرحي الجادع بتكهف النخاع الكاذب اللاعائلي ، متلازمة Bureau و Barriere ، اعتلال النهايات التقرحي الجادع والمشوه بتكهف النخاع الكاذب .

التعريف : هو عبارة عن نموذج تغذوي عصبي من انحلال عظام النهايات اللاعائلي ، مجهول السبب والمنشأ .

الحدوث والإمراض : الداء نادر ، ويكاد يصيب الرجال

فقط ، ولا تعرف له إصابات عائلية لأن حالاته فردية دائماً . يبدأ الداء في متوسط العمر . وكثيراً ما تكون الكحولية المزمنة عاملاً محرضاً في إحداث التبدلات العديدة العصبية .

كثيراً ما يوضع اللوم في القصة السريرية على ارتداء الجزمة المطاطية أو تأثيرات البرد ، وكذلك فإن الداء يحدث في مجموعات مهنية معينة مثل زارعي الكرمة وعمال البناء والمتشردين . ويفترض وجود تأثيرات متعددة العوامل .

الموجودات السريرية : تحدث التظاهرات السريرية الرئيسية عادة بين الأعمار ٤٠ - ٥٠ سنة .

التبدلات التغذوية العصبية : وهذه تبدلات ثابتة وتتضمن بشكل خاص ضياع الحس الحراري في الأطراف المصابة وكثيراً ما تكون في متوسط القسم السفلي للساق مع ميل للتعرق ملفت للنظر . يتحرض التعرق بسبب كل من التبدلات الحرارية الموضعة والمحرضات الانفعالية . وفي أغلب الأحيان يكون المنعكس الكاحلي غائباً ، ويحدث الضمور العضلي فيما بعد وكذلك المعص في الريلة .

التقرح التغذوي *Tropic Ulceration* (الشكل ٢٥ - ٨) : تظهر هذه التقرحات بشكل رئيسي على الأخمصين فوق قاعدة المفاصل المشطية السلامية أو السلاميات الدانية ، وكذلك وبصورة خاصة في الناحية الأخمصية القاصية الحاوية على الأشتان . تتوافق التقرحات مع الصورة النموذجية للتقرحات التغذوية العصبية المترافقة مع تشكل الأشتان المحيطية .

ضخامة الأنسجة *Tissue Hypertrophy* : ينجم عن الآفة ضخامة القدم المصابة فتشبه بذلك داء الفيل . وهي عبارة عن علامة تدل على الاضطراب الاعتلالي العصبي . وقد توجد تبدلات ثانوية وذمية - ثلولية وثخانة في الجلد والتي لا يندر حدوث الحفرة المتكررة على أساسها .

التبدلات العظمية : هذه التبدلات تتطور ثانوياً . وتبدي الصورة الشعاعية تبدلات تناسخ وتخلخل العظام وانحلالها . تبدو السلاميات القاصية والأمشاط القاصية وكأنها متآكلة . يكون تصوير الشرايين سويّاً دوماً في هذه الحالات . قد يحدث فقر دم ناقص الصباغ وخلل في بروتين الدم . وكثيراً ما تحدث تبدلات كبدية على أساس الكحولية المزمنة .

الإنذار : غير جيد فيما يتعلق بالشفاء .

التشخيص التفريقي : الحالة الأساسية التي يجب أن نميزها هي اعتلال عظام النهايات التقرحي الجادع العائلي .

المعالجة : يجب أن توجه المعالجة باتجاه الحالة المستبطنة وخاصة الكحولية المزمنة . ويجب الاهتمام بالمعالجة الموضعية والتي غايتها

عرضية في اعتلال الأعصاب العديد . ويعطى مركب الكينين - تيوفيللين Quinine-theophylline من أجل المعص في الربلة . ويفضل أن تتم المعالجة بالتعاون مع اختصاصي الأمراض العصبية واختصاصي الجراحة وتقويم العظام .

مكافحة الخمج وتشجيع التئام الجروح . تُزال الأشنان الموجودة على هامش التقرحي بالاتجاه الأفقي . ويجب الانتباه إلى الآفات العظمية المرافقة أو انحلال العظام . ويجب ارتداء أحذية خاصة بتقويم العظام للتخفيف من التخريش الآلي . ينصح بحمض الشحماني ألفا α -Lipoic Acid كمعالجة

الفصل السادس والعشرون

اضطرابات تصبغ الميلانين

Disorders of Melanin Pigmentation

د. صالح داود

خلية/سم² في منطقة البطن و ١٣١٠ ± ١٥٠ خلية/سم² في منطقة الخد ، و ٢٣٨٠ ± ٢٨٠ خلية/سم² في القلفة وهي أكثر المناطق كثافة بالخلايا الملانية . ولا بد من الإشارة إلى عدم وجود اختلافات ذات أهمية متعلقة بالجنس أو العرق . ولا يكون عدد الخلايا الملانية أكبر في العرق الأسود ، ولكن الاختلاف فقط هو في نشاط تركيب وتكوين الميلانين في الخلايا الملانية .

Morphology of melanocytes : Melanogenesis

الخلايا الملانية في الفقاريات هي خلايا غصنية Dendritic Cells ذات نواتئ طويلة أو قصيرة ، و متشجرة أحياناً . ويمكن ملاحظة الخلايا الملانية على السطح السفلي للبشرة عند الفصل الكيميائي للبشرة عن الأدمة . يزداد عدد التغصنات وطولها خلال التطور الجنيني . وتحقق الخلايا الملانية تماسها مع الخلايا القاعدية للبشرة بواسطة هذه التغصنات وتقوم بمحقن الميلانين المتكون في الجسيمات الملانية إلى الخلايا المقرنة المجاورة . هذه الوحدة البنوية من الخلايا الملانية والخلايا المقرنة المجاورة تسمى الوحدة الملانية البشرية الوظيفية Functional Epidermal Melanin Unit . ويجب اعتبار الخلية الملانية غدة وحيدة الخلية . تظهر الخلية الملانية بالمجهر الإلكتروني على شكل خلية كبيرة تتوضع بين الخلايا المقرنة المجاورة دون اتصالات بين خلوية ودون جهاز الحيط الموتري . وتكون هيولاً غزيرة وذات نواة كبيرة ومسامات نووية عديدة ، وشبكة هيولية باطنة غزيرة ، وجسيمات ريبية حرة ، وحويصلات صغيرة عديدة وجهاز غولجي Golgi حسن التطور ، وهو ، أي جهاز غولجي ، وصفي للخلايا المفرزة . ويتوافق وجود جسيمات الميلانين مع وظيفة التصبغ الخاصة . والأنظم الأولي لتكوين الميلانين هو التيروسيناز الذي يتركب في الجسيمات الريبية وينتقل عبر الشبكة الهيولية الباطنة إلى جهاز غولجي . تحاط وحدات التيروسيناز بغشاء أملس وتشكل حويصلات صغيرة في المرحلة الأولى من تطور الجسيمات الملانية . ويمكن كشف التيروسيناز في هذه المرحلة . وتحدث تراكيب داخلية غشائية ذات خطوط عرضية خاصة ضمن طبيعة جسيمات الميلانين Premelanosomes . دون أن يتشكل الميلانين (راجع الشكلين ٢٦ - ١ و ٢٦ - ٢) . ويترسب الميلانين الكثيف إلكترونياً ذي اللون القاتم فيما بعد ضمن الجسيمات الملانية . وتنقل الخلايا الملانية الجسيمات الملانية المتملنة بواسطة فعالية السيوتوكرين Cytocrine إلى الخلايا البشرية المجاورة . ونحن لا نعرف بدقة طبيعة الوصل الأساسي بين خلية وأخرى ، غير أنه

المظاهر البنيوية والوظيفية لتكوين الميلانين :

الميلانين هو أكثر أصبغة الجلد الأربعة أهمية ، وهي الأوكسي هيموغلوبين ، الهيموغلوبين المرتجع ، الميلانين والكاروتين . يحمي الجلد ذاته بشكل فعال من التشعيع بالأشعة فوق بنفسجية بتكوين الميلانين . وإذا كانت القدرة على تشكيل خلايا مفقودة ، كما هو الحال عند المرضى المصابين بالمهق Albinism ، إذ يكون المصاب معوقاً ، وخصوصاً في المناخ المداري حيث أشعة الشمس الشديدة . فيصاب بحروق شمس حادة ، لكن الأكثر أهمية حدوث أذيات الجلد المزمنة الناجمة عن الشمس والتي تتظاهر بتوسعات وعائية ، ونقص تصبغ وفرطه بشكل بقعي ، ومران سفعي ، وتقرانات سفعية ، وأورام جلدية ظاهرية خبيثة . تظهر هذه الحوادث باكراً في مرضى المصابين بنقص القدرة على تشكيل الميلانين أو فقدانها ، ولا تحدث أبداً عند السود .

الخلايا الملانية Melanocytes :

تقوم الخلايا الملانية في الجلد بصنع الميلانين . وهذه الخلايا قادرة على تركيب التيروسيناز الذي يوجد في عُصَيَات هيولية خاصة تدعى جسيمات الميلانين ، التي يتم فيها تركيب الميلانين وتخزنه . وعلى الرغم من وجود الخلايا الملانية في مواقع مختلفة من الجسم مثل العين ، والحملة العصبية المركزية ، والغشاء المخاطي ، والأذن الداخلية ، والجلد إلا أنها جميعاً تنشأ من العرف العصبي ، ولذلك فهي تنشأ من الأديم الظاهر . تنتشر هذه الخلايا في بداية الشهر الثالث من الحياة الجنينية عبر الجلد لتأخذ مواقعها ، وتعمل على تشكيل الميلانين في الموصل البشري الأديمي ومطرق الشعرة . ولذلك يمكن تمييز نظامين من الخلايا الملانية : البشرية والشعرية . وفي الحالات المرضية يبدى كلاهما أو أحياناً أحدهما فقط تبدلات مرضية . أما متوسط كثافة الخلايا الملانية فهو حوالي ١٥٦٠ خلية/سم² من الجلد ، ولكن وتوجد اختلافات في قيمة هذا المتوسط تؤخذ بعين الاعتبار . إذ يحتوي جلد القوقازيين ٨٠٠ ± ٤٠

في حالات مرضية معينة (مثل تكاثر سريع للخلايا القاعدية ، وذمة داخل الخلايا وخارجها) يسبب اضطراباً في التصبغ .

الكيمياء الحيوية لتكوين الميلانين Biochemistry of Melanogenesis

الميلانين هو عديد الكينون Polyquinone غير منتظم فيزيائياً ، وغير منحل ، يتركب من التيروسين Tyrosine تحت تأثير الإنزيم الحاوي على النحاس « التيروسيناز Tyrosinase » . وهو يمتص الأشعة الخارجية بأطوال موجات ٢٠٠ - ٢٤٠٠ نانومتر . يتأكسد الحمض الأميني التيروسين (هيدروكسي فينيل ألانين Hydroxyphenylalanine) بواسطة التيروسيناز إلى داي هيدروكسي فينيل ألانين (دوبا DOPA) ، وتعتمد هذه العملية على الأوكسجين . يحتاج التيروسيناز لشوارد النحاس ودرجة باهاء PH وحرارة مناسبة . يتبط التفاعل بواسطة زمر SH . وبعد تشيع الجلد بأشعة UV تتأكسد زمر SH في البشرة وبالتالي يتفعل جهاز التيروسيناز . ويتوسط التيروسيناز أيضاً المرحلة الثانية من تركيب الميلانين المؤدية لأكسدة دوبا إلى دوباكينون . وهذه العملية تتم بسرعة - ثم إلى ليكودوباكروم Leukodopachrome بإغلاق الحلقة . يتزع الهيدروجين من ليكودوباكروم وتحول إلى دوباكروم ، وبعد ذلك يتزع الكربوكسيل فتحول إلى ٦,٥ - داي هيدروكسي أندول . يواجه هذا المركب مزيداً من التأكسد ليشكل الكينون الذي يتكوثر Polymerized ويتحول إلى ملانين . ويمكن للميلانين أيضاً أن يتشكل من دوباكينون ، ليكودوباكروم ، ودوباكروم دون فعل إنزيمي . وأخيراً فإن المركب الأسود الناتج عن ذلك يتحد مع بروتين ليشكل البروتين الملاني النهائي . وبما أن عملية تحويل الدوبا إلى دوباكينون تحدث بسرعة ، فإنه لا يمكن تقدير فعالية التيروسيناز من الناحية النسجية الكيميائية بواسطة محتوى الجلد من الدوبا ، إلا أن هذا التفاعل الذي يعطي مركباً بنياً ضارباً للسواد هو أيضاً مفيد في تحديد هوية الخلايا الملانية من الناحية النسجية الكيميائية .

وقد عُرف وجود أنواع مختلفة من الميلانين في الطبيعة . ويوجد في الجلد نوعان من الميلانين :

إيوميلانين Eumelanin : ويختلف لونه من البني إلى الأسود ، ولا ينحل في معظم المحاليل ، وله بنية كيميائية معقدة ويحوي زمر عديدة من الكينون ، فهو إذن عديد الكينون .

فيوميلانين Pheomelanin : وهو صباغ أحمر وأصفر في الثدييات ويتميز عن الإيوميلانين بقابليته للانحلال في المحاليل القلوية .

يتشكل الإيوميلانين والفيوميلانين من نفس الطليعة أي الحمض الأميني التيروسين ، غير أن ثمة حالات يتم فيها التركيب الحيوي للفيوميلانين من دوباكينون حيث يتحول بالنهاية إلى مركب سيستينيل دوبا Cysteinyl - DOPA ووسائط أخرى وإلى فيوميلانين .

الجسيمات الملانية في الخلايا المقرنة Melanosomes in Keratinocytes

يكون ترتيب الجسيمات الملانية في الخلايا المقرنة من طبقة الخلايا القاعدية متبدلاً . وتحاط بمجموعات صغيرة مؤلفة من اثنين أو أكثر من الجسيمات الملانية في الخلية المقرنة بغشاء عند الأشخاص البيض والعروق المنغولية . ويشاهد في السود أو العروق الأسترالية جسيمات ملانية كل واحد منها محاط بغشاء ضمن الخلية المقرنة . ويحدد حجم الجسيمات الملانية طبيعة تخزينها في الخلايا المقرنة . ولا يغير التسفع Tanning بعد التشيع بالأشعة فوق البنفسجية من نموذج توزيع الجسيمات الملانية ضمن الخلايا المقرنة . قد يكون الغشاء داخل الخلوي المحيط بالجسيمات الملانية شكلاً من تطور الجسيمات الحالة . وتخفي الجسيمات الملانية أثناء هجرة الخلايا المقرنة إلى سطح الجلد نتيجة انحلالها وتقويضها . ويمكن مشاهدة الجسيمات الملانية أو منتجات الميلانين المتهمة في الخلايا المقرنة عند السود أو في حالات التسفع الناجم عن التعرض للأشعة فوق البنفسجية ب . والتي تحدث عقب زيادة تركيب الميلانين .

التسفع (الذنغ) Tanning

تحدث زيادة التصبغ الملاني بعد التعرض للشمس أو للأشعة UV الصناعية عبر عمليتين :

١ - التصبغ العاجل Immediate Pigmentation : يبدأ مباشرة بعد تشيع الجلد . أما آلية تقم الصباغ العاجل I. P. D. فلا تزال قيد البحث حيث تم إعادة توزيع الجسيمات الملانية وحيوط A° - 100 (حيوط متوسطة) في الخلية الملانية من التوضع حول النواة إلى القسم القاصي من الغصينات ؛ أو ازدياد نقل الجسيمات الملانية إلى الخلايا المقرنة ؛ أو إعادة توزيع الجسيمات الملانية ضمن الخلايا المقرنة ؛ أو أكسدة ضوئية لطليعة الميلانين في نهاية المطاف . ولقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الدور الفعال المقترح للخلايا الملانية قد يكون خاطئاً حيث يبدو أن التصبغ العاجل مستقل عن السلامة الوظيفية والبنوية للخلية الملانية ، وليس له علاقة بحركة الجسيمات الملانية . وتنحصر عكوسية التصبغ العاجل في الجلد الحي ، الذي يشير إلى حديثة خلوية فعالة . ويتراوح الطيف

غعد - لإحداث التصبغ العاجل ما بين ٣٢٠ - ٤٠٠ م ن
 - لأشعة مرئية فوق ٤٠٠ م ن . وفي الشروط المخبرية ، تعتمد
 حرجة الصفري لإحداث التصبغ العاجل على نمط
 حد . فانمط I من الجلد لا يحدث تصبغاً عاجلاً ، أما النمط II
 فيحتاج تقريباً إلى ١٥ جول/سم^٢ من اليوفا UVA ، ويحتاج
 نمط III إلى ما يقارب ١٠ جول/سم^٢ ، والنمط IV حوالي
 ٧.٥ جول/سم^٢ . ويتراجع التصبغ المباشر بسرعة بعد ٨
 ساعات .

٥ - التسفع (الدبغ) المتأخر *Delayed Tanning* : هذه
 حديثة أكثر أهمية في إحداث التسفع عقب التشعيع الشمسي أو
 لأشعة UV الصناعية . ويحدث التسفع المتأخر (DT) بشكل
 مسي بواسطة جزء من طيف الأشعة فوق البنفسجية UVB ،
 غير أن الموجات الأطول من اليوفا UVA وحتى الأشعة المرئية
 يمكن أن تحرض على حدوث التملن . ويحدث التفاعل الحماضي
 لأشعة فوق البنفسجية في الجلد زيادة في عدد الخلايا الملانية
 الوظيفية من خلال التكاثر و/أو التفعيل . وأكثر المراحل أهمية
 هي زيادة تركيب التيروزيناز والجسيمات الملانية في الخلايا
 ملانية ، والزيادة النوعية في الخلايا الملانية المتملنة وأخيراً ، نقل
 هذه الجسيمات إلى الخلايا المقرنة المجاورة . ومن المحتمل أن
 يكون تحريض فعالية التيروزيناز بالتشعيع الشمسي مؤشراً على
 كسدة مركبات SH الموجودة بشكل طبيعي في البشرة .

تأثير الغدد الصم Endocrine Control :

يتأثر تكون الملانين بالهرمونات النخامية وبشكل أقل
 بالهرمونات الستيرويدية . ومن الشائع حدوث فرط تصبغ
 معمم عند المرضى المعالجين بـ ACTH كتأثير جانبي . ويعود
 نسب إلى الهرمون المحرض للخلايا الملانية MSH - α الذي
 يمتد ١٣ حمضاً أمينياً ذات ترتيب مماثل للهرمون ACTH
 باستثناء أن السيرين Serine النهائي يكون مؤسلاً . أما α -
 MSH فله نفس البنية عند الإنسان والفقاريات الأخرى . ومن
 جهة أخرى ، يختلف MSH - β من نوع لآخر . وبعد حقن
 MSH يظهر تصبغ بني منتشر يشبه داء أديسون . أما آلية تأثير
 هرمون MSH على الخلايا الملانية فغير معروفة . ويمكن أن
 تحدث كل من ACTH ، و MSH ومواد مشابهة تصبغاً بقعياً
 زرقاً أو بنياً عند البيض على غرار ما يشاهد في الغشاء المخاطي
 لقموي عند السود . وقد أثبتت الدراسة على الحيوانات أن
 الأندروجينات يمكن أن تحرض تصبغ الجلد بينما لا تؤدي
 لاندروجينات إلى ذلك . ومهما يكن ، فقد لوحظ زيادة
 تصبغ الجلد بوضوح عند الرجال الخصبين ولدى النساء بعد
 تناول التستوسترون . ومن غير المعروف الدور الذي يلعبه

الميلاتونين (N - أسيتيل - ٥ - ميتوكسي تريتامين) في
 التصبغ .

اضطرابات تكون الملانين Disorders of Melanogenesis :

يمكن أن تحدث اضطرابات تصبغ الملانين بإحدى الآليات
 التالية :

- تغيرات في عدد الخلايا الملانية .
- اضطرابات وظيفية في تشكيل الجسيمات الملانية ، ونضجها ،
 وإفرازها .
- اضطرابات في نقل الجسيمات الملانية .

ويمكن أن تكون اضطرابات تصبغ الملانين ولادية أو
 مكتسبة ، وقد تؤدي إلى فرط تصبغ موضع أو منتشر أو زوال
 الصباغ (نقص الملانين) .

فرط التصبغ المحدد

Circumscribed Hyperpigmentation :

الشمس Ephelides :

المرادفات : Freckles .

الحدوث : يحدث خاصة في الأشخاص ذوي الشعر الأحمر أو
 الأشقر ويورث بالصبغي الجسدي السائد .

الآلية المرضية : يصبح الشمس أكثر وضوحاً في الربيع
 والصيف تحت تأثير الأشعة فوق البنفسجية التي تحت على
 تشكيل الملانين ، ويخف شتاءً . ولا يزداد عدد الخلايا الملانية
 في هذه التمشات . ولقد اقترح أن الخلايا الملانية في التمشات
 تقوم بتشكيل الملانين بسرعة وبكميات أكبر من الأشخاص
 ذوي الجلد الطبيعي . استناداً على معلومات وراثية خاصة .

الموجودات السريرية : التمشات تقع ذات حدود واضحة
 وأشكال غريبة ، وتأخذ شكل بقع مصطبغة بنية ضاربة
 للصفرة أو صفراء ، ذات كثافة متغيرة ، توزعها متناظر
 وتفضل القسم المتوسط من الوجه (راجع الشكل
 ٢٦ - ٣) ، والساعد والعضد ، والكف . تشاهد في
 الأعمار الباكرة في الأشخاص الشقر أو ذوي الشعر الأحمر .
 وتنتشر بشكل واسع ، وتراجع مع تقدم العمر . لا ترى في
 المناطق غير المعرضة للضياء مثل الغشاء المخاطي للفم والمنطقة
 التناسلية .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد زيادة في حبيبات الملانين في
 الخلايا القاعدية من البشرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن مختلف أشكال

الشامات بنظام توزعها وغياب تأثير أشعة الشمس في الشامات ، وهذا يساعد في التشخيص . كما يجب تفريقها عن التآليل المسطحة الفتوية المصطبغة ، والتمشحات التي لا تتراجع في الشتاء (التمشحات المستمرة) ، وجفاف الجلد المصطبغ خفيف الشدة .

المعالجة : تستعمل واقيات الضياء ذات عامل عالي الوقاية من الضياء (SPF) يبلغ ١٥ وحدة أو أكثر . وهي تقي من الأشعة فوق البنفسجية A, B ، وتفيد نوعاً ما عندما تستعمل بانتظام منذ الطفولة المبكرة . ويزال التصبغ بواسطة رهيمات الشمس الحاسوبية على أملاح الزئبق (يحذر من الأرج نحو الزئبق أو التسمم به) ، أو بتثبيت تركيب الميلانين بواسطة رهيم من إيترومونوبزيل هيدروكينون ، ولهذا الرهيم تأثير واضح لكنه محدود . تؤدي المعالجة الموضعية بالإيتريفلور ٢٠٪ إلى تآكل التصبغ وتقشره ، وتتطلب هذه المعالجة خبرة بسبب الأعراض السمية العامة . ولا يوصى عادة بالمعالجة القرية للأفات ، ولا باستعمال الخردل الآزوتي الذي قد يكون ناجحاً جداً لكنه يحتاج إلى مهارة وخبرة .

متلازمة بوتز - جيكروز Peutz - Jeghers Syndrome
[Jeghers 1944, Peutz 1921]

المترادفات : داء السليالات المصطبغ البقعي ، داء الشامات حول الفوهات .

الحدوث : مرض عائلي ، يورث بصبغي جسدي سائد . وتظهر أعراض هذه المتلازمة عادة قبل سن الثلاثين .

الموجودات السريرية : بقع مصطبغة تشبه التمش لكنها غالباً ما يتراوح لونها بين اللون البني الداكن إلى البني المسود ، وتحدث خاصة في المناطق حول الفم والحجاج وعلى ظهر اليدين في الطفولة المبكرة ، عند الأشخاص ذوي الشعر الغامق . وتوجد البقع المصطبغة على الشفاه أيضاً . وقد توجد على المخاطية الفموية بقع سوداء مزرقة أو بنية غامقة متعددة . ويمكن أن تصاب الملتحمة أيضاً . وتظهر في ذات الوقت بسليالات معوية صغيرة تدل عليها القيئات والألم البطني . وقد يحدث علوص ، ونزف معدي معوي ، وفقر دم ثانوي نتيجة لذلك . (راجع الشكل ٢٦ - ٤) .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي البقع المصطبغة مظاهر التمش مع فرط تصبغ عميق بؤري وفرط تصنع ظهاري خفيف .

السير : قد تبدي البقع المصطبغة على الجلد تراجعاً شديداً خلال الحياة المتأخرة ، ولكن يبقى التصبغ الفموي ثابتاً ، كعلامة وحيدة للمرض . وقد تتكس السليالات في الأمعاء

الدقيقة ، وفي المعدة أيضاً ، غير أن الحبابة والانتقالات قلما ورد ذكرها .

المعالجة : الإجراءات الجراحية ضرورية في الأعراض البطنية والعلوص . ولكنها غير ضرورية في المرحلات المعوية غير العرضية .

البقع الشبيهة بالتمش في الإبط في الورام الليفي العصبي المعمم :

المترادفات : التمش الإبطي ، علامة كروف Crowe .

الموجودات السريرية : بقع تشبه التمش ، أو بقع أكبر بلون القهوة بالحليب ، نموذجية للورام الليفي العصبي المعمم ، لكن تشخيص الورام الليفي العصبي المعمم يجب أن يوضع بوجود بقع القهوة بالحليب أو أورام الجلد النموذجية على بقية الجلد . وتلاحظ هذه البقع أيضاً في متلازمة ليوبارد Leopard .

متلازمة ألبرايت ١٩٣٧ Albright's Syndrome

المترادفات : متلازمة Albright - Mc Cune - Sternberg ، متلازمة Albright - Mc Cune .

التعريف : تتميز هذه المتلازمة بتغيرات عظمية ، واضطرابات وظيفية صماوية ، وبلوغ مبكر وبقع مصطبغة محددة .

الموجودات السريرية : هذه المتلازمة نادرة الحدوث . وتتصف بخلل تنسج عظمي ليفي مع ألم ، وكسور ، وذات عظم ونقي ، وبقع مصطبغة تذكرنا ببقع القهوة بالحليب في الورام الليفي العصبي المعمم . تكون أعداد هذه البقع المصطبغة قليلة وذات حدود غير منتظمة ومستنة غالباً . تصيب الجهة ، والنقرة ، والظهر والمناطق الحرقمية العجزية والأولية .

التشريح المرضي النسيجي : لا يزداد عدد الخلايا الملانية في هذه الآفات . وقد توجد بشكل نادر حبيبات صباغية عملاقة نموذجية في الخلايا المقرة أو الخلايا الملانية في بقع القهوة بالحليب في الورام الليفي العصبي .

السير : يحدث تصبغ الجلد عادة خلال السنتين الأوليتين من الحياة ، وغالباً ما يحدث خلال الشهر الأول . وهو ذات توزع غير متناظر ، وتصيب مناطق الجلد التي تستر الإصابة العظمية الشديدة .

الكلف Chloasma (Melasam)

الموجودات السريرية : فرط تصبغ ذو توزيع متناظر على الجهة ، والصدغين ، والخدين عند النساء والقيئات . ويتصف ببقع غير محددة لها شكل غريب غير منتظم ، صفراء أو بنية اللون ، وقد تتلاق لتشكل لويحات كبيرة ، وقد تشكل على

فرط التصبغ حول العين Periorcular : Hyperpigmentation

وهو فرط تصبغ منتشر بني إلى بني ضارب للسواد يوجد في المناطق حول العينين ، وخاصة لدى النساء السمرات . وصف بروك هذه التغيرات بالقناع الصفراوي Masque Biliaire لاعتقاده أنها قد تكون دليلاً على حصيات صفراوية . ومهما يكن من الأمر فهي ليست كذلك دائماً .

ويلاحظ فرط التصبغ حول العين أيضاً في الاضطراب التناسلي دون أن يرافقه أي مرض آخر وقد قيل بأن فرط التصبغ حول العين ، وخاصة في المنطقة الأنسية للأجفان والحاجبين ، هو دليل على فرط الدرقية (علامة Jellinek) .

التشخيص التفريقي : يفرق عن التصبغ الرمادي المسود المتسخ ، والتفضفض ، والانسجام بالزئبق .
المعالجة : لا يوجد علاج لهذه الآفة .

ملان ريل Riehl's Melanosis [Riehl 1917] :

التعريف : لوحظ هذا الملان الالتهابي في فيينا في نهاية الحرب العالمية الأولى ، وعُزي إلى سوء التغذية . ويصنف اليوم مع التهاب الجلد الملاني الانسمامي Melanodermitis Toxica وينظر إليه على أنه تصبغ ناجم عن التهاب جلد ضيائي بالتماس .
الحدوث : لوحظ هذا المرض أيضاً في الحرب العالمية الثانية في بلدان أخرى ، وهو أكثر شيوعاً عند النساء غير أنه شوهد أيضاً عند الأطفال .

الإمراض : لم تثبت بعد علاقته بسوء التغذية بعوز الفيتامينات أو باضطراب صماوي ، ويشك بعلاقته بالمواد المتفاعلة ضيائياً الموجودة في المزوقات كأساس في ملان الجلد الانسمامي .

الموجودات السريرية : يبدأ ملان ريل بسرعة نسبياً ، ويتوزع بشكل متناظر . ويتصف ببقع حمراء غير واضحة الحدود تتحول خلال أشهر إلى تصبغ شبكي أو واسع شامل ، يتراوح لونه بين الرمادي الفاتح إلى البني الغامق ، والتوضعات الرئيسية لهذا الملان هي الجبهة ، والصدغان ، والخدان ، والأوجه الجانبية للعنق ، أي المناطق غير المغطاة وذات التعرض المديد للضياء ، وقد تظهر في هذا الملان تفرانات جريية أو حول جريية ، وحطاطات حزازية أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : يبدي التشريح المرضي النسجي في المراحل الباكرة رشاحة النهائية خلوية في الأدمة العليا وتنكس تميمي في الطبقة القاعدية من البشرة . وعلاوة على ذلك ، نجد في الأدمة العليا أيضاً ملانيناً غزيراً داخل الخلايا البالعة للملانين أو حرة في النسج (سلس الصباغ) .

نوجه قناعاً من الصباغ الذي يشتد لونه خلال التعرض شمس . (راجع الشكل ٢٦ - ٥) .

الإمراض : ويتصف بزيادة تشكل الملانين في الخلايا الملانية في نظقة القاعدية .

تكلف الحمل Chloasma Gravidarum : يُفسر الكلف حملي بأنه تغيير فيزيولوجي أثناء الحمل (قناع الحمل) . يحدث مترافقاً مع فرط تصبغ الخط الأبيض ولعوة الشدي والأعضاء التناسلية . ويتراجع بعد الولادة عفواً . وقد يستمر لفترة طويلة في بعض الحالات : الكلف الحمل الدائم C. G. Perstans .

تكلف الهرموني Chloasma Hormonale : وكما أن الكلف حملي ينجم عن عوامل هرمونية (استروجينات) ، كذلك فإن الاضطرابات الهرمونية والأورام المبيضية تُحدث هذا تصبغ أيضاً على الرغم من غياب الحمل . ويلاحظ الكلف في ١٠٪ - ٢٠٪ من النساء اللواتي يتناولن حبوب منع الحمل التجموية بانتظام .

كلف المزوقات Chloasma cosmeticum (التهاب الجلد تقلادي Berloque Dermatitis) : إن هذا النوع من التصبغ الشبيه بالكلف شائع جداً ، وينجم عن المزوقات وخاصة رهيمات الجلد التي تحتوي على الودلين أو نتيجة حساسية ضيائية مزمنة تحدثها مواد محسسة للضياء مثل عطر البرغاموت في الرهيمات المزوقة . ويرد تشخيص كلف المزوقات بشكل خاص في الحالات التي يوجد فيها أيضاً فرط تصبغ حول الفم (ملان حول الفم لبروك) . ويمكن أيضاً مشاهدة هذا التفاعل الجلدي النموذجي للمزوقات الوجهية عند الرجال .

الكلف الدوائي : يحدث فرط تصبغ شبيه بالكلف على الوجه عند الذين يتناولون الأدوية الحاوية على الكلوروبرومازين أو الهيدانتونين لمدة طويلة .

الكلف الدنفي Chloasma Cacheticorum : فرط تصبغ يشبه الكلف على الوجه في المرضى المصابين بالأمراض المدنفة مثل السل أو الأورام الخبيثة في الأعضاء الداخلية .

المعالجة : تجنب أشعة الشمس المباشرة ، واستعمال واقيات الضياء التي لها عامل عالي الوقاية من الضياء في مجال طيف أشعة اليوفا UVA . ويفيد تطبيق مزيلات الصباغ المؤلفة من مركب الهيدروكينون - تريتينونين (حمض فيتامين A) مع ستيرويدات قشرية (حسب رأي Kligman) حيث يستعمل التريتينونين (٠,٠٥٪) ، والهيدروكينون (٢٪ - ٥٪) مع رهم التريامسنولون بتركيز منخفضة .

السير : لما كانت هذه الحالة غير ناجمة عن زيادة تشكل الصباغ وإنما عن توضع غير مناسب للملانين في الأدمة العليا نتيجة تحطم الخلايا القاعدية عبر التغيرات الالتهابية ، فإن التراجع التام لا يحدث ويكون الإنذار سيئاً .

المعالجة : التغطية بالمزوقات أو بالموهات . وما عدا ذلك ينصح بتطبيق واقيات الضياء كما في الكلف .

التهاب الجلد الملاني الانسمامي Melanodermatitis Toxic [Hoffmann and Habermann 1918] :

التعريف : فرط تصبغ ناجم عن الالتهاب الذي يحدثه الضياء والمركبات ذات السمية الضوئية بالتماس الخارجي (التهاب الجلد الضيائي المزمن الخارجي المنشأ) .

الحدوث : يلاحظ هذا المرض خاصة عند الأشخاص الذين خضعوا لتاس مهني مع زيوت مزقة أو مشتقات الزيوت المزقة خلال فترة طويلة . ويحدث هذا الاضطراب أيضاً عند النساء أو الرجال الذين يستعملون رهمات حاوية على الودلين ، ومن المحتمل أن يكون ذلك من جراء المضافات ذات الآلية الضيائية ، للعناية بالجلد خلال فترة طويلة .

الموجودات السريرية : يأخذ الجلد لوناً بنياً بنفسجياً غير منتظم على المناطق المعرضة للشمس وخصوصاً الوجه ، والرقبة ، وأعلى الصدر بعد تفاعل التهابي عابر وبدي . وقد تحدث في بعض الحالات حطاطات حزازية ونقاطات .

الأعراض : غير موجودة باستثناء فرط التصبغ .

التشريح المرضي النسيجي : ويتصف بشواك ورشاحة التهابية خلوية حول الأوعية عابرين ، بالإضافة إلى صباغ خشن في الأدمة العلوية (سلس صباغ) وفي بالعات الصباغ .

السير : يزول فرط التصبغ ببطء شديد بعد تجنب التماس مع العامل المسبب .

المعالجة : إزالة السبب ، تغيير المزوقات ، واستعمال واقيات الضياء والموهات كما في الكلف .

تبكل الجلد لسيفان Poikiloderma of Civatte :

المترادفات : تبكل الجلد الشبكي المصطبغ في الوجه والعنق (سيفان ١٩٢٣) .

يحدث هذا المرض عند النساء والرجال في منتصف العمر . ويظهر بشكل متناظر على الأجزاء الجانبية من الحدين والعنق ويعف عن المنطقة تحت الذقن . تشكل الآفات بؤراً مصطبغة بنية محمرة مع توسع شعريات وضمور خفيف . يشير التوزع إلى أن التلازمة تنجم عن الضياء والمواد المحسسة للضياء

الموجودة في المزوقات أو في المواد العلاجية الخارجية . وقد وصفت في حالات عديدة اضطرابات صباوية . وقد يكون هذا المرض نوعاً مختلفاً من التهاب الجلد الملاني الانسمامي (ملان ريل) في مناطق الوجه والعنق . كما قد توجد علاقة وثيقة مع الملان الحماامي بين الجريبات على العنق .

ملان حول الفم Melanosis Perioralis et Peribuccalis [Brocq 1923] :

المترادفات : فرط تصبغ حول الفم (بروك) ، التصبغ الأحمر الوجهي ، التصبغ الأحمر حول الفم لبروك .

التعريف : فرط تصبغ خارجي المنشأ في المنطقة حول الفم ناجم عن المواد المحسسة للضياء والودلين في المزوقات .

الموجودات السريرية : شائع عند النساء في منتصف العمر ، إلا أنه شوهد عند الرجال . يظهر بشكل غموضي حول الفم . (راجع الشكل ٢٦ - ٦) . يحدث في البدء تصبغ بني محمر غير محدد ، ثم يتحول فيما بعد إلى تصبغ رمادي مسود ، وقد يصاب الخدان والصدغان في بعض الحالات . وقد يحدث توسف نخالي الشكل (خطل التقرن المصطبغ حول الفم) .

السير : يستمر فرط التصبغ لفترة طويلة حتى عندما يتوقف استعمال المزوقات المسببة .

المعالجة : إزالة السبب ، الموهات ، واقيات الضياء والمزوقات التي لا تحوي وذلين أو مواد محسسة للضياء ، وتجرب مزيلات الصباغ كما في الكلف .

داء الشامات Lentiginosis :

يتميز داء الشامات بشامات عديدة . وهذه الشامات ذات مظهر يشبه الفم ، لكنها أكثر استدارة ، ولونها أغمق ، وعملياً لا تتفاعل مع أشعة UV وأشعة الشمس ، وقد ورد أنها تتراجع في أشهر الصيف . قد تشاهد الشامات في أي مكان من الجلد والأغشية المخاطية . وتظهر بشكل رئيسي في الطفولة وقد تظهر متأخرة .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد زيادة عدد الخلايا الملانية (خلايا نيرة) في منطقة الموصل البشري الأدمي ، ولكن دون تشكيل أعشاش وحمانية . ويوجد زيادة محتوي الملانين في الخلايا الملانية . وتبدي البشرة شواكاً خفيفاً وتطاولاً بالحليات الأدمية .

الإنذار : غير مؤذ .

المعالجة : غير ضرورية . يمكن تطبيق الموهات أحياناً .

- اضطرابات في تخطيط القلب الكهربائي ECG (اضطرابات النقل مع حصار الحزم القلبية ، ولا يوجد اضطراب نوعي في نقل التنبيه البطيني) .
 - اضطرابات عينية Ocular وتباعد العينين .
 - تضيق رئوي Pulmonary Stenosis .
 - شذوذات تشكّل الأعضاء التناسلية Abnormalities in Formation of the Genitalia .
 - تأخر نمو Retardation of Growth .
 - صمم (تبي) Deafness .
- وقد تحدث هذه المتلازمة بشكل غير تام أيضاً . وهي نادرة جداً غير أن لها أهمية خاصة لأن الشامات هنا تشير إلى أمراض داخلية أساسية .

الشامات الناجمة عن البوفا PUVA وفرط التصبغ الشبيه بالوحمة البقعية [Hofmann et al 1977] :

تحدث هذه الشامات لدى حوالي ٢٪ من المرضى الخاضعين لمعالجة كيميائية وخصوصاً إذا حدث انسجام ضوئي شديد . وقد يحدث التراجع العفوي .

داء الشامات الغزيرة حول الأعضاء التناسلية وفي الإبط [Korting 1967] :

تتوضع الشامات في هذه المتلازمة في المواضع التي يشير إليها اسم المرض . وتفرقها عن البقع الشبيهة بالشمس الإبطي عند مرضى الورام العصبي الليفي المعمم مهم جداً .

الشامات الشيخية Lentigo Senilis :

المترادفات : بقع شيخية ، بقع المسنين ، الشامة الشيخية .
التعريف : شامات بنية اللون تظهر على المناطق ذات التعرض المديد للضياء . وتشكّل بعد الثلاثين من العمر .

الحدوث : شائعة جداً . لا يوجد لها أساس وراثي ما عدا علاقتها مع غط الجلد I و II .

الموجودات السريرية : آفات بنية ، تتراوح أقطارها بين بضعة ميليمترات وحتى بضعة سنتيمترات . تتواجد خصوصاً على ظهر اليدين . (راجع الشكل ٢٦ - ٨) ، والسطوح الباسطة للساعدين ، والوجه أيضاً . لا تبدي شدة تصبغ هذه البقع أية علاقة بأشعة الشمس . ولا تتراجع في الفصول التي تقل فيها هذه الأشعة .

الأعراض : لا عرضية . لكن الكثير من المرضى يشعرون بالإحباط من الناحية الجمالية .

التشريح المرضي النسيجي : تبدو البشرة طبيعية ولكن غالباً ما

وينصح بفحص الآفات القائمة (السوداء) ، وتستقصى نسيجياً إذ كبرت أو كان قطرها أكبر من ٥ مم .

شامات منتصف الوجه Lentiginosis Centrofascialis [Touraine 1941] :

متلازمة وراثية تنتقل بصبغي جسدي سائد نادرة جداً . تتميز بظهور بقع تشبه الشمس ، بنية أو سوداء ، صغيرة تظهر بكرة في السنة الأولى من الحياة ويزداد عددها في سن الطفولة . تتوضع النموذجي هو منتصف الوجه . لا تصاب الأقسام الوحشية من الوجنة والوجه ، ولا تصاب الأغشية المخاطية أيضاً . كما تشاهد العلامات المرافقة التالية : الشوك المشقوق ، فرط أشعار عجزية ، حداب وجنف ، صدر قمعي ، غياب الأسنان القاطعة المتوسطة العلوية ، اضطرابات الحواجب ، وتخلخل عظمي . كما وصف أيضاً الصرع والتقران البدئي .

التشخيص التفريقي : تفرق عن داء الشامات الطفحي ، التمثشات ، داء الشامات الموضع ، متلازمة بوتز جيكروز ، متلازمة موينان Moynahan ومتلازمة ليوبارد LEOPARD .

المعالجة : لا توجد معالجة لهذا الداء .

داء الشامات الطفحي Eruptive Lentiginosis :

تظهر شامات عديدة عند اليافعين في سن البلوغ أو المراهقة خلال مدة قصيرة نسبياً وغالباً ما تكون هذه الفترة عدة أسابيع أو أشهر .

تشبه الآفات في البدء الشعيرات الدقيقة المتوسعة ومن ثم تتحول إلى وحة خلوية ملانية . وغالباً ما يكون المرضى حذرين نتيجة التطور السريع لهذا المرض ، لكن الإنذار حميد ولا توجد ضرورة للمعالجة ، والمراقبة فقط هي الضرورية .

متلازمة ليوبارد LEOPARD [Zeister and Becker 1936, Moynalan 1962] :

المترادفات : متلازمة الشامات .

التعريف : تتحدد هذه المتلازمة بصبغي جسدي ذو نفوذية مختلفة . تتميز سريراً بشامات مع عيوب تطورية . (راجع الشكل ٢٦ - ٧) .

الموجودات السريرية : LEOPARD كلمة مشتقة من الأحرف الأولى لأسماء الاضطرابات الرئيسية الموجودة في هذه المتلازمة وهي :

- الشامات Lentiginosis .

تظهر تنوعات صغيرة من الشواك ، بينما يظهر فرط تصبغ بؤري كثيف في الطبقة القاعدية . تكون الخلايا الملانينية طبيعية نسيجياً غير أن أعدادها متزايدة .

السير : يزداد عدد البقع وحجمها مع تقدم العمر . ولا تتطور إلى الشامة الخبيثة . ولذلك كان الإنذار حميداً .

التشخيص التفريقي : تفرق عن التقرانات المثية المسطحة (التقرانات المثية الشبيهة بالثآليل المسطحة) ، وتبدي فرط تصبغ مماثل لها ولكن يمكن تمييز التقرانات المثية المسطحة عن الشامة الشبيحية بسطحها غير اللامع وبكونه باهتاً ومرتفعاً قليلاً . ومن المحتمل أن العديد من الشامات الشبيحية تكون في البداية تقرانات مثية شبيهة بالثآليل المسطحة .

المعالجة : صعبة . يمكن تجربة التحفيف الكهربائي الحذر أو تطبيق موضّع متكرر لصبغة اليودوفيللين (٢٠ - ٢٥٪ في محلول كحولي) أو محلول الفينول الممدد . ويمكن أن تكون المعالجة بالآزوت السائل ناجحة ، كما يمكن تجريب التريتينوين . Tretinoin

سلس الصباغ [Incontinentia Pigmenti Bloch]
[1925, Sulzberger 1927]

المرادفات : متلازمة بلوك - سالز برجر .

التعريف : هو جلاد وراثي يبدأ في فترة الطفولة الباكرة . تسيطر فيه أعراض جلدية مختلفة وشذوذات في العين وفي الجهاز العصبي المركزي ، كما تظهر فيه أعراض قحفية .

الحدوث : المرض نادر جداً . وغالباً ما يحدث عند الإناث (٩٧٪) وبشكل نادر في الذكور (٣٪) . فهو إما موجود عند الولادة أو يظهر في الأسابيع الأولى من الحياة .

الإمراض : الوراثة سائدة ومرتبطة بالصبغي X . وعادة ما يموت الأجنة الذكور المصابون . يبدأ المرض بمرحلة النهائية ثم يترقى بعدها إلى سلس صباغ حيث يتناثر الملانين من الخلايا القاعدية المتخربة إلى الأدمة العليا ، ويبقى ترسب الصباغ على شكل رذاذ لمدة سنين عديدة .

الموجودات السريرية : يمكن تمييز مرحلتين مختلفتين تقود إحداها إلى الأخرى .

المرحلة النهائية : يمكن لهذه المرحلة أن تظهر خلال الحمل ولهذا لا تلاحظ عند حديثي الولادة غير أننا نجد زيادة التصبغ النموذجي لديهم . أو قد تظهر هذه المرحلة عند الولادة أو في الأسابيع الأولى بعدها على شكل اندفاعات فقاعية حويصلية متوترة صافية تأخذ أشكالاً خطية أو تأخذ شكل مجموعات .

المرحلة الحويصلية الفقاعية *Vesiculobullous Stage* : وتتوضع على الألبتين وجوانب الجذع خاصة . (راجع الشكل ٢٦ - ٩) . وتحدث أيضاً على الأطراف . وسرعان ما تحدث حطاطات تأخذ ترتيباً خطياً ، وعقيدات حمراء يمكن أن تتفرح أيضاً (المرحلة الثؤلوية *Verrucous Stage*) . ومن الجدير بالملاحظة أن الحطاطات الحليمومية ثؤلوية الشكل وذات التوضعات الخطية تحدث على ظهر اليدين والقدمين وخاصة على جوانب الأصابع والأباحس . وخلال الفترة النهائية تكون الحالة العامة للطفل طبيعية ، ولكن يوجد ارتفاع الحمضات في الدم وفي النسج . وإن نسبة ٥٠٪ من الحمضات في اللطاخة الدموية ليست غير عادية . تتواصل التغيرات النهائية على شكل هجمات وغالباً ما تتوقف بين الشهر الرابع والشهر السادس من عمر المصاب .

مرحلة التصبغ *Pigmentation Stage* : تنجم هذه المرحلة عن التغيرات النهائية الفقاعية التي تتجلى نسيجياً بحويصلات داخل بشرية يرافقها حمضات مع شواك سفاجي ، وتفاعل التهابي يتألف من حمضات عديدة في الأدمة العليا أيضاً . ويشاهد تصبغ بقعي غير منتظم يراوح لونه بين البني إلى البني الرمادي أو الرمادي الفاتح ، يأخذ شكل دوائر إكليلية أو شريطية أو غير منتظمة تماماً . وتظهر خاصة على المناطق الانتقائية . وإذا وجدت هذه التصبغات منذ الولادة ، يكون الوليد قد مرّ بالمرحلة النهائية داخل الرحم . وتوجد أيضاً حالات يلاحظ فيها تصبغ بقعي في أماكن أخرى غير التي أصيبت سابقاً . وما تغيرات الصباغ إلا تغيرات ثانوية كما في فرط التصبغ الثانوي ولا تنتج عن زيادة فعالية الخلايا الملانينية ولكنها تنجم عن انتشار الملانين من الخلايا القاعدية في البشرة إلى الأدمة ويعتبر هذا الحدث دلالة على سلس الصباغ .

وتظهر في بعض الحالات خاصة ضمورية شبيهة بالثعلبة الكاذبة في منتصف قمة الرأس إلا أنه لا تشاهد اضطرابات أخرى في الأشعار .

الأعراض المرافقة *Accompanying Symptoms* : تلاحظ في حوالي ٥٠٪ من الحالات اضطرابات أخرى ، وهي اضطرابات في الأسنان (تأخر التسنن - غياب أسنان منعزل وخاصة الجانبية العليا) - وشذوذات في الجهاز العصبي المركزي تشمل (تأخر في التطور العقلي - صغر رأس - صرع - رخ - شلل رباعي تشنجي) - شذوذات عينية (ضمور عيني - زرق كاذب - التهاب عينية - ساد - حَوْل) وتشوهات أخرى (في الجهاز الهيكلي - داء قلبي ولادي) .

التشخيص التفريقي : يتشابه المرض في المرحلة النهائية مع

الدماغ الكهربائي EEG ، نوب اختلاجات ، حَوَل ، تشوهات في الأذان والأطراف وغيرها .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي سلس الصباغ (المرتبط بالصبغي X) ، والوحمة اللا صباغية (فقد التصبغ الثابت) .
المعالجة : لا علاج لهذا الحالة .

فرط التصبغ الثانوي Secondary Hyperpigmentation :

يطلق هذا المصطلح على فرط التصبغ الذي يحدث في أعقاب آفات سابقة . ويحدث فرط التصبغ هذا نتيجة مادتين حيويتين :

- ١ - يزداد عدد الخلايا الملانية في المنطقة المصابة و/أو معدل تشكل الملانين ، وهذا يؤدي إلى ازدياد الملانين .
- ٢ - تحطم الخلايا المقرنة الحاوية على الملانين خلال التغيرات الالتهابية في الجلد حيث تنتشر حبيبات الملانين (الجسيمات الملانية) ضمن الأدمة وتمكث فيها كما في الوشم . وفي هذه الحالة تكون بقع التصبغ رمادية أو ذات لون رمادي ضارب للزرقة .

فرط التصبغ الآلي : يحدث فرط التصبغ بشكل شائع بعد تنبيه آلي مزمن . ويوجد بوضوح تغيرات مفردة في تفاعل الخلايا الملانية . تقود هذه التفاعلات إلى زيادة في تولد الملانين في مناطق الجلد المعرضة للتخريش الآلي . يحدث فرط التصبغ التوذجي في المناطق المعرضة للضغط بالحزام (الزنار) وصديرية الثديين والحملات ، والمناطق المعرضة للاحتكاك المستمر (إبط - عنق - مغبن) ، والجلاطات الحاككة كالتهاب الجلد التأتبي ، والتهاب الجلد الحلي الشكلي . ويمكن أن يقود التخديش المستمر للجلد إلى فرط التصبغ .

فرط التصبغ الحراري (حمامي أو ملان الحرور) Erythema or Melanosis ab Igne : يمكن للأشعة تحت الحمراء ، بعد التعرض لها بوقت طويل نسبياً ، أن تقود إلى تصبغ ثانوي أي ملان الجلد الشبكي الحراري (الملان الحراري لبوشكيه) ، وذلك في المكان المعرض للحرارة لمدة طويلة [كما في الأسرة الحرارية لألم الظهر ، (راجع الشكل ٢٦ - ١٠) - حرارة الموقد أو الجهاز الحراري الكهربائي على الساقين - زجاجات الماء الحار] . وبعد أسابيع يظهر تصبغ بني شبكي مرمري . تنجم هذه التصبغات عن زيادة إنتاج الملانين في نظام الخلية الملانية وعن المران الجلدي الحروري . وبعد وقف التشعيع

تهب الجلد الحلي الشكلي ، والفقاعاني الفقاعي . ويفرق عن خلال انبثرة الفقاعي الوراثي الذي يُعز عن سلس الصباغ بتوضعات الانتقائية للحويصلات . وحالما يظهر فرط التصبغ خفي المنحني أو الشبكي ، يصبح التشخيص سهلاً .
ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار أيضاً سلس الصباغ الناصل (نلا صباغي) .

المعالجة : تهدف المعالجة في المرحلة الحويصلية إلى تجنب الحنج ثنائوي . وفي الحالات الشديدة تتطلب المعالجة إعطاء ستيروئيدات الجهازية .

سلس الصباغ (الناصل اللا صباغي) Incontinentia Pigmenti Achromians :

مرادفات : نقص الملان لايتو (Ito 1951) .

التعريف : اضطراب عصبي جلدي يتظاهر بأشكال غير منتظمة من الوضع Leukoderma ، تصيب الجذع والأطراف . ويحدث نقص التصبغ بنمط يشابه النمط الذي يحدث في فرط الملان أو سلس الصباغ ، ولهذا أطلق عليه اسم سلس الصباغ الناصل . ويوحي الترافق ما بين التغيرات التصبغية الحادثة على طول خطوط بلاشكو Blaschko Lines وشذوذات الوريقة المتوسطة على أنه شكل من الأدواء المزقة Mosaicism .

الحدوث : نادر نسبياً . وقد سجلت مئة حالة من هذا المرض عام ١٩٨٣ . ويمكن أن تصيب أي عمر ، وإصابة الإناث أكثر بـ ٢,٥ - ٥ مرات من إصابة الذكور . ويحتمل أن تنتقل الوراثة بصبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية : يتظاهر على شكل دوامات ، وأثلام (Marble - Cake - Like) . وتشاهد نماذج ذات توزع غير متناظر على طول خطوط بلاشكو ، وغالباً ما تتوضع على الجذع والأطراف . وتظهر بشكل جلي بوساطة أشعة وود . وتكون الآفات معاكسة لسلس الصباغ أو أنها لا تدل عليه . ونقص الملان هذا قد يكون عكوساً ، وقد يترق . لا توجد حويصلات أو آفات ثلولية الشكل ولا شذوذات صبغية في هذا المرض .

التشريح المرضي النسيجي : ينقص تفاعل الدوبا DOPA في الجلد المصاب مقارنة مع الجلد غير المصاب ، وينخفض عدد الخلايا إيجابية الدوبا DOPA . ويتواجد قليل من الجسيمات الملانية في المرحلة I ، وخلايا مقرنة متفجئة .

الموجودات المرافقة : سجلت المظاهر السريرية التالية في أكثر من $\frac{2}{3}$ الأطفال المصابين : تخلف عقلي ، اضطرابات في مخطط

الحراري يحدث تراجع بطيء في التصبغ ، ولا يكون هذا التراجع تاماً .

فرط التصبغ السفعي Actinic Hyperpigmentation : تؤدي أيضاً ، العمليات الحيوية الضوئية التي تسبب حمامي بعد الأشعة فوق البنفسجية إلى تحريض توليد الميلانين في المناطق المشععة حيث تحدث زيادة في عدد الخلايا الميلانية الفعالة بعد الحمامي ، وتؤدي إلى ارتفاع فعالية إنتاج الحبيبات الميلانية ، ومن ثم إلى زيادة التصبغ . وما التسفع (الدبغ) إلا عملية تفعيل مع تشكل جديد للميلانين . (راجع بحث التسفع في نفس الفصل) . ويظهر فرط التصبغ أيضاً بعد التشعيع بأشعة α ، β ، أو γ نتيجة تشكل الميلانين .

فرط التصبغ الكيميائي Chemical Hyperpigmentation : تحدث العوامل الكيميائية الضارة التهاب جلد تماسي سمي . ويمكن أن ينشأ فرط تصبغ محدد في سياق هذا الالتهاب . ويحدث فرط تصبغ شديد بشكل خاص بعد التماس بغاز الخردل . ويمكن للمواد ذات الدينمية الضوئية ، والتي تسبب التهاب جلد ضيائي تماسي سمي ، أن تؤدي أيضاً إلى فرط تصبغ بني غامق ، ومثالها : التهاب الجلد القلادي الذي يحدث بعد استعمال ماء الكولونيا أو العطور التي تحوي محسسات للأشعة فوق البنفسجية مثل زيت البرغاموت ، والتفاعلات التي تعقب التماس مع المواد الضوئية السمية الأخرى (التهاب الجلد الضيائي النباتي ، أو المعالجة الكيميائية الضوئية بمادة ٨ - ميتوكسي بسورالين ، ٥ - ميتوكسي بسورالين) . يستخلص زيت البرغاموت من قشور البرتقال الذي ينمو في حوض البحر الأبيض المتوسط ، أو من المواد التي تحوي ٥ - ميتوكسي بسورالين (Bergapten) . وفي كل هذه الحالات يحدث ملان شديد يتحول إلى فرط تصبغ بني اللون .

فرط التصبغ الالتهابي Inflammatory Hyperpigmentation : هو فرط تصبغ بقعي يتعلق بالجلادات الالتهابية وهو ليس بغير شائع . وإليك الأمثلة التالية : الحزاز المسطح الصباغي ، الشرى مع تصبغ ، الشرى الصباغي ، التهاب الجلد التأتبي ، الحزاز البسيط المزمن ، الطفححات الإفرنجية المصبغة ، تصبغات عقب داء المنطقة ، الشرى الحطاطي المزمن (الحكاك تحت الحاد) ، الإكزيمة المتحززة ، الصدف الشائع ، الفقاع الشائع ، الطفوح الدوائية أو الذأب الحمامي القرصي .

وينجم فرط التصبغ في كل الحالات عن زيادة فعالية الخلايا

الميلانية الذي يترافق مع زيادة الحبيبات الميلانية في الخلايا المقرنة القاعدية . وأحياناً يؤدي الاندفاع الدوائي الثابت إلى فرط تصبغ ثانوي ثم يكثر ظهوره بلون بني ضارب للرمادي أو أزرق ضارب للرمادي . ويتظاهر فرط التصبغ نسيجياً في هذه الحالات بسلس الصباغ .

الحمامي الدائمة بخلل التلون Erythema Dyschromicum Perstans : [Ramirez 1957]

المترادفات : الجلاد الرمادي Ashy Dermatitis .

هذا المرض نادر جداً . شوهد أولاً في سان سلفادور ، ثم شوهد في أميركا وأوروبا . يحدث لدى كلا الجنسين في أي عمر . ولم يتم تحديد دور الوراثة في هذا الداء بعد . (راجع بحث الحمامات) .

التصبغ البقعي الطفحي الغامض Pigmentatio Maculosa Eruptiva Idiopathica : [Degos, Civatte, and Belaich]

المترادفات : الملان العدسي المعمم (Gotttron 1942) ، التصبغ البقعي المكتسب (Sako 1942) ، الجلاد ذو البقع المصبغة الصغيرة (Vakilazdeh & Rupec 1971) .

الحدوث : يصيب الأطفال أو البالغين من كلا الجنسين . ولا يوجد دليل على أنه موروث .

الإمراض : من الممكن أن تكون هذه الحالة هي فرط تصبغ ثانوي نتيجة تفاعل التهابي في الجلد ناجم عن عدم تحمل المواد العلاجية أو المغذية ، ولهذا فإنه جلاد يتعلق بالحمامي الدائمة بخلل التلون .

الموجودات السريرية : تتصف التظاهرات السريرية ببقع يتراوح قطرها بين ٥ - ٢٥ ملم ، بيضوية أو دائرية ، بنية أو بنية ضاربة للحمرة نوعاً ما ، متجانسة حدودها واضحة . ويكون الانتشار متغيراً ويصيب خصوصاً الأوجه الجانبية للعنق أو الأطراف . ويتظاهر المرض في البدء ببقع مصبغة أو ، في بعض الحالات ، قد يتبع طفحاً حمامياً أو حمامياً حطاطياً ، ولا يصاب الغشاء المخاطي . وتكون الحالة العامة جيدة .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي عن فرط تصبغ قاعدي وسلس صباغ ، ورشاحة خلوية حول

لأوعية مؤلفة من لفافيات ومنسجات في الحلقات .

الإلتذار : تبقى بقع التصبغ ثابتة غير أنها قد تميل للتراجع ببطء على مدى سنوات عديدة .

التشخيص التفريقي : يفرق عن كل من الحمامى الدائمة بخلل تنون ، وسلس الصباغ .

المعالجة : تطبيق المموهات .

الملان الزرنيخي Arsenic Melanosis :

يشاهد هذا الاضطراب التصبغي عند الأشخاص الذين تناولوا كميات كبيرة من الزرنيخ . وكان الملان الزرنيخي يشاهد قبل سنوات عند تجار الخمور نتيجة استعمالهم للبراميل الحاوية على الزرنيخ في حفظ الخمور (وهي الآن ممنوعة) ، والذين يتعاطون المشروبات الحاوية على الزرنيخ . ويحدث هذا الملان أيضاً بعد المداواة الزرنيخية طويلة الأمد (الحبوب الأسبوية Pilulae Asiaticae ومحلول فاولر Fowler ، الأدوية المضادة للصداف التي تحتوي على الزرنيخ ، وبشكل أقل المستحضرات الزرنيخية العضوية) . وغالباً ما يترافق حدوث هذا الملان مع التأثيرات الجانبية الأخرى للزرنيخ في الجلد مثل التقرانات الزرنيخية ، والسرطانة القاعدية الخلايا ، وداء بوفن . وقد يحدث تصبغ بقعي أو بشكل أشيع تملن جلد رمادي متسخ ، واسع ، مبعثر بغير انتظام ، غالباً ما يتوضع على الجذع ، ويؤدي مظهر قطرات المطر على الطريق الترابية . ويعتمد التلون جزئياً على التصبغ الحقيقي ، وجزئياً على توضع الزرنيخ في الجلد (راجع الشكل ٢٦ - ١١) .

يجب متابعة المرضى ولمدة طويلة من أجل كشف الأورام في الأعضاء الداخلية وخاصة الرئتين ، والبنكرياس ، والكليتين . وهذه المتابعة ضرورية وهامة .

التشخيص التفريقي : يتضمن التشخيص التفريقي ، التصبغ الجلدي الناجم عن أدوية أخرى مثل الزئبق ، الفضة ، البزموت ، الذهب ، القصدير ... إلخ .

فرط التصبغ المنتشر Diffuse Hyperpigmentation :

هو شكل مختلف عن الآفات المحددة الموجودة في فرط التصبغ المحدد . حيث ينشأ في فرط التصبغ المنتشر تملن جلد واسع ، تكون أسبابه متنوعة وعديدة .

فرط التصبغ الصماوي Endocrine Hyperpigmentation :

يشاهد في داء أديسون النمط البدئي لهذا التصبغ . حيث يتشكل

فرط تصبغ منتشر يصيب خصوصاً مناطق الجلد الأكثر ميلاً للاصطباغ في الحالة الطبيعية (براجم الأصابع ، المرفقين ، الركبتين) ويصيب أيضاً مناطق الجلد المعرضة للضياء . ويحدث نتيجة زيادة إنتاج الهرمون المنبه للخلايا الملانية (MSH) من الفص الأمامي للنخامى عندما يتوقف تأثير المثبط الطبيعي للهرمون MSH بسبب قصور قشر الكظر (كما في التدرن ، وأمراض المناعة الذاتية) . وقد تسبب أيضاً كل من أورام النخامى المفرزة للهرمون MSH أو/و ACTH وأورام أعضاء أخرى ، فرط تصبغ منتشر واضح . ويؤدي الغشاء المخاطي فرط تصبغ أيضاً .

متلازمة كوشينغ وداء أديسون : يحدث فرط تصبغ منتشر من نمط داء أديسون في ضخامة النهايات ومتلازمة كوشينغ . وتعرض الخلايا الملانية في مثل هذه الحالات بالهرمون MSH .

فرط الدرقية Hyperthyroidism : يشاهد فرط تصبغ منتشر لدى ١٠٪ من المرضى تقريباً ، يذكرنا بداء أديسون ولكنه لا يصيب الغشاء المخاطي القموي بشكل رئيسي . ويشاهد أيضاً فرط تصبغ لعوة الحلمة والناحية التناسلية ، ويكون أقل شدة ووضوحاً .

الحمل : فرط التصبغ المنتشر خلال الحمل ، مع فرط تصبغ الناحية التناسلية الشرجية معروف بشكل عام - وقد يكون ناجماً عن تأثير الهرمون MSH على الخلايا الملانية ، كما وجد ارتفاع مستوى MSH في الدم خلال الحمل .

فرط التصبغ خلال سمر الأمراض الباطنية Hyperpigmentation During Internal Diseases :

وصف فرط تصبغ منتشر في سلسلة من الأمراض ، إلا أنه لم يعرف سوى القليل عن الآلية المرضية لهذه الاضطرابات التصبغية . افترض زيادة إفراز MSH . ومن الممكن أيضاً وجود استعداد وراثي في الشخص المريض . وقد لوحظ فرط تصبغ منتشر في الأمراض الحمجية المزمنة مثل الملاريا ، والسل ، والكالآزار ، وأمراض الجهاز العصبي (التهاب الدماغ ، التنكس العدسي الكبدي ، ورم البطانة العصبية) وداء هودجكن ، وتشمع الكبد وخصوصاً التشمع الصفراوي . ووصف فرط التصبغ المنتشر أيضاً في متلازمات سوء الامتصاص ، وعوز الفيتامين ب ١٢ ، واليرفيرية ويصح الجلد في معظم حالات الصباغ الدموي Hemochromatosis (السكري الشبيبي Bronze Diabetes) برونزي اللون ، أو بنياً - رمادياً فاتحاً أو أزرقاً - رمادياً . وتوجد زيادة في الملانين

في الطبقة القاعدية . ولا تلعب تعيين قيمة حديد الجلد دوراً في التشخيص المبكر .

فرط التصبغ في أمراض الجلد : يشاهد فرط تصبغ في التصلب المجموعي المترقي ، والتهاب الجلد والعضل ، والذئب الحمامي المجموعي . وقد ينجم عن الأدوية مثل (ACTH ، الكلوروكين) أيضاً . ويمكن للأحمرات أن تؤدي إلى فرط تصبغ منتشر وعندها نقول أحمرية ملانية - Melano Erythroderma . وينجم فرط التصبغ هذا بوجه عام عن التفاعل الالتهابي المزمن في الجلد . يصيب تلون الجلد الرمادي المزرق المنتشر كامل الجسم ، ولكنه يكون واضحاً وخاصة في مناطق الجلد المعرضة للضياء مما يذكرنا بالانسهم بالزئبق وقد نجده أحياناً عند المرضى المصابين بنقائل الملانوم الخبيث . ونجد بيلة طليعة الملانين أيضاً الناجمة عن مشتقات الإندول غير الملونة التي تتأكسد إلى ملانين . وتشاهد نسيجاً حبيبات ملانين غزيرة حرة أو تتواجد داخل بالعات الملانين في الأدمة .

فرط التصبغ الناجم عن الأدوية : من الأدوية التي تحدث فرط تصبغ منتشر من خلال تحريضها على تكون الملانين هي : الزرنيخ ، والكلوروبرومازين ، ومشتقات الهيدانتوين والكلوروكين . ويؤدي هيدروكسي كلوروكين إلى تلون رمادي - مزرق يتوضع في الوجه وخلف العنق ، والحنك ، وأيضاً على الساعد والطرف السفلي أحياناً ، وغالباً ما يترافق حدوث تغيرات في القرنية مع تبدل لون الشعر إلى اللون الرمادي . ومن المعروف أن الزرنيخ يحرض على تفعيل التيروزيناز في البشرة عبر ربط الزمر SH في البشرة .

الملان المنتشر الولادي Melanosis Diffusa Congenita [Van Bogaert 1948] :

المترادفات : خلل التلون المعمم الوراثي ، الملان الجلدي العصبي المنتشر .

التعريف : فرط تصبغ ولادي يصيب جميع لحافات الجلد على أساس وراثي ولكن دون إصابة أعضاء أخرى .

الحدوث : نادر جداً . دون تفضيل أي جنس أو عرق . ويكون نمط الوراثة غير واضح تماماً . وقد لوحظ الاضطراب عند أخوة وأخوات .

الإمراض : غير معروف .

الموجودات السريرية : ويتظاهر منذ الولادة بفرط تصبغ بني - رمادي متسخ ملفت للنظر يغطي كامل الجسم مع تبرقش على الراحتين والأخصصين ، بالإضافة إلى مناطق بؤرية غير مصابة تتواجد في ثنيات الجلد الواسعة وفي الإبطين والمناطق الإربية .

(راجع الشكل ٢٦ - ١٢) . يحدث فرط تقرن جرابي على السطوح الباسطة للأطراف ، ووبش الأظفار وتقرعها ، كما وصفت رقة الأشعار .

التشريح المرضي النسيجي : يعطي تفاعل دوبا DOPA في الخلايا الملانية إيجابية شديدة . ويمكن تحري حبيبات الملانين في الخلايا المقرنة البشرية . ويوجد الصباغ في بلاعم الملانين حول الأوعية . ولقد بينت دراسات البنية المستدقة زيادة في الجسيمات الملانية الناضجة . وتدعم هذه الموجودات فكرة تحطم الملانين اليحلولي الآجل في البشرة .

المسار : يزداد وضوحاً مع زيادة العمر .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الملان المنتشر الولادي عن فرط التصبغ الملاني المنتشر الناجم عن الأمراض الاستقلابية مثل داء أديسون ، داء غوشر ، داء نيان بك وأورام التيموس المفرزة للهرمون MSH أو ACTH التي يمكن استبعادها من القصة المرضية . ويفرق عن فرط التصبغ المنتشر الذي يحدث بشكل نادر في الحمامي الدائمة بخلل التلون ، يحدث هذا الداء في باكورة الحياة .

المعالجة : لا يوجد علاج .

انعدام الملان ونقصه

Amelanosis and Hypomelanosis :

يشير مصطلح انعدام الملان ونقصه إلى غياب كلي للملانين في الجلد ، أو وجود القليل منه نتيجة اضطراب وراثي . ويحدث انعدام الملان ونقصه إما بشكل بؤري أو بشكل معمم . وينجم انعدام الملان ونقصه عن اضطرابات وراثية في تكوين الملانين وتحدث مترافقة مع تشوهات تطورية .

وقد تحدث اضطرابات تشكل الملانين في مراحل مختلفة :

- اضطرابات في التركيب الحيوي للملانين من التيروزين .
- اضطرابات في التركيب الحيوي للتيروزيناز .
- غياب الخلايا الملانية أو اضطرابات في بُنى الخلايا الملانية نفسها .

بيلة الفينيل كيتون Phenylketonuria [Fölling 1934] :

المترادفات : داء فولينغ ، التخلف العقلي بمحمض الفينيل يروفيك .

التعريف : مرض نادر نسيباً (حوالي ١/٦٠٠٠ في بلجيكا ، ألمانيا واسكوتلندا ، وفي الولايات المتحدة ١/١١٠٠٠) ، وفي اليابان ١/٦٠٠٠٠) . والمرض عبارة عن اضطراب وراثي ينجم

- مهق جلدي عيني أصفر طافر ؛ مرادفاته مهق Amish ومهق Xanthous .
- متلازمة هرمانسكي - بودلاك - Hermansky - Pudlak .
- متلازمة شدياق هيكاشي Chediak - Higashi .
- المهق الجلدي العيني البني .
- المهق الجلدي العيني الضارب للحمرة Rufous .
- المهق الجلدي العيني البلاتيني OCA (PT) .
- متلازمة الصمم - المهق - الخصلة السوداء .
- متلازمة Breen - Mckusick - Cross (متلازمة نقص التصبغ العيني الدماغي) .

تنتقل الوراثة في الأنواع العشرة بصبغي جسدي صاغر ، وتتصف أيضاً بنقص الميلانين أو غيابها في الجلد والشعر والعين . وتتألف العلامات العينية من : الرأرأة ، ورهاب الضوء ، وتناقص حدة الرؤية .

المسير : الأشخاص المصابون بالمهق حساسون جداً بالضياء بسبب غياب الميلانين الواقي من امتصاص الأشعة فوق البنفسجية ، ويكفي تعرضاً قصيراً للأمد لأشعة الشمس لإحداث تفاعلات جلدية حامية أو حويصلية (التهاب الجلد الشمسي) . وكتيجة للتعرض المديد لأشعة الشمس ، يحدث لدى مرضى المهق باكراً ، وفي المناطق المعرضة من الجلد (جلد كهي ، مران سفحي ، توسع شعريات ، تفرانات سفحية ذات ميل للتكس الخبيث) .

شاهد حدوث سرطانة وسفحة الخلايا حتى في سن البلوغ وخصوصاً في المناطق ذات المناخ المشمس .

المعالجة : واقيات الضياء من أشعة UVA و UVB ، واستعمال ألبسة مناسبة تقي من أشعة الشمس . ويجب فحص التغيرات محتملة السرطن .

متلازمة شدياق هيكاشي Chediak - Higashi Syndrome [Chediak 1952, Higashi 1954]
Bequez 1943 Steinbrinck 1948

تورث هذه المتلازمة بصبغي جسدي صاغر . وتتألف من مركب المهق العيني الجلدي (جلد فاتح ، شعر أشقر فاتح أو رمادي فضي ، قرحية شفافة) مع قلة الصباغ ، وأخماج معاودة في سن الطفولة ، وشذوذات دموية وعصبية ، وتكون الوفاة عادة قبل سن العشرين من العمر .

الإمراض : ينجم الخلل في هذه المتلازمة عن شذوذ في وظيفة الجسيمات الحالة . تلتحم الجسيمات مع بعضها لتشكل كتلاً

عن عيب في الإنزيم الكبدي الفينيل ألانين هيدروكسيلاز أو نقصه مؤدياً إلى حصر استقلابي في أكسدة الفينيل ألانين تشكيك التيروزين . ويلاحظ تراكم الفينيل ألانين ومشتقاته مثل حمض فينيل يروفيك ، حمض فينيل لاكتيك ، وحمض فينيل ستيث في الدم . وي طرح حمض فينيل يروفيك وحمض فينيل ستيث في البول .

الإمراض : كان يعتقد في الأصل أن نقص مستوى التيروزين أو غيابه مسؤول لوحده عن غياب تشكيل الميلانين . وقد أظهرت دراسات الحديثة أن الفينيل ألانين يثبط تركيب الميلانين من التيروزين . ولوحظ زيادة قتامة لون الجلد بعد قوت فقير بالفينيل ألانين . أما الخلايا الملانية فموجودة بأعداد طبيعية أو متزايدة غير أن الجسيمات الملانية الناضجة قليلة .

الموجودات السريرية : سوف تم دراسة الصورة السريرية لهذا المرض (في الفصل ٣٩) . يدي الأطفال المصابون بهذا الاضطراب الوراثي سحنة فاتحة ، ويتصفون بجلد فاتح ، وشعر أشقر فاتح ، وعيون زرقاء . قد يختلف لون الشعر من الأشقر الفاتح إلى البني الغامق وذلك حسب نمط الجلد .

المهق Albinism :

التعريف : اضطراب موروث في تركيب الميلانين ، يصيب كل من الجلد ، والشعر ، والعينين . وغالباً ما يكون الميلانين في المهق غائباً بشكل تام في الجلد . تكون الخلايا الملانية في جميع المرضى ، ما عدا نمطين من المهق ، ذات توزيع طبيعي في الجلد والعينين غير أنها لا تتركب الميلانين . ويمكن رؤية الجسيمات الملانية في الخلايا الملانية ولكن دون تملن . ومن المحتمل أن يقوم هذا الاضطراب على عيب وراثي يحدث تغيراً في بنية التيروزيناز أو كميته .

الحدوث : تبلغ نسبة حدوث المهق حوالي $\frac{1}{20000}$. تكثر هذه الإصابة في الولايات المتحدة ، وخاصة في قبائل Amish و Mennonites .

التصنيف : نقص ملان شامل ولادي يصيب العين والجلد يدعى المهق الجلدي العيني Oculocutaneous (OCA) . وعندها تحدث الإصابة بالعين فقط يدعى المهق العيني Ocular Albinism . وهناك أنماط عديدة من الشكل الجلدي العيني OCA . (راجع الجدول ٢٦ - ١) :

- مهق جلدي عيني سلبى التيروزيناز (تيروزيناز سلبى) ؛ مرادفاته المهق غير التام أو المهق I .
- مهق جلدي عيني إيجابي التيروزيناز (تيروزيناز إيجابي) ؛ مرادفاته المهق التام أو المهق II .

كبيرة ، بحيث يمكن تمييزها كحببيات واضحة في الكريات البيض في الدم المحيطي . تتشكل في الخلايا الملانية جسيمات ملانية عملاقة نتيجة الالتحام وهي مسؤولة عن الاضطراب في تكون الملانين . وتكون الخلايا الملانية الأخرى طبيعية في الحجم والعدد وتحتوي جسيمات ملانية تامة التملن .

المعالجة : لا توجد معالجة ، غير أن تجنب الأحماض ضروري .

المهق العيني الجلدي Oculocutaneous Albinoidism :

التعريف : نقص تصبغ جسدي سائد ، يصيب العين ، والجلد والشعر . تكون القرنية زرقاء ويوجد نقص تصبغ منتشر في العين ، وغياب المنعكس البؤري .

الموجودات الجلدية : يكون الجلد أبيض . وقد يكون متسفعاً (دبقاً) قليلاً ، والشعر أصفر أو أحمر اللون . وما عدا ذلك فالمرضى سليمون .

المهق العيني Ocular Ablinism :

تحدث خمسة أنواع معروفة من المهق ، يظهر فيها بشكل ثابت شذوذ في صباغ العين فقط . قد تكون الوراثة مرتبطة بالجنس ، أو بصبغي جسدي صاغر أو سائد .

المهق الجزئي Piebaldism [مورغان 1786 Morgan] :

المرادفات : البقع البيضاء الولادية .

تعريفه : مرض غير شائع ، يورث بصبغي جسدي سائد ، ويتظاهر بوضوح ولادي ثابت مع ابيضاض شعر مقدمة الرأس ، وبقع زائدة التصبغ ضمن بقع زائلة التصبغ شبيهة بالبهاق . نسبة الحدوث حوالي $\frac{1}{4000}$ ، وهي متساوية في الذكور والإناث . وتصاب به كل الأعروق .

الإمراض : تكون الخلايا الملانية ناقصة العدد بشكل كبير أو غائبة تماماً في البؤر الخالية من الصباغ في الجلد . إضافة إلى أن هذه الخلايا شاذة من الناحية الشكلية ، وتحتوي على طلائع جسيمات ملانية ذات بني شاذة (كروية) .

الموجودات السريرية : غالباً ما يظهر المهق الجزئي منذ الولادة ، وأحياناً بعد التسفع الأول للجسم . تظهر بقع فاتحة زائلة الصباغ محدودة يتراوح قطرها من ١ - ٦ سم ، وتبقى ثابتة مدى الحياة . تتوضع البقع زائلة الصباغ عادة على البطن الأمامي والظهر غير أنها تعف عن الخط المتوسط ، كما تتوضع على الذراع من منتصفه حتى المعصم ، وعلى الفخذ من منتصفه حتى منتصف الرولة ، ونادراً ما تتوضع على الوجه . يكون توزع الآفات ثنائي الجانب وقد تكون مرتبة . تشاهد عادة بؤرة واحدة من هذا النوع على الحاجب مترافقة غالباً بمخضلة

بيضاء من الشعر (الشيب الباكر المحدد) أو بالشعر الأبيض في مقدمة الرأس الذي ينشأ من بقعة بيضاء مثلثة متطاولة على الجبهة . وقد نجد أحد هذين التوزيعين أو كليهما .

التشخيص التفريقي : قد يسبب تفريق المهق الجزئي عن البهاق صعوبات . لكن البهاق يظهر في وقت متأخر من الحياة ، ويصيب بشكل أساسي اليدين ، والقدمين ، والوجه ، والمنطقة التناسلية ، ومواضع الرضخ المتكرر . وتتصف الوحة الناصلة Achromicus ببؤرة خالية من الصباغ محددة موجودة منذ الولادة ، ومن المحتمل أنها بقعة وحيدة من المهق الجزئي دون ترافقها بابيضاض شعر مقدمة الرأس . أما التفريق عن الوحة الفقرمية ، فيتم بفرك البقع البيضاء ، فإذا كانت وحة فلا يتبعها تفاعل حمائي .

الإنذار : حسن عادة . ولا توجد أعراض مرافقة .

متلازمة وولف - دولوفيتز - الدوس - Woolf - Aldous Syndrome [1965] :

المرادفات : متلازمة المهق ، الصمم .

مرض يتشارك فيه المهق الجزئي مع الصمم .

متلازمة كلين - واردنبرغ Klein - Waardenburg [كلين ١٩٤٧ - واردنبرغ ١٩٥١] :

مرض يورث بصبغي جسدي سائد بنفوذية مختلفة . يتميز بعلامات المهق الجزئي ، مع توضع وحشي للموق الأنسي والنقطة الدمعية ، وضخامة جذر الأنف ، وخلل تنسج الجمجمة ، وحاجبين متلاقين ، وقرنية متغيرة اللون ، وصمم ولادي ، وابيضاض شعر مقدمة الرأس ، وبقع ناقصة الملان . وهو اضطراب ولادي . ويعاني حوالي ٢٪ من المرضى المصابين بصمم ولادي من هذه المتلازمة .

التشخيص : إن تشارك اضطراب التصبغ ، والأعراض العينية والصمم والبكم أمور هامة في وضع التشخيص .

متلازمة تيتز Tietz's Syndrome [1960] :

اضطراب ولادي يتصف بتشارك نقص ملان جلدي معمم ، ونقص تنسج الحاجبين البضاوين ، وشعر أشقر فاتح ، وصمم ، وبكم ، وعيون زرقاء . ومن المحتمل أن ينتقل بصبغي جسدي سائد .

زوال الصباغ Depigmentation :

يشير زوال الصباغ إلى فقد مكتسب لصباغ الملانين الطبيعي في الجلد ، وهو عكوس عادة . وتبدو المناطق المصابة

فاتحة أو مبيضة مقارنة مع بقية الجلد . وقد يحدث زوال الصباغ دون سبب ظاهر ، أو كنتيجة لسبب واضح ، أو ثانوياً لأدواء جلدية . وفي الحالة الأخيرة يُسمى وَصْحاً Leukoderma كما في الوَصْح الإفرنجي ، والوضح الصدافي .

الجدول ٢٦ - ١ : مقارنة الصفات المختلفة لأنواع المهق العيني الجلدي (عن Mosher ورفاقه ١٩٨٧)

الصفات	سلي التيروزين	إيجاي التيروزين	أصفر طافر	متلازمة هرمانسكي بودلاك	متلازمة شدياق هيكاشي
لون الشعر	أبيض مدى الحياة	أبيض ، أصفر ، أحمر ، يتقادم مع تقدم العمر	أبيض عند الولادة ، أحمر ضارب للصفرة بعمر ٦ أشهر	أبيض ضارب للحمرة ، أحمر غامق ، بني	أشقر إلى بني داكن ، فولاذي رمادي
لون الجلد	وردي إلى أحمر	أبيض وردي إلى كريمي	أبيض عند الولادة ، كريمي ، تسفع خفيف على الجلد المعرض	رمادي - كريمي إلى فاتح طبيعي	وردي إلى وردي ضارب للبياض
الوجحات المصطبغة والتمشحات	غائبة	قد تكون موجودة وعديدة	موجودة	موجودة	موجودة
القابلية للتنشؤات الجلدية	++++	+++	غير معروفة	+++	++
لون العينين	رمادي إلى أزرق	أزرق ، أصفر ، بني؛ يعتمد على العمر والعرق	أزرق في الطفولة يتقادم مع تقدم العمر	رمادي ضارب للزرقة إلى بني غامق إلى بني ، يعتمد على العمر والعرق	
شفوفية القرنية	لا تصبغ مرئي	صباغ معدني في البؤبؤ والحافة	يحدث صباغ معدني عند البلوغ	لا يوجد الصباغ المعدني	من صباغ معدني إلى طبيعي
المنعكس الأحمر	موجود	قد يكون غائباً في البالغين من العرق الأسود	موجود	موجود عند البيض ولا يوجد عند السود من ٥ سنوات	
تصبغ قعر العين	٠	٠ إلى + عند الكهول	٠ إلى ++ عند الكهول	٠ إلى + عند الكهول	+ إلى +++
الرأفة	++++	++ إلى +++	+ إلى +++	+ إلى +++	٠ إلى ++
رهاب الضوء	++++	++ إلى +++	+ إلى ++	+ إلى +++	٠ إلى ++
حدة الرؤية	تقريباً عمو ، تسوء بتقدم العمر ٢٠/٢٠ إلى ٤٠/٢٠	الأطفال ، إصابة شديدة ؛ الكهول ، كذلك أو أحسن ٢٠/٩٠ إلى ٢٠/٤٠	قد تتحسن مع العمر ٢٠/٩٠ إلى ٢٠/٤٠	٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٤٠	طبيعي إلى نقص متوسط

مستويات تيروزين المصل	طبيعية	الحُد الأدنى للطبيعي إلى طبيعية	طبيعية	طبيعية	طبيعية
مستويات الهرمون المنبه للخلايا الملانية بيتا	طبيعية	طبيعية	غير معروفة	غير معروفة	غير معروفة
الخصائص الملانية في بصلات الشعر	مرحلة ١ و ٢ فقط	إلى مرحلة III باكرة ، جسيمات عديدة بالعة	إلى المرحلة III ، جسيمات بالعة	إلى المرحلة III ، جسيمات بالعة ، جسيمات فيوميلانين	مرحلة IV عملاقة إلى طبيعية
حُضن بصلات الشعر بالتيزوزين	لا تصبغ	تصبغ	لا تصبغ إلى زيادة تصبغ مشكوك بها	تصبغ	تصبغ
علامات أخرى	متغايرو الزيجوت لديهم أقل من $\frac{1}{4}$ نشاط التيزوزيناز الطبيعي	اختبار HOH ³ يفترض وراثته متغايرة في المهق إيجابي التيزوزيناز	اختبار بصلة الشعرة ، يزداد اللون الأحمر أو الأصفر بمحضها بالتيزوزيناز - سيسيتين	غيب الصفيفحات ، خزن السيروئيد ، أجسام هيولية في الخلايا الوحيدة	زيادة القابلية للأخماج ، حبيبات عملاقة كالجسيمات الحالة : خبائة شبيهة بداء شبكي لمفي
بني	ضارب إلى الحمرة	بلايني	متلازمة الحصلة السوداء - الصمم - المهق	متلازمة - Cross Mckusick - Breen	المهق العيني الجلدي (السائد)
بيج إلى بني فاتح في الأفارقة	أحمر فاتح إلى أحمر غامق	بلايني ، كريمي	أبيض ثلجي وخصل مصطبغة	أبيض إلى أشقر فاتح	أبيض إلى أشقر فاتح
كريمي إلى تسفع خفيف في الجلد المعرض	بني محمر	قرنفلي إلى أحمر	أبيض مع بقع مصطبغة	وردي إلى وردي ضارب للبياض	وردي إلى وردي ضارب للبياض
قد يوجد	قد يوجد	غائب	قد يوجد في مناطق بقعية	موجود	غير معروف
مشابه للبيض في أفريقيا	منخفض	++++	واضح وقد يكون +++++	غير معروف	غير معروف
بني فاتح	بني محمر إلى بني	رمادي إلى أزرق	رمادي ضارب للزرقة	رمادي ضارب للزرقة	أزرق
أثر دولاب العرب	خفيف	كمية قليلة من الصباغ على الحافة وحافة البؤبؤ	لا يوجد صباغ مرئي	غير معروف ، ساد	تصبغ نقطي

يوجد عند الأطفال قد يكون غائباً في الكحول	غير معروف	موجود	موجود في الأطفال والكحول	غير معروف ، ساد	موجود
- إلى ++ في الكحول	++ إلى ++	.	.	غير معروف ، ساد	صباغ نقطي
++ إلى ++	++ إلى ++	++++	++++	+++ إلى ++++	.
++ إلى ++	++ إلى ++	++++	++++	غير معروف	.
٣٠/٢٠ إلى ١٠٠/٢٠	طبيعي إلى ١٠٠/٢٠	تقريباً أعمى ، ٢٠٠/٢٠ إلى ٤٠٠/٢٠	٣٠٠/٢٠ إلى ٤٠٠/٢٠ إلى ٤٠٠/٢٠ +	أعمى	طبيعي إلى ٣٠/٢٠ إلى ٤٠/٢٠
غير معروف	غير معروف	طبيعي	غير معروف	طبيعي	غير معروف
غير معروف	غير معروف	غير معروف	غير معروف	غير معروف	غير معروف
مراحل I - III ، بعض الجسيمات البالغة المتعددة في المرحلة IV ذات تصبغ خفيف	غير معروفة	مراحل I, II ، بعض III	لا توجد خلايا ملانية في الشعر الأبيض والجلد ، خلايا ملانية طبيعية في الشعر والجلد المصطبغ	خفيف : مرحلة III وبعض المرحلة IV	مراحل I و III
تصبغ	نصبغ	لا يوجد إلى قليل	صباغ (تصبغ شعر فقط)	تصبغ	تصبغ
ميزت حتى الآن في أفريقيا وغينيا الجديدة	يشاهد في غينيا الجديدة والأفارقة	غير معروف	قد يوجد صمم حسي عصبي ، قد يكون ناجماً عن فشل في هجرة العناصر العصبية الجنينية من العرف العصبي إلى الأذن	تخلف عقلي ، صغر العين ، الورام الليفي اللتوي	غير معروف

البهاق Vitiligo :

الحدوث : المرض شائع نسبياً ، في ١٪ - ٢٪ ، وتوجد قصة عائلية في حوالي ٣٠٪ من المرضى . وتدعم بعض الملاحظات انتقاله الوراثي بصيغي جسدي سائد ، وبنفوذية غير تامة ، والمرض بحد ذاته غير وراثي ، غير أن الاستعداد للإصابة به يكون وراثياً . ولا تبدي مستضدات HLA ترافقات ثابتة فيه . يزداد HLA - DR₄ في السود و B₁₃ في يهود مراکش و B₃₅ في يهود اليمن . كما وصف ترافقه مع HLA - B₁₃ في حال وجود أضداد مضادة للدرق .

المرادفات : مرض البقع البيض .

التعريف : هو اضطراب شائع ، مكتسب ، عائلي في بعض الأحيان ، يتصف بقلة الخلايا الملانية ، ويتجلى بزوال صباغ الجلد بشكل بؤري . ويحدث نتيجة اضطراب وظيفي في الخلايا الملانية أو تحربها ، ويميل هذا الداء إلى الترقى . التراجع لعفوي نادر . و يترافق مع شذوذات عينية ، وأضداد ذاتية ونسبة حدوث عالية في الاضطرابات المرافقة .

الإمراض : غير معروف . وقد وضعت ثلاث نظريات مدرسية عن الآلية الإمراضية :

النظرية المناعية : زيف المراقبة المناعية ينجم عنه خلل في وظيفة الخلايا الملانية أو دمارها .

النظرية العصبية : وسيط كيميائي عصبي يخرب الخلايا الملانية أو يثبط تركيب الملانين .

نظرية التخرب الذاتي : وسيط أو نتاج استقلابي عن تركيب الملانين يسبب تخرب الخلايا الملانية .

وباعتبار أن أي واحدة من هذه الفرضيات ليست قادرة على تفسير حدوث المرض بشكل مقنع لوحدها ، فقد اقترحت فرضية مركبة من قبل آخرين .

وثمة عوامل تعجل في حدوث هذا المرض منها : حرق الشمس الشديد ، الرضخ المتكرر ومواقف الشدة العاطفية . وقد كثر البهاق خلال الحروب . ومن الصعب إثبات دور هذه العوامل . ويوجد انسجام درقي في حوالي ١٠٪ من الحالات .

ولقد وجد أن البهاق أكثر شيوعاً مع فقر الدم الويليل ، والتهاب الدرقية لها شيموتو ، والداء السكري ، وداء أديسون ، والحاصة البقعية (الثعلبة) ، والذأب الحمامي ، والوهن العضلي الويليل ، وداء كرون ، وتصلب الجلد ، والتشمع الصفراوي .

ونجد في البهاق أضداداً ذاتية ضد خلايا الدرق ، والغلوبولين الدرق ، والخلايا الجدارية في المعدة ، وقشر الكظر .

وأخيراً ، إن الملاحظات التي دلت على أن البهاق قد يحدث في سياق الميلايوم الخبيث تبقى ذات أهمية مميزة في هذا الصدد ، سيما وأن هذا المرض يعتمد على فشل الخلايا الملانية في تركيب الملانين وإن نقص تشكل الجسيمات الملانية في الخلايا الملانية واسم . ولعل المرحلة الأولى من هذه التغيرات الخلوية قد تكون عكوسة . وفيما بعد تموت الخلايا الملانية جزئياً من خلال البلعمة الخلوية الذاتية . أما تَكُونُ الملانين في الخلايا الملانية للجريب الشعري (الخلايا الملانية الجريبية) فقد يبقى طبيعياً أو يضطرب بنفس الطريقة .

الموجودات السريرية : قد يحدث البهاق في أي عمر ، ولكنه يفضل سن الشباب ولا سيما لدى الإناث . وتتراوح ذروة الحدوث ما بين عمر ١٠ - ٣٠ سنة . ويبدأ في ٣٠٪ من الحالات في سن العشرين تقريباً . ويتظاهر ببقع بيضاء محددة ، يزداد وضوحها عندما يتسفع الجلد بسبب الاختلاف اللوني والاضطراب الجمالي . يوجد في البدء عادة بؤر محددة قليلة

وصغيرة ، حوافها مفرطة التصبغ غالباً . ثم يزداد عدد الآفات ، وقد تتلاقى فتأخذ أشكالاً غريبة . وقد تصاب الخلايا الملانية في الجريبات الشعرية وفي هذه الحالة تبيض الأشعار . (راجع الشكل ٢٦ - ١٣) .

البهاق ثلاثي اللون Trichrome Vitiligo : تكون الآفات البيضاء الحوارية محاطة بحلقة من التسفع الفاتح . والحلقات الثلاث هي الجلد البني الطبيعي اللون ، التسفع المتوسط ، والأبيض الحواري .

البهاق رباعي اللون Quarichrome Vitiligo : هو فرط تصبغ حول الجريبات وبقع هامشية حول الجريبات ، تضيف لونا رابعاً .

تصنيف البهاق :

البهاق الموضع :

البؤري : بقع بهقية واحدة أو متعددة غير قطعية .

القطعي Segmental : بقع بهقية واحدة أو متعددة قطعية أو شبه قطعية .

البهاق المعمم :

وجهي طرفي : آفات متعددة على الأجزاء القاصية من الأطراف والوجه .

الشائع : يتوزع في تناظر مدرسي يكون بشكل غير متناظر .

المعمم : يصاب كل الجسم أو معظمه .

المختلط : قطعي بالإضافة للشائع أو الوجهي الطرفي .

الأعراض : يترق البهاق دون أعراض . وقد سُجِّلَت حكة بشكل نادر (البهاق الالتهابي) . وقد تكون البهاق الالتهابي شديداً عندما يعرض المرضى أنفسهم للشمس إذ سرعان ما يحدث حرق شمسي (حمامي شمسية أو التهاب جلد شمسي) .

التشريح المرضي النسجي : تكون الخلايا القاعدية خالية من الملانين داخل الآفات . وتكون الخلايا الملانية غائبة أو سلبية التيروزين . أما تفاعل دوبا DOPA فهو سلب في الجلد زائل الصباغ ، ويضعف في المنطقة المتوسطة ، ويزداد في الحافة مزداة الصباغ . ولا يلاحظ بالمجهر الإلكتروني خلايا ملانية في الآفات المستقرة بل نجد نوعين فقط من الخلايا الغصينية : خلايا لانغرهانس والخلايا غير المحددة لا توجد تغيرات أدمية ، ولكن قد نجد الملانين في بلاعم الملانين الأدمية .

السير : يختلف سير المرض من حالة لأخرى . ففي حالات عديدة تظهر بعض البقع فقط ، والتراجع العفوي النام نادر .

ما انتزاع الجزئي فهو وارد خلال أشهر الصيف . وذلك حيث يعود التصبغ حول الجريب الشعري . كما يشاهد بفعل الإجراءات العلاجية .

التشخيص : يوضع التشخيص بناء على الفحص السريري . وتفيد أشعة وود حيث تميز بقع البهاق بسهولة . ويجب التفيتش عن مرض مرافق خصوصاً في الدرق أو الكبد أو المعدة .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي المهق الجزئي ، والوحمة القمرية ، الحزاز التصلبي والضموري أو تصلب الجلد الموضع ، وكذلك يجب تمييزه عن النخالية مرقشة القاصرة خصوصاً عندما تتوضع على الجذع . ولكن تشخيصها سهل عادة . ويحدث الوضع أيضاً في مكان الأدوية الجلدية الأخرى كما في الوضع الإفرنجي . ويجب تمييزه عن البقع زائلة الصباغ في الجذام ، والتي تكون خدرة . ويدخل في التشخيص الأذيات المهنية أيضاً حيث يتعرض البعض إلى التماس مع (*P - tert - Butylphenol*) ، مشتقات الهيدروكينون المستعملة في صناعة المطاط) .

المعالجة : غير ناجعة . يكون كل المرضى أو الكثير منهم قلقين جداً من هذه الآفة . ويحتاجون إلى التطمين من قبل اختصاصي الجلدية . وبعضهم لا يحتاج إلا إلى التطمين ومعلومات عن المرض فقط . ويعطى المرضى وصفاً مفصلاً للاختبارات العلاجية متضمنة المنافع والمضار (الفعالية ، النكس ، الوقت ، الكلفة ، التأثيرات الجانبية العامة ... إلخ) . يجب أن تجرب المعالجة ، وخصوصاً في البهاق على المناطق المكشوفة من الجسم ، بسبب المنظر المنفر للجلد الذي يزعج المريض نفسياً .

المعالجة الجهازية :

المعالجة بالبوفا PUVA : تعتبر المعالجة بالبوفا PUVA (٨ - ميتوكسي بسورالين ، ٥ - ميتوكسي بسورالين أو تري ميتيل بسورالين + UVA) في الوقت الحاضر المعالجة الأكثر فعالية ، وخصوصاً في البهاق المنتشر في المرضى ذوي الجلد من نمط IV - VI . وعلى أية حال ، تستطب ٣ - ٤ جلسات كل أسبوع لعدة أشهر قبل عودة التصبغ الذي يبدأ حول الجريبات ، ثم تندمج البقع الشافية لإحداث عودة الصباغ للبقع المنصبة . وتحصل على أفضل النتائج في الوجه والأقسام الدانية من الأطراف . ولكن البهاق على ظهري اليدين والقدمين معند على المعالجة عادة . أما التأثيرات الجانبية ومحاذير المعالجة بالبوفا PUVA فهي كما هو الحال في الصدف ، إضافة إلى التفاعل السمي الضيائي في الجلد البهاقي . تشمل المعالجة عدة مئات من الجلسات ، وهي ضرورية للحصول على نتائج مقبولة . ويشكل هذا عبئاً على المريض والطبيب . ويفضل استعمال

ال تري ميتيل بسورالين و ٥ ميتوكسي بسورالين على ٨ - ميتوكسي بسورالين في هذه المعالجة .

الخلين Khellin : (عبد الفتاح ورفاقه ١٩٨٢) هو *Furanochrome* ، ويُستعمل بالمشاركة مع اليوفا UVA . وهو محسّن ضيائي ولا يؤدي إلى حدوث حمى سمية ضيائية في الجلد على عكس ما هو معروف عن البسورالينات ، لذلك يمكن أخذه بعين الاعتبار في المعالجة المنزلية . ويتوقع عودة التصبغ في ٧٠٪ من الحالات بعد ١٠٠ - ٢٠٠ جلسة . ويعطى ١٠٠ مغ من الخلين قبل ٢ - ٥ ساعات من التشعيع باليوفا UVA .

كاروتين - بيتا Beta - Carotene : تتوفر كبسولات كاروتين بيتا تجارياً . ويؤدي ترسب الكاروتين في الطبقة القرنية إلى تلون الجلد بلون أصفر - برتقالي ووقايته من الضياء . غير أن النتائج الجمالية غير مجذبة في الطبقات المتقرنة على راحتين . وليس للكاروتين بيتا تأثيرات جانبية على العينين ولا يسبب فرط فيتامين A .

نتائج المعالجة : تعطي طرق المعالجة الجهازية نتائج متباينة . فالمعالجة الكيميائية الضوئية الجهازية تؤدي إلى عودة صباغ مرضية من الناحية الجمالية في حوالي ٧٠٪ من الحالات الباكرة أو الموضعة ، بينما يحدث التصبغ العفوي فقط في أقل من ١٠٪ من حالات البهاق . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية الحادة والمزمنة .

المعالجة الموضعية : ينصح بهذه المعالجة في علاج بقع البهاق الصغيرة .

واقيات الضياء Sunscreens : وتعطى لكل المرضى للتقليل من خطر حروق الشمس أو للتقليل من تكرار أذى الشمس بعد زوال صباغ الجلد . ويتم اختيار الواقيات التي تحتوي على عامل وقاية عالية من الضياء يعادل ١٥ أو يزيد .

الموهات Camouflage أو تمويه الآفات : هناك العديد من المنتجات الموهة متوفرة في الأسواق منها *Covermark* ، *Dyo Derm* ، *Vita Dye* ، *Dermablend* . أما الإثنين الأخيرين فقد يكونا بلون واحد فقط .

إعادة الصباغ Repigmentation : يستجيب المرضى المصابون ببقع بهاقية صغيرة بشكل جيد ، وقد لا يستجيب الآخرون المصابون ببهاق منتشر أو معمم . أما النتائج الكلية في أنماط الجلد II - IV فهي غير مشجعة . وتكون عودة الصباغ في بهاق النهايات ، وخصوصاً على اليدين والقدمين ، وحول القم ، وحول الأذن ، أقل مما هي عليه في بقية أجزاء الجسم .

وتوجد طرق مختلفة لإعادة تصبغ الجلد ، وتعتمد النتائج على مدى انتشار البهاق ، وعمر المريض ورغبته ، وخبرة الطبيب .

المعالجة بالستيروئيدات : يطبق الهيدروكورتيزون أو التريامسينولون مرة أو مرتين في اليوم . ويجب أن لا نفغل عن التأثيرات الجانبية للستيروئيدات . ويمكن مشاركتها مع DMSO في بعض الأحيان للحصول على نتيجة أفضل .

المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية A (اليوفا UVA) : وهي مفيدة في بعض المرضى على الرغم من أن النتائج الكلية غير مرضية بوجه عام .

يمكن استعمال ٨ - ميتوكسي بسورالين وبتركيز ٠,١٥٪ (محلول ، سائل) وهو متوفر في بعض البلدان . ويطبق قبل ٣٠ - ٦٠ دقيقة من التعرض لأشعة UVA (عادة ٠,٣ - ٠,١ جول/سم^٢ UVA ، أو أكثر من ذلك ويعتمد ذلك على المنبع الضوئي) .

الحلن Khellin : ٢٪ في غليسول - فورمول يطبق قبل ساعة من التشميع .

زوال الصباغ غير العكوس : إذا كان البهاق منتشرًا جدًا ، أو إذا لم تعط محاولات إعادة الصباغ نتائج مرضية يمكن تجربة إزالة الصباغ المتبقي وخصوصاً في المرضى ذوي الجلد الأسمر أو الأسود . يطبق عندئذ رهيم من مونوبتريزل إيتر هيدروكيتون بتركيز ٢٠٪ مرتين يومياً لمدة ٣ - ١٢ شهراً . وقد تحدث حروق أو حكة في هذه المعالجة ، كما شوهد التهاب جلد أرجي بالتماس لدى واحد من مجموع سبعة من المرضى أثناء المعالجة . ويجب أن يعرف المريض أن زوال الصباغ دائم .

متلازمة فوك - كوياناغاي Vogt - Koyanagi Syndrome [Vogt 1906, Harada 1926, Koyanagi 1929] :

المترادفات : المتلازمة الجلدية العينية ، متلازمة فوك - كوياناغاي - هارادا .

وهي متلازمة نادرة تحدث في الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ - ٥٠ سنة ، وتترافق مع التهاب العينية ، وخفة سمع ، وبهاق ، وتعلبة وشيب باكر . وسببها غير معروف ، وتتهم الأخماج الحموية . حيث تبدأ البوادر في هذه المتلازمة بحمى تترافق مع أعراض التهاب دماغ أو التهاب سحايا ، ثم يحدث التهاب عينية تنحى حاد ثنائي الجانب مع خطر حدوث الزرق . وبعد فترة قصيرة يحدث ثقل سمع ، أو صعوبة في السمع ، أو حتى الصمم في ٥٠٪ من الحالات . وفي غضون ثلاثة أشهر أخرى ، يحدث بهاق على الجسم مترافق مع

شيب باكر محدد على الحاجبين ، والأهداب أو على الفروة ، وتعلبة بقعية (في ٥٠٪ من الحالات) . ويكون الإنذار حسناً باستثناء الإصابات العصبية والأذنية .

المعالجة : عرضية .

الورحة الهالية Halo Nevus [Sutton 1916] :

المترادفات : ورحة ساتون ، الوضع النابذ المكتسب ، بهاق حول الورحة ، ورحة الخلايا الملانية الهالية .

الإمراض : تحدث الورحة الهالية بسبب التفاعل الالتهابي في ورحة الخلايا الوحمة المصطبغة مع حدوث زوال صباغ شبيه بالبهاق في المنطقة المحيطة بالورحة ، وينجم عن تفاعل مناعي يؤدي إلى اضطراب تكوين الملانين ، وأخيراً إلى تخريب الخلايا الملانية . وكثيراً ما تشاهد الحالة هذه في مرضى البهاق . كما لوحظت أيضاً في المصابين بنقائل الملانوم . ولقد وجدت أضداد هيولية ضد الملانوم في مصل هؤلاء المرضى .

الموجودات السريرية : تظهر حالة زائلة الصباغ حول واحدة أو أكثر من الوحمة المصطبغة . (راجع الشكل ٢٦ - ١٤) . وتحدث بشكل رئيسي عند الفتيان (بأعمار ١٥ - ٢٠ سنة) مترافقة مع عديد من وحمة الخلايا الوحمة المصطبغة ، دون سبب واضح . وقد يزول صباغ الورحة المركزية وقد تختفي ، كما أن عودة صباغ الوضع أمر ممكن .

التشريح المرضي النسيجي : نجد تفاعلاً التهابياً خلوياً حزازاني الشكل في ورحة الخلايا الوحمة المصطبغة المركزية . ويتألف من لمفاويات T ، ومنسجات ، ومصوريات أحياناً . وفي الطور المتأخر يتواجد الملانين في بلاعم الملانين فقط . يغيب الملانين من الطبقة القاعدية في البشرة المحيطة ، بينما توجد خلايا ملانية غير مصطبغة .

المعالجة : غير ضرورية .

نقص الميلان النقطي الغامض Idiopathic Guttate Hypomelanosis [Cummings and Cottel 1966] :

المترادفات : الوضع العدسي المنتشر (Arguelles - Casals and Gonzalez 1969) .

التعريف : مرض شائع جداً . يتصف ببقع زائلة الصباغ صغيرة ، منتشرة مع ضмор خفيف جداً ، وغالباً ما يتواجد هذا الداء في مناطق الجلد ذات التعرض المديد للضياء لدى الرجال متوسطي الأعمار فما فوق ، وهو أقل شيوعاً عند النساء .

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا المرض على المناطق المكشوفة والساعد بشكل خاص ، وأحياناً على الجذع ولا سيما

على الظهر ، حيث نجد بقعاً بيضاء بورسلانية بقطر ٢ - ٥ مم . وقد يتصف الجلد في ذلك المكان بضمور سطحي أحياناً . ومن السهل تمييز هذه الآفات بوساطة أشعة وود . وهذه التغيرات غير قابلة للترجع ولا تسبب اضطرابات شخصية أخرى غير المشكلات الجمالية .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن تصلب الجلد المحدد صغير البقع ، والحزاز التصليبي الضموري .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد نقص حبيبات الميلانين في الطبقة القاعدية . ويظهر المجهر الإلكتروني وجود الخلايا الميلانية في الجلد المصاب ، ونقص عدد الجسيمات الميلانية . وقد يوجد ضمور بشروي .

المعالجة : غير ممكنة .

زوال الصباغ الكيماوي Chemical Depigmentation :

يؤدي التطبيق الخارجي للمواد الكيميائية إلى تثبيط الخلايا الميلانية أو موتها ، وقد تسبب وضحا عكوساً أو غير عكوس . وتعتبر مشتقات الهيدروكينون من المواد الكيماوية المزيلة للصباغ والمعروفة جيداً والتي تستعمل كمضادة للتأكسد في صناعة المطاط . وأول ما ظهرت نتائجها على أيدي العمال السود كاضطراب دائم بهاق الشكل ، أو زوال صباغ بقعي شبيه بالنشاز Confetti . يعتبر المونوبنزيل إيتير هيدروكينون مثبّطاً لتكوين الميلانين وسامّاً للخلايا الميلانية ، ولهذا يجب ألا يستعمل لأسباب تزويقية لمدة طويلة ما لم يكن زوال الصباغ الدائم هو المطلوب .

قد يحدث زوال الصباغ الخارجي المنشأ بعد تطبيق الشريط اللاصق ، وهذا أيضاً ناجم عن تأثير مشتقات الهيدروكينون السام للميلانين في مكان لصق الشريط . وقد يوجد تآهب شخصي لزوال الصباغ .

لوحظ حديثاً حدوث زوال صباغ بهاق الشكل بعد التماس مع ب - ثلاثي - بوتيل الفينول Butylphenol - Tert - P أو ب - ثلاثي - بنتيل الفينول Pentyphenol - tert - P الذي يستعمل كمطهر . وهذه المواد فعالة سواء بالاستنشاق أثناء التحضير أو تؤثر بطريق التماس عبر الهواء ، لأنها تؤدي إلى تظاهرات تشبه بهاق ليس فقط في مناطق التماس لكن أيضاً بعيداً عن مكان تماسها ، كالمناطق التناسلية . وقد تسبب ضخامة كبدية طحالية ودُراقاً . يشير هذا المرض المهني إلى ضرورة الشك المستمر بوجود علاقة ما بين البهاق وتغيرات الغدة الدرقية .

وقد ينجم زيادة فقد الصباغ نتيجة تعرض الجلد والشعر للضياء وعن تأثير العديد من الأدوية وتعتبر الأدوية المضادة للملاريا وخاصة مادة الكلوروكين من الأدوية المعروفة بإحداث هذا التغير ، والتي قد تسبب فرط تصبغ أيضاً .

زوال الصباغ في الأمراض الجلدية Depigmentation from Skin Diseases :

زوال الصباغ الدائم Permanent Depigmentation : يحدث زوال الصباغ غير العكوس دائماً عندما تتخرب الخلايا الميلانية . وقد لوحظ ذلك بعد التشعيع بالأشعة المؤينة (التهاب الجلد بأشعة X) ، والأذيات المندبة ، والجلادات الالتهابية المزمنة (الضمور الأبيض ، والحزاز التصليبي الضموري) .

زوال الصباغ المؤقت Temporary Depigmentation : يحدث زوال صباغ بقعي مؤقت في عديد من الجلادات الالتهابية ، ويدعى بالوضح Leukoderma . وينجم هذا الوضوح عن التثبيط الكيماوي المؤقت لتكوين الميلانين ، واضطراب في آلية نقل الجسيمات الميلانية إلى الخلايا المقرنة ، وامتصاص الوسوف في الأجزاء المريضة من الجلد للأشعة فوق البنفسجية واعتماداً على الأسباب التي ينجم عنها الوضح ، فقد تم تمييز الأشكال التالية منه :

- الوضح الصدافي .
- الوضح في نظائر الصدف .
- الوضح في الحزاز المسطح .
- الوضح في الإكزيمة التأتبية .

ينشأ هذا الوضح بشكل أساسي نتيجة ازدياد معدل التبدل البشري . فالخلايا القاعدية لا تبقى في الطبقة القاعدية مدة كافية تمكّنها من التقاط الجسيمات الميلانية من الخلايا الميلانية . ومن جهة أخرى ينجم الوضح الإفريقي Leukoderma Syphiliticum المميز في الإفريقي الثانوي عن تأثير سمي للعامل المرض على تكون الميلانين . ويبدأ الوضح الجلدي بشكل أساسي حول الجريبات ، ويظهر حولها ويتطلب تفريقه عن بقية أشكال الوضح إجراء اختبار الحذر وغياب التعرق في الآفة الجلدية .

الإنذار : يتراجع الوضح عندما يشفى الداء الجلدي المسبب .

الوضح الكاذب Pseudoleukodermas : لا ينجم الوضح الكاذب عن اضطراب في تركيب الخلايا الميلانية أو وظيفتها ، بل يعتمد على ظاهرة مغايرة أو أسباب أخرى .

الوضح الكاذب في النخالية المرقشة : يحدث الوضح الكاذب هذا لأن الجلد الطبيعي يصبح بنية ، بعكس الجلد المؤوف ،

ذلك لأن طبقات الوسوف الدقيقة هي التي تمتص التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية . وبعد نزع الوسوف تلاحظ بقع فاتحة اللون في الجلد البني وهي الوضع الكاذب . وقد ثبت حديثاً أن الديقان الفطري يبطئ تكوين الميلانين أيضاً . ولذلك قد تكون هذه الحالة نوعاً من التشارك بين وضع الجلد وبين وضع الجلد الكاذب .

الوضع الكاذب في الصدف : ويتشكل هذا الوضع في سياق معالجة الصدف بالقطران ، الأترالين (ديترانول) ، أو المعالجة الضوئية . ويصبح الجلد الطبيعي المحيط بالآفات الصدفية بنفسجياً بنياً بسبب أكسدة نتاج الأترالين ، والتصبغ في الجلد الطبيعي يُعرض بالقطران . وتظهر الآفات الصدفية السابقة في طور الشفاء بلون فاتح وغير مصطبغة . ولذلك كان الوضع الكاذب هو علامة الشفاء في الآفة الصدفية .

الوضع الكاذب في التأتب *P. L. Atopicum* : يحدث بشكل رئيسي على الأطراف أو الوجه عند الأطفال المصابين بالإكزيمة التأتبية . ونتيجة للوسوف الدقيقة يكون امتصاص الأشعة UV

سطحياً أو بشكل مبعثر ، ولا يؤدي إلى تسفع . وهذا الاضطراب أكثر وضوحاً في الصيف ، وقد وصف أيضاً في النخالية البيضاء .

الوضع في التشنج الوعائي *P. L. Angiospasticum* : يحدث على اليدين والأليتين والذراعين . وينجم عن فقر الدم المختصر على الجلد نتيجة تشنج أوعية شريانية سطحية (الشريينات ، القسم الشريني من العروة الشعروية) . ويحدث خاصة لدى الأشخاص ذوي الاضطراب النفسي الإنبائي ، وهو شائع أيضاً في اختناق النهايات . وإذا شوهد على الأليتين أطلق عليه الاسم الطبي العام وهو البقع البيضاء ، أو بقع بير *Bier's Spots* .

البلق (الرقطة) *Leukomelanoderma* : يتواجد البلق عندما يحدث زوال صبغ بورري مع فرط تصبغ محيطي . ويحدث البلق هذا في الانسجام الزرنيخي المزمن ، والأحمرجات الجلدية الناجمة عن المعادن الثقيلة واللمفومات الخبيثة ، والإفرنجي ، وفي تصلب الجلد المجموعي المترقي .

الفصل السابع والعشرون

خلل التصبغ

Dyschromias

د . صالح داود ، د . شذى زيزفون

يطلق تعبير خلل التصبغ على ترسبات مواد صباغية أخرى في الجلد إلى جانب الميلانين ، ناجمة عن مستقبلات في الجسم أو عن مواد أجنبية دخلت إلى الجسم . ويتغير لون الجلد الطبيعي نتيجة لذلك إما بشكل منتشر أو محدد . ويمكن أن ينتج خلل التصبغ عن أسباب داخلية أو خارجية المنشأ .

خلل التصبغ الداخلي المنشأ Endogenous Dyschromias :

الداء الهيموسيدريني Hemosiderosis :

يحدث ترسب صباغ الهيموسيدريني الحاوي على الحديد عادة نتيجة تفكك الكريات الحمراء في الجلد ، أو حقن مستحضرات الحديد بشكل قريب جداً من سطح الجلد . وباعتبار أن الهيموسيدريني يخضع تكوّن الميلانين فهناك أيضاً فرط تصبغ ملاني . يعتمد الصباغ الدموي Hemochromatosis في تلون المصاب باللون الرمادي - البني أو باللون البرونزي المنتشر (الداء السكري الشبهى) جزئياً على ترسب الهيموسيدريني . ويعزى هذا اللون بشكل أكبر إلى التصبغات الناتجة عن ازدياد الملانين .

الفرفرة الصفراء المغرية Purpura Jaune d'Ocre :

يمكن أن تنجم هذه الفرفرة أيضاً عن الداء الهيموسيدريني Hemosiderosis ، وفي هذه الحالة يكون من منشأ إرقائي الأصل . ويحدث في القصور الوريدي المزمن على الساقين ، وغالباً ما يكون علامة باكراً نسبياً . ويتوافق عادة مع فرط ملان موضع .

تسرب الدم Blood Extravasation :

من المعروف جيداً أنه يحدث تسرب الدم في أمراض عديدة مثل الفرفرة ، الكدمات ، الورم الدموي (الدموم) . ويكون التصبغ في البدء أحمر برتقالي اللون ثم أحمر مزرقاً ثم أحمر مصفراً وأخيراً أصفر مغرياً . ونجد في الزنوج ترسبات سوداء من صباغ الهيموسيدرين في الطبقة المتقرنة من العقب (العقب الأسود) .

الأصبغة الصفراوية Bile Pigments :

يحدث خلل التصبغ في اليرقان نتيجة احتواء الجلد (والصلبة) على مادة البيليروبين والتلون بها وخاصة الألياف المرنة . وعندما يتوضع البيلفيردين Biliverdin في الجلد ، يزداد اللون الأخضر المصفر بشكل أكثر وضوحاً . ويعتبر هذا اللون نموذجياً للتشمع الصفراوي أو سرطانة الأفتية الصفراوية .

التشخيص التفريقي : من المهم أن نذكر أن اللون الأصفر المشاهد في اليرقان يمكن أن يحدث أيضاً نتيجة الاستعمال الجهازي للأتابرين Atabrine ، وحض المر ، وثاني نثرو الفينول ، والسانتونين Santonin وكذلك في الكاروتينيمية Carotinemia . غير أن الصلبة لا تتلون في هذه الحالات .

متلازمة الطفل البرونزي Bronze Baby Syndrome :

المرادفات : فرط بيلفيردين الدم Hyperbiliverdinemia .

التعريف : هي اضطراب عابر في التلون يأخذ اللون البرونزي ، يصيب الجلد والبول والمصل في الولدان المصابين باليرقان بعد بضعة أيام من البدء بالمعالجة الضوئية .

الإمراض : يعتقد أن اضطراب التلون هذا ناجم عن منتجات البيليروبين المؤكسدة ضوئياً أو عن المنتجات الضوئية لاستقلاب الكوبروبرفيرين . تعتبر المعالجة الضوئية بالإشعاع الطبيعي أو الصناعي (٤٠٠ - ٥٠٠ نانومتر) فعالة في تخفيض مستويات بيليروبين الدم . ويوجد نقص نسبي في إنزيم بيلفيردين ريدكتاز Biliverdin Reductase .

الموجودات السريرية : إن المولودين حديثاً والمصابين عادة باضطراب وظيفة الكبد مع نقص في الإفراز الصفراوي مع زيادة في فعالية الإنزيمات الكبدية ومستويات البيليروبين المباشر والحاضعين للمعالجة الضوئية ، يصبح لونهم بنياً رمادياً (أو برونزياً) بعد ١ - ٧ أيام من بدء المعالجة الضوئية . ويفترض أن هذا الصباغ غير سمي . حيث يستعيد الولدان لونهم الطبيعي خلال أسابيع من إيقاف المعالجة الضوئية .

المعالجة : غير ضرورية .

الكاروتينيمية Carotinosis :

يملك الكاروتين الملون للشحم ، والكاروتين - ب B-Carotene بشكل رئيسي ، لوناً أصفر فاتحاً . ويساهم هذا الصباغ في لون الجلد الطبيعي ، ويُرى بشكل واضح حيث تكون الطبقة المتقرنة متمسكة ، وذلك لأن ترسب الصباغ لا يكون في النسيج الشحمي والغدد الزهمية فقط وإنما في البشرة أيضاً .

والعضلات . وتُرى الترسبات بشكل واضح في المناطق المعرضة للضياء من الجسم في الألياف المرنة والأغشية القاعدية . ويمكن إظهار هذه الترسبات بسهولة تشريحياً مرضياً باستخدام الساحة المظلمة . ويمكن مشاهدة جزيئات الكرونية كثيفة بواسطة المجهر الإلكتروني وبشكل خاص في الأرومات الليفية والبالعات .

التفضض الموضع : يحدث في المتلحمة أو الأغشية المخاطية الفموية بعد معالجة موضعية طويلة الأمد بمحاليل أملاح الفضة .

التفضض الشامل : ويمكن أن يحدث بعد معالجة جهازية طويلة الأمد بالأدوية الحاوية على أملاح الفضة ، وقد كانت تحدث مثل هذه الحالة عند المرضى الذين كانوا يتناولون معلق بروتين الفضة لمعالجة التهاب المعدة المزمن أو القرحة المعدية أو استعماله كقطرات أنفية . ويمكن أيضاً أن يحدث التفضض الشامل كداء مهني عند العاملين الذين يصنعون الآلات الصناعية أو الذين يقومون بقطع وتلميع الفضة (امتصاص أغبرة الفضة) . يحدث تلون بني - رمادي في اللثة كعلامة باكراً ، ثم يتلون الجلد بلون بني مسود منتشر . يمكن أن تبدي الأظفار لوناً أزرقاً أو رمادي . ولا يوجد أية معالجة .

التذهب **Chrysiasis** : يظهر ترسب الذهب كتلون جلدي مزرقي في المناطق الجلدية المعرضة للضياء وفي الصلبة . ويحدث التذهب بعد عدة أشهر أو بعد فترة كمون طويلة . ترسب جزيئات الذهب على ألياف النسيج الضام ، وتُختزن في البالعات . لهذا ، فإن هذا التلون غير عكوس . وتختلف جزيئات الذهب بالحجم ، ويمكن التعرف على جزيئات الذهب بواسطة مطيافية المجهر الإلكتروني الامتصاصي .

الزئيموت **Bismuth** : عندما يؤخذ الزئيموت لفترة مطولة ، كما كانت الحالة في المعالجة القديمة للإفرنجي وغيرها من الأمراض المزمنة مثل الحزاز للسطح ، يحدث تلون رمادي شامل للجلد . تكون العلامة الباكراً ظهور خط أسود رمادي على الحافة اللثوية . ينجم عن توضع كبريت الزئيموت . يتوافق نمط التظاهرات مع تلك الملاحظة في التفضض . ويمكن أن يحدث قرحات أو التهاب معدة ثانويين بالزئيموت . ومن المهم منظرية الوظيفة الكلوية .

المغرائية الخارجية المنشأ **Exogenous Ochronosis** :

يحدث ترسب صباغي في الجلد ، على المناطق الوجنية عادة ، بعد تطبيق الكريمات القاصرة والحاوية على الهيدروكينون ، الفينول ، ريزوركينول **Resorcinol** ... إلخ . ومن الشائع مشاهدة هذه الحالة عند الزنوج ، خاصة في

تؤدي زيادة محتوى الكاروتين في الدم إلى الكاروتينيمية (**Aurantiasis cutis, Von Baelz 1896**) وفي هذه الحالات يحدث تلون أصفر في الراحتين والأخصصين وكذلك في الأجزاء الجانبية للأنف وذروته . وتشاهد هذه الحالة بشكل خاص عند الرضع الذين يتناولون وبإفراط طعاماً حاوياً على الكاروتين (جزر ، برتقال ، يقطين ، زيت النخيل) . (راجع الشكل ٢٧ - ١) .

وتحدث الكاروتينيمية عند البالغين أيضاً للأسباب السابقة ، وبعد تناول الكاروتين لأغراض علاجية . ومن المحتمل حدوث تلون في الجلد نتيجة الصباغ الأصفر الموجود في البرتقال أو عصير البرتقال مثل : التارتازي الأصفر **Tartazine yellow** . وفي مثل هذه الحالة فإن تبديل الحمية يؤدي إلى شفاء سريع . ويمكن أن تحدث الكاروتينيمية في الأمراض التي يحصل فيها تغير في تحول الكاروتين إلى الفيتامين A نتيجة اضطرابات استقلابية أو أمراض كبدية . ومن الأمثلة على ذلك : قصور الدرق ، الودمة المخاطية ، التهاب الكلية المزمن ، الكلاء **Nephrosis** ، وفرط البروتينات الشحمية في الدم . تبقى الصلبة بيضاء في الكاروتينيمية ، وتغيب الحكة ، وتكون مستويات البيليروبين طبيعية . لذلك فمن السهل جداً تمييز الداء الكاروتيني عن اليرقان .

المغرائية **Ochronosis** :

يشاهد الداء في بيلة الألكابتون **Alkaptonuria** ، وهي مرض استقلابي نادر حيث يكون إنزيم أو كسيداز حمض الهوموجنتريك غائباً ، ويحدث ترسب حمض الهوموجنتريك في النسيج وبشكل خاص في غضاريف الأذن والأنف وفي المتلحمة وأحياناً في الوجه والإبطين . ويتكوّن حمض الهوموجنتريك إلى صباغ أسود بني يشبه الميلانين (**Ochronosis**) . وقد تصاب الأظفار أيضاً . يمكن وضع التشخيص بعد تحليل البول . (راجع الفصل ٣٩) .

خلل التصبغ خارجي المنشأ **Exogenous Dyschromias** :

يمكن أن يؤدي امتصاص أو ترسب مجموعة من المواد الكيميائية خارجية المنشأ إلى إحداث خلل في تصبغ الجلد . ويعتبر خلل التصبغ الناجم عن الأملاح المعدنية مهماً ، لأن الأملاح ترسب في النسيج الضامة ومن الصعب معالجة هذه الأمراض .

التفضض **Argyria** : وهو عبارة عن تلون الجلد والأغشية المخاطية بلون رمادي مسود بسبب ترسبات الفضة . ويمكن تحري جزيئات الفضة في أغلبية نسيج الجسم باستثناء الأعصاب

جنوب أفريقية ، ولكن هناك تقارير متزايدة من جميع أنحاء العالم . ونرى بالتشريح المرضي بُنى بنية واضحة محددة ومجموعات من ألياف الكولاجين المتجانسة المتورمة وتصيغ بني حبيبي .

الكيناكرين Quinacrine :

تملك الأدوية المضادة للملاريا (المياكرين ، الآتايرين) تأثيراً جانبياً وهو تلون جلدي أصفر باستثناء الصلبة ، لدرجة أنها نادراً ما تستعمل حالياً . ويتصف الكيناكرين بأنه يتألق ويمكن تحريه بسهولة في الأطفال والأغشية المخاطية والبول .

الزئبقية Hydragryia : يؤدي الاستعمال المديد للمراهم نعية الحاوية على أملاح الزئبق أو مراهمها المستعملة بهدف إزالة الفم إلى تصبغات سوداء رمادية مميزة في المناطق المعالجة . ونجد بالمجهر الإلكتروني جزئيات زئبق إلكترونية كثيفة مترسبة بشكل انتقائي على الألياف المرنة والأغشية القاعدية للغدد العرقية . يمكن تحري أملاح الزئبق في البول أيضاً . ويمكن تحريض إطراح أملاح الزئبق بالمعالجة بالبسيلايين . (راجع الشكل ٢٧ - ٢) .

الأميودارون Amiodarone : من الإختلاطات النادرة (١٠٠٠/١) ولكن النموذجية لهذا الدواء المضاد لاضطراب النظم والمضاد للذبحة هي ظهور تصبغ بنفسجي ضارب للسواد إلى اردوازي في المناطق المعرضة للضياء . وينتج هذا التصبغ عن ترسب صباغ (Lipofuscin) في الأدمة العلوية .

خلل التصبغ الموضع Localized Dyschromias : يمكن أن ينتج خلل التصبغ الموضع عن تشرب الأدوية الموضعية وامتصاصها . حيث يؤدي الطلاء بمحاليل نترات الفضة ، أو استعمال المغاطس التي يضاف إليها برمنغنات البوتاسيوم ، أو تطبيق الأصبغة إلى خلل تصبغ في الجلد . ويقتصر التلون في مثل هذه الحالات على الطبقة القرنية . لذلك يخف لون هذه المناطق بعد بضعة أيام نتيجة توسف البشرة . ويمكن أن يؤدي تطبيق بنفسجية الجانسيان على الجروح إلى وشم دائم أيضاً .

كتوية الجلد السوداء Black Dermographisms : وتدعى باسمها الإنكليزي أيضاً Black Skin Writing ويمكن مشاهدتها عندما تحتك أدوات معدنية (قلادة العنق ، الياقات ، الأفرط ، غيرها) مع سطح جلد معالج بالمساحيق (أكسيد الزنك ، التلك ، أكسيد التيتانيوم) . وذلك لأن جزئيات المسحوق الصلب تحتك مع الجزئيات المعدنية الذهبية أو الفضية على الجلد فيتلون الجلد باللون الأسود .

الوشم Tattooing :

يفهم المرء من تعبير الوشم إدخال جزئيات ملونة إلى النسيج

الضام في الجلد . وتستمر الآفة مدى الحياة إذا لم تعالج . ويستطيع المرء أن يفرق بين الوشم للزينة والوشم غير المقصود .

الوشم التزييني Decorative Tattooing :

لقد استعمل الوشم التزييني لمئات السنين وخاصة في البلاد الآسيوية ، وأطلق عليه الوشم الزخرفي ، ولكن قد يرغب البعض أحياناً بإزالة هذا الوشم . يتم إجراء الوشم عن طريق إدخال جزئيات ملونة في الأدمة عن طريق الوخز بواسطة الإبر . ويستعمل محترفوا الوشم أدوات كهربائية لهذا الغرض . أما الهواة فإنهم يدخلون الحبر إلى الأدمة بواسطة وخزة إبرة عبر الجلد . ويستعمل عادة الحبر الهندي أو الكربون الأسود . تعطي الجزئيات السوداء التي يتم إدخالها إلى الجلد لوناً أزرق عندما ينظر إليها من خلال طبقات الجلد المعتمة . ويمكن أن يحدث لوناً أحمر عند استعمال سينابار Cinnabar (سلفيد الزئبق) ولون أخضر عند استعمال أكسيد الكروم . ويمكن استعمال سلفيد الكاديوم Cadmium Sulfide من أجل الألوان الضاربة للصفرة ، وألومينات الكوبالت من أجل اللون الأزرق الفاتح ، وأكسيد الحديد من أجل اللون البني . وتستعمل الأصبغة التركيبية هذه الأيام عادة ، (راجع الشكل ٢٧ - ٣) .

إضافة إلى الأحماج التي تسببها عملية الوشم (التهاب الكبد الحمجي ، الخمج بالحمة HIV ، التآليل ، السل ، الإفرنجي) ، فإن الوشم يؤدي أيضاً إلى تفاعل جلدي أرجي بالقماس أو حزازي نتيجة الصباغ المستعمل . ويمكن عادة ملاحظة مثل هذه التفاعلات عند الوشم بأملاح الكروم والسينابار Cinnabar . وعند الوشم بالسينابار لا يحدث التهاب جلد فقط بل قد يحدث تكاثر التهابي مزمن غير مستحب أيضاً . ومن الجدير بالاهتمام أن أمكنة الوشم بالسينابار ليست مواقع لتبدلات إفرنجية باكرة ، وذلك لأن أملاح الزئبق تقتل المتلويات . ويمكن أن يلعب الوشم دوراً محرشاً ، فيحدث حزازاً مسطحاً أو صدافاً أو ذئباً حمامياً في مكان الوشم . ويمكن حدوث حبيوم غرناوي عند المرضى الموشومين المصابين بالغرناوية ، وكذلك يمكن حدوث لمفوم كاذب .

المعالجة : من الصعب إزالة الوشم التزييني . يمكن استئصال الوشم الصغير المحدود ، غير أن إزالة الوشم الكبير تتطلب عدة عمليات جراحية عادة . ولكن يجب تحاشي الندبات التي قد تكون معينة أكثر من الوشم .

ويبدو أنه من الأفضل إجراء سفرة الجلد Dermabrasion لهذه الحالات وتحت التبنيج الموضعي . حيث يجري كشط الوشم بواسطة أوتاد فائقة السرعة ، وفيما بعد يتم تغيير الضهاد

بشكل مستمر من أجل زيادة المفرزات المتدفقة إلى الجلد والتي تساعد بدورها في حل مادة الوشم .

أما طريقة الكشط الملحي التي تم بواسطتها فرك الجلد بلطف بالملح الرطب (كلور الصوديوم ، ملح الطعام) ، ثم يكتف حتى يحدث تآكلاً في الجلد ، ثم يتبع بضربات متكررة فإنها ليست طريقة سليمة تماماً لأنها قد تؤدي إلى حدوث جدرات بالإضافة إلى أنها تتطلب مهارة . وقد استعملت أشعة الليزر (الأرغون ، أكسيد الفحم) . وتختلف نتائج المعالجة من حالة لأخرى لأنه لا يمكن تجنب تشكل الجدرات .

الوشم غير المقصود Unintentional Tattooing :

الوشم بغبار الفحم : يحدث مثل هذا الوشم في المناجم عن طريق دخول ذرات الفحم إلى داخل الجروح . وتأخذ الإصابة في الحالات النموذجية شكل أشرطة خطية زرقاء رمادية على الأقسام الجانبية من أعلى الظهر أو على ظهر أيدي العاملين في المناجم (علامة مهنية Occupational Stigma) .

الوشم العرضي (الطارئ) : يحدث مثل هذا الوشم كثيراً في سحجات الجلد ، حيث تدخل ذرات غبار الطريق من خلال التسحجات . ويحدث مثل هذا الوشم عند راكبي السيارات أو الدراجات وعند الرياضيين . وقد تكون إزالة الوشم صعبة للغاية ويجب أن تتم باكراً ما أمكن .

الوشم بالملغم Amalgam Tattoo : ويحدث هذا الوشم في الأغشية المخاطية الفموية وفي اللثة . نلاحظ اضطراباً في الصباغ أزرق مسوداً محدداً وغير منتظم على الأغشية المخاطية اللثوية أو السنخية أو الفموية . وينتج هذا الوشم عن دخول ذرات الملغم أثناء المعالجة السنية . ويجب أن يدخل في التشخيص التفريقي الملانوم الخبيث الباكر أو الوحمة المصطبغة أو الشامخة .

الحُداد Siderosis : يحدث نتيجة نفوذ شظايا معدنية إلى داخل الجلد ، تظهر في البدء بلون أسود ثم تأخذ لوناً بنياً . وكذلك يمكن أن يحدث الداء بعد حقن مستحضرات الحديد تحت الجلد بشكل قريب من سطح الجلد .

ويمكن مشاهدة هذا الوشم أيضاً بعد استخدام الإبر النبوذة وخاصة في الوخز الإبري . وثمة وشم مشابه يحدث بعد استعمال الحاقن النفاث Dermojet . (جزيئات متأكلة من الختم المطاطي) .

الوشم البارود Gunpowder Tottoing : يحدث هذا الوشم بعد الإصابة بطلق ناري أو بأذيات المناجم ، وأكثر ما يحدث نتيجة أذيات الألعاب النارية . ينتج عن ذلك عادة وشم منتشر على الوجه . وإذا لم تُنزع الذرات الواشمة مباشرة بعد الأذية (١ - ٣ أيام ، وأحياناً حتى بعد ١٠ أيام) ، فإن المعالجة تكون أقل نجاحاً . (راجع الشكلين ٢٧ - ٤ و ٢٧ - ٥) .

يحدث أحياناً وبعد سنوات تفاعل لجسم أجنبي مع ارتشاح في العقد ، ويؤدي التشريح المرضي مظهرها مشابهاً للحبيوم الغرناوي . وفي هذه الحالة ، إما أن يكون الطبيب يتعامل مع مريض مصاب بالغرناوية ، والحبيوم الغرناوي هو تظاهرة للمرض ، أو غالباً ما تشاهد باللورات ذات انكسار مزدوج في الخلايا العملاقة باستعمال الضوء المستقطب ، وهذا يشير إلى أن الآفة هي حبيوم لجسم أجنبي .

المعالجة : يجب توجيه المريض فوراً إلى العيادات الجلدية . يُجرى كشط الوجه بواسطة فرشاة بلاستيكية تحت التخدير العام أو الموضعي مع إبقاء الوجه مرطباً بمحلول ملحي فيزيولوجي . وهكذا يتم إزالة الجزيئات الوسخة . وأما الجزيئات الصغيرة المتبقية فيتم إزالتها فيما بعد عن طريق الإبرة أو الاستئصال . ولا تعطي سنفرة الجلد نتائج جيدة في كل الحالات .

الفصل الثامن والعشرون

أمراض الجريبات الزهمية

Diseases of Sebaceous Follicles

د . عبد الرحمن القادري

المقدمة :

يختلف توزع الغدد الزهمية المنفرزة Holoerine Sebaceous Gl. في الجلد ، كما وترافق هذه الغدد جريبات الأشعار ، عدا ما يسمى بالغدد الزهمية المنتبذة Ectopic أو الحرة والتي لا تصاحب الجريبات الشعرية . منها مثلاً الغدد الزهمية المنتبذة التي تتوضع على الجزء القرمزي للشفنتين Vermilion ، وعلى مخاطية الشفتين والحدين وعلى الأعضاء التناسلية (بقع أو غدد أفوردريس) .

وهناك ثلاثة أنماط مختلفة للجريبات في جلد الإنسان وهي :

– جريبات الأشعار الانتهازية كأشعار الرأس حيث ترافق الأشعار مع غدد زهمية كبيرة .

– جريبات الأشعار الزغيبية Vellus كالأشعار الناعمة التي توجد على وجوه النساء حيث ترافق أيضاً مع غدد زهمية لكنها صغيرة الحجم .

– الجريبات الزهمية التي هي من خصائص الكيان الإنساني ، ذلك لأنها لا توجد عند الحيوانات . تتواجد جريبات الغدد الزهمية التي يشار إليها عادة بالجريبات الزهمية ، على الوجه ، والقسم المتوسط من الصدر والظهر ، وهي الأماكن المفضلة للعد الشائع . وتنتشر أيضاً بشكل أقل على الذراعين والرقبة والبطن .

يتألف الجريب الزهمي من أربعة أقسام وهي :

– القمع والذي تسترته غلالة من ظهارة متقرنة .

– غنبيات (أو فصوص) الغدد الزهمية الضخمة .

– بنية الشعرة الزغيبية الصغيرة .

– القنوات الزهمية ، وهي المجاري التي تنفتح بواسطتها فصوص (غنبيات) الغدد الزهمية داخل القمع .

تفرز الغنبيات Acini الفصية الضخمة ، الشبيهة بالقيبط ، زهماً لزجاً ، سائلاً ، أصفر شاحباً . ويتكون هذا الزهم من غليسيريدات ، وحموض دسمة (٦٥٪) . وسكوالين (١٠٪) وأستيترات الشمع (٢٥٪) ، أما ليبازات (ليباز : خميرة حالة للشحم) الجراثيم فتحرر حموضاً دسمة حرة من

الغليسيريدات والغليسيريدات الثلاثية . ويتراوح طول سلسلة الحمض الدسم عادة ما بين 6 C و 22 C ، علماً بأن التركيب الكيميائي الحيوي للزهم يتبدل فقط من الناحية الكمية ، أما من الناحية النوعية فلا يوجد هناك أي اختلاف في تركيب الزهم حتى ما بين العروق Races ، لكن للتغذية والقوت أثرهما القليل ، حيث يتشط إنتاج الزهم بالصيام المطلق (القوت صفر) ، أو عند المعالجة بالاستروجينات ، أو مضادات الأندروجينات ، حمض الريتينويد ١٣ المقرون (Isotretinoin) ، أو بالأدوية المشبطة للنمو الخلوي . يسيل الزهم المتشكل في الغنبيات حرراً على سطح الجلد . أما زمن تجدد الخلايا في الغنبيات فيتراوح ما بين ١٢ – ١٤ يوماً ، ذلك الوقت الذي تتطلبه الخلايا القاعدية لتهاجر إلى الأقفية ، حيث تتحطم وتتححر مع الزهم إلى داخل الأقفية ، بعد ذلك يسيل الزهم على سطح الجلد خلال بضع ساعات أو أيام . يبقى الزهم سائلاً ، ولا يصبح صلباً ضمن حرارة الجلد ، كما أنه لا يسد القمع . تُبطن القناة الطويلة المكونة من القناة المفرزة والقمع بالخلايا المقرنة Keratinocytes التي تنتج الخلايا المقرنة والتي تلفظ بشكل طبيعي للخارج (أعني داخل اللعة) . ويتألف القمع من قسم قصير ملتصق بالبشرة ، القمع الطرفي Acroinfundibulum ، الذي يبدو في كل من المجهر الضوئي والإلكتروني مثل البشرة داخل الجريب . كما يتألف القمع من قسم دائر أطول ، القمع التحتي . هذا ويُبدى كل من القمع والأقسام المرافقة من القناة الزهمية تفرناً مختلفاً عن تقرن البشرة (سواء المجهر الضوئي أو الإلكتروني) . حيث أن الخلايا المقرنة هنا تكون صغيرة ومتفتة ، فهي تمثل حاجزاً غير تام مقارنة مع الطبقة المقرنة على سطح الجلد .

تكون الجريبات الزهمية غزيرة بشكل خاص في الوجه ومجرى الأذن وناحية أعلى الصدر ، وفي الظهر وعلى جوانب أعلى الذراعين حيث تكون المناطق الجلدية دهنية نسبياً . كما ويتناقص عدد وحجم الجريبات الزهمية في جوانب الجسم وفي المحيط حيث تنعدم كلية في الراحتين والأخصصين ، وهذا ويشق القسم الأساسي من شحميات سطح الجلد من الجريبات الزهمية ، كما ويشق قسم أقل من ذلك من جريبات الأشعار الزغيبية .

يكون إنتاج الزهم مرتفعاً مباشرة بعد الولادة ، وحتى الشهر ٣ – ٥ بعد ذلك ، لكن إنتاجه ينخفض أثناء مرحلة الطفولة ، ثم يصبح أكثر غزارة ووضوحاً قبيل مرحلة البلوغ بفترة قصيرة بسبب تأثير الأندروجينات ، ويبلغ مستواه النهائي حينئذ أثناء البلوغ . أما عند الفتيات فإن زيادة إفراز الزهم Sebarche يتقدم على أول طمث بحوالي السنة . هذا ويختلف نتاج الغدد

الوردي . وأما إمرأى انعدام الزهم فغير معروف ، لكن قد تأكد على كل حال أن هذا النمط من الحالات البنيوية يمكن أن يكون وراثياً .

المعالجة : يوصى بطرائق لزيادة الدهن بتطبيق المراهم أو المستحلبات من غط الماء في الزيت إضافة إلى التخفيف من استعمال الصابون ، وتجنب الدوشات المتكررة واستعمال المنظفات الرغوية في الحمامات . وأن تكون المراهم التي تعطي بالجلد ملائمة ، وكذا المطريات ، وتفيد زيوت الاستحمام الطبية التي تخدم في الحفاظ على زهم الجلد . والأغلب أن لا يتحمل المصابون بانعدام الزهم كل من المساحيق والطلاءات الملونة والدهونات الغولية أو المستحلبات من غط الزيت في الماء .

المثّ Seborrhea :

يكون الجلد الغني بالغدد الزهمية لامعاً إذا كان إنتاج الزهم أكثر من السوي . حتى إذا ما مرّ أحد بأصبعه فوق الطيّات الشفوية الأنفية ، الجبهة ، فصيصات الأذن أو أخدود الصدر فإنها تنزلق على طبقة من الزهم المشعور بدهنه وغالباً ما يكون طلاء الطبقة العرقية الزهمية لافتة للنظر من الناحية الجمالية . أما في حالة المثّ الشديدة فإن الشعر يصبح دهنيّاً وبسرعة بعد كل غسيل . كما يميل لأن يصبح فاقداً شكله وغير منسق ، وكثيراً ما يتوافق ازدياد زهم جلد الرأس مع توسف دهني أيضاً ، علماً بأن الزهم والنظافة الناقصة يترافقان برائحة زخّة للجسم غير مستحبة .

إن سبب المثّ غير معروف لكن العامل الإرثي يلعب دوراً عظيم الأهمية ، تتبعه التأثيرات الهرمونية المتعددة . ينبه التستوسترون ومستقبلاته عمل الغدد الزهمية ، في حين أن الأستروجين يثبط إنتاج الزهم بشكل غير مباشر وذلك عن طريق النخامى ، كما وتحتصر مضادات الأندروجين التركيبية مستقبلات التستوسترون في الأعضاء المستهدفة . أما أفضل مركب موقف لإفراز الزهم هو الإيزوترتينيون (حمض الريتينويد - ١٣ المقرون) .

يأخذ المثّ في الصيف وفي مناطق الأقاليم الحارة أشكالاً واضحة وصریحة ، وعلى العكس من ذلك فإنه غالباً ما لا يكون واضحاً في أشهر الشتاء الباردة ، ويظهر أن للعوامل الانفعالية أهمية في حدوث المثّ . قد يزداد إفراز المثّ قبل الطمث ، كما ويزداد إفرازه بكثرة في داء باركنسون ، والتهاب الدماغ الوسني (وجه دهني ، مثّ عقب التهاب الدماغ) . هذا وهناك علاقة هامة ما بين المثّ وأدواء جلدية متعددة ، حيث أن زيادة الإفراز الزهمي إما أن يقوم بدور مسبب أو أن يلعب دوراً مساعداً على الأقل . فالمثّ يعتبر عاملاً هاماً في إمرأى العدّ الشائع ، وردية

الزهمية بشكل كبير بين الأفراد وبين الزمر العرقية أيضاً . ويعتبر أن لدى الشخص توقف في إفراز الزهم Sebstasis أو انعدامه Asteatosis عندما يكون إنتاج الزهم لديه أقل من إنتاجه عند الأشخاص العاديين (مثال : المرضى التأتبيين) . بينما يكون الأشخاص ذوي الإنتاج العالي من الزهم مصابين بالمثّ Seborrhea (مثال : العد الشائع) . هذا وغالباً ما يختفي المثّ تحت وطأة التعرق الزائد . ويمكن تقدير إنتاج الزهم كميّاً وذلك بغسل الجلد بمذيبات عضوية ، أو بامتصاص الزهم بورق سيجارة ، يعقب ذلك ، الفحص بمقياس الثقل النوعي Gravimetric أو بضغط بلورة معدنية أو رقاقة معدنية على السطح ثم يجري القياس بواسطة المقياس الضوئي Photometric (المقياس الزهمي) ، ومثلاً فإن مستوى الزهم للجلد السوي على منطقة الجبهة والمقاس بطريقة ورق السيجارة يصل إلى حوالي ١٠،٠ ملغ/سم^٢ كل ٣ ساعات ، في حين يبلغ ٠،٥ ملغ في حالة انعدام الزهم ، وأكثر من ١،٥ ملغ عند الإصابة بالمثّ .

توقف إفراز الزهم Sebstasis (انعدام الزهم Asteatosis) :

يكون كل من الشعر والجلد جافاً في انعدام الزهم وذلك بسبب انخفاض إنتاج الزهم . وغالباً ما يكون إفراز العرق قليل أيضاً (نقص التعرق Hypohydrosis) . أما إذا نقص دهن الجلد بشدة بسبب كثرة الاستحمام أو التدوش أو الإفراط في استعمال الصوابين ، فإن المعالجة تقوم حيثئذ على تطبيق المراهم والمطريات والدهونات Lotions أو الرهيمات . هذا وإن الأشخاص ذوي هذا النمط من الجلد هم أكثر استعداداً لتطور حالة انعدام الزهم عندهم والمترافقة بحكة لاستعمالهم الطرق التنظيفية المعيارية . أما نتائج إزالة الزهم فتجلى في توسف نخالي الشكل موضع (نخالية الجسد البسيطة . نخالية الرأس البسيطة أو نخالية الوجه البسيطة) . وهناك تأهب لحالات انعدام الزهم أيضاً على جوانب الذراعين والجذع وعلى الساقين . ويكون لانعدام الزهم علاقة في النمط البنيوي المعقد (التأتب Atopy) مع الميل للأرجية (حمى العلف ، الربو القصبي ، التهاب الجلد التأتبي) . ويتعلق التماسك الشائع أيضاً بانعدام الزهم . وذلك من جراء الجفاف الجلدي بانعدام الزهم . ويكون غزو المتعضيات الحية الصغيرة له أكثر صعوبة في العادة . ولذا نجد أن المصابين بانعدام الزهم يكونون أقل إصابة بكل من التقيحات والأخماج الفطرية الجلدية . ومن جهة أخرى ففي التهاب الجلد التأتبي تحدث زيادة في التوسف واهبة مستودع جيد للجراثيم . ويندر أن يعاني المصابون بانعدام الزهم من الأمراض المثية كالعَد الشائع والتهاب الجلد المثي والعد

نوجه ، التهاب الجريبات . سلبات الغرام . ومن المحتمل أن يكون له أهمية في إمرار التهاب الجلد المني . هذا ويقدم المثل رضية ملائمة للعديد من الجراثيم الممرضة والفطور ، ولذلك فإن الجلد المني يميل إلى حدوث تقيحات جلدية وأحماج فضرية .

ويجب الحذر من الإنذار من حيث تضمنه للحالة البنيوية مستمرة . ويضعف المثل عادة ويقل مع تقدم السن .

المعالجة :

جهازية : تثبط موانع الحمل الحاوية على الاستروجين ، وخلات الكلور ماديون وخلات السيروترون الإنتاج الزهمي نسبة ٢٠ - ٣٠٪ . أما الإيزوتريتينون (حمض الريتينويد - ١٣ المقرون) فأكثر فعالية . وقد ذكر هذا الدواء بتفصيل مسهب في بحث العد كما سيأتي .

نعالج الموضعية : تعتمد الرغبة في الإقلال من المثل على أرضية ترويقية . يتعاطى المرضى أحياناً جميع أنواع الطرائق للتعامل مع حالتهم المثية ، علماً بأن بعضاً من هذه الطرائق مخرشاً للجلد . وهذه صحيحة بالتأكيد في حالة التفسير الزائد لكل من الوجه ولرأس بالصوابين . يوصى بمعالجة الجلد المني ، بما في ذلك لرأس ، بالنظفات . أما المراهم والمعالجين فأقل ملائمة للمعالجة . ينما يفضل بعض المرضى استعمال المساحيق ، وخاصة على الوجه ، بالإضافة إلى مسحوق الكبريت للشعر ندهني .

العد Acne

العد الشائع Acne Vulgaris :

يعتبر العد الشائع واحداً من الأمراض الجلدية الأكثر شيوعاً ، يحدث عند البلوغ لدى معظم الأشخاص ، وعلى الرغم من تباين وجوده ، وتراجعه في سن الكهولة المبكر ، فقد يثلاشي العد أحياناً قبل سن العشرين . وقد يمتد حتى سن ثلاثين أو لفترة أطول من الحياة . أما الأماكن المفضلة لتوضع العد فهي الوجه . وقد تكون الآفة شديدة الإزعاج في الحالات الشديدة ، ولذا فإن للعد أهمية جمالية معتبرة تفصح عن الكرب العقلي لدى المصابين .

التعريف : العد الشائع مرض متعدد الأسباب يصيب المناطق الجلدية الغنية بالجريبات الزهمية وهو يتصف بالمثل ، واضطراب تفرن في الجريبات مع زؤان ، يعقب ذلك حطاطات التهابية وبثور وخراجات عقيدية وندبات .

الإمراض : تلعب عوامل إمراضية متعددة دوراً في إحداث العد

مثل الوراثة ، الزهم ، الهرمونات ، الجراثيم ، التفرن الجريبي والاستجابة الجريمية follicular Responsiveness ، مثل التفاعل تجاه العوامل الآلية ، الالتهاب . ومن المحتمل أن تلعب الآلية المناعية دوراً غير مباشر .

الوراثة : هناك استعداد إرثي للعد ، كما تتحكم الوراثة في كل من حجم وفعالية الغدد الزهمية والمث واتساع المسامات الجلدية . هذا ولا يوجد طراز وحيد للوراثة ، وقد افترضت الوراثة الجسدية السائدة والمختلفة في طرق التعبير عن ذاتها ، ذلك أن العد ينجم عن تأثير عوامل متعددة . فإذا ما كان كلا الوالدين قد أصيبا بالعد ، فمن المحتمل حدوث العد عند أطفالهم في سن البلوغ بنسبة ٥٠٪ ، كما أن لحجم الجريبات الزهمية علاقة بالإرث أيضاً ، إضافة إلى فعالية الجريبات في اضطراب التفرن وفي الالتهاب .

الغدد الزهمية والزهم : يعتبر إنتاج الزهم العامل الأكثر أهمية في العد حيث يحدث المثل عند معظم المصابين بالعد . ولا يحدث العد عند المخصيين لانعدام زهم الجلد . ويؤدي مرضي العد غدياً زهمية ضخمة ، كما أن إنتاج الزهم عندهم يكون أكثر من إنتاجه عند الأشخاص ذوي الجلود السليمة . ومن جهة أخرى فإن الزهم ليس العامل الجازم ، فمثلاً : لا يترافق الجلد الدهني في داء باركنسون مع العد . وهناك دلائل غير مباشرة تشير إلى أهمية إنتاج الزهم في حدوث العد من خلال تثبيط إفراز الزهم بالمعالجة بكل من الاستروجين ، مضادات الأندروجين ، أو الإيزوتريتينون ، فعندما يتثبط إنتاج الزهم تتحسن الإصابة بالعد .

لا يحتوي الزهم حموضاً دسمة حرة خلال وجوده في العنبيات الزهمية والأقنية ، كما لا يكون بتماس مع الجراثيم الموجودة في القمع . هذا وتحتوي الكيسات العقيمة ذات الارتباط الزهمي مثل الكياس الزهمي المتعدد Steatocystoma Multiplex على غليسيريدهات ثلاثية ، لكنها لا تحتوي على حموض دسمة حرة ، ومن النادر أن تلتب . وهناك العديد من الحموض الدسمة الحرة ذات سلاسل مختلفة الأطوال ، أما نسبة هذه الحموض في دهون سطح الجلد فتقدر بحوالي ٢٠٪ . ومن المسلّم به أن الحموض الدسمة الحرة تعمل كمركبات محدثة للزؤان وذلك يعني أنها مسؤولة عن فرط التفرن من النمط التكاثري الضروري في إنتاج الزؤان ، كما أنها مواد سامة أيضاً وتساعد في تحويل الزؤان إلى حطاطات وبثور وذلك بتحطيمها للظهارة الزؤانية . وقد برزت اعتراضات أمام هذه الافتراضات . فالترايسكيلينات تثبط نمو الجراثيم ، كما أن لها تأثير مباشر على إنتاج الليياز (الحميرة الحالة للزهم) التي تطلقها الجراثيم أثناء نموها السوي ، وتثبط تشطر cleavage الحموض

الدسمة الحرة من الغليسريدات الثلاثية .

الجراثيم - الفطور والسوس Mites : إن أي جريب زهمي يكون منسكوناً وبكثافة من قبل الجراثيم والفطور ، علماً بأن هذه الجراثيم والفطور ليست ممرضة وهي تقيم بشكل دائم ، ولهذا السبب فإن العدّ البشري لا يمثل تقيحاً جلدياً ، والعدّ مرضٌ غير مُعدٍ .

تحدث الوبغاء النخالية *Pityrosporum furfur* (مرادفات : الوبغاء الدويرية ، أو البيضوية ، الملاسيزية النخالية) ما بين صفائح الخلايا القرنية القاصية في طرف القمع بالقرب من سطح الجلد . وهذه الفطور لا تلعب أي دور في العدّ ، لكن دورها يقوم على تطوير النخالية المبرقشة . ويوجد في الأجزاء الأكثر بعداً من الجريبات (الهوائية) أو في الزؤان مكورات عنقودية معظمها من المكورات العنقودية البشرية والمكبات *Micrococci* الأخرى والتي تنتج خميرة الليياز التي تلعب دوراً ممرضاً في العدّ . كما تتواجد الجراثيم الريبونية العدية (التي دعت سابقاً بالجراثيم الريبونية العدية غط I) والجراثيم الريبونية الحبيبية *P. Granulosum* غط II ، ونادراً ما تشاهد الجراثيم الريبونية البارفيومية *P. Parvum* (غط III) . هذا وتنتج الجراثيم الريبونية البرفيرين ، وتحتوي الجريبات والزؤانات جراثيم وافرة تتألق بلون أحمر مرجاني بأشعة وود . كما يحتوي كلٌّ من الزؤان المفتوح والمغلق على جراثيم ريبونية وفيرة ، منتجة لخميرة الليياز ، وتعتبر عوامل أساسية في الآلية المرضية للعدّ .

الدودة الجريبية *Demodex Folliculorum* : ليس لسوس الجريب الشعري أي علاقة في إمرض العد . ونادراً ما يحدث السوس عند الفتيان ، لكنه موجود ، وشائع ، وبأعداد كبيرة عند كبار السن في القمع ، هذا ولا يمكن العثور على الدودة الجريبية في الآفات العدية .

الهرمونات : تكون الجريبات الزهمية صغيرة قبل البلوغ . وإن نمو غنبيات الغدد الدهنية ومدى إنتاجها من الزهم تسيطر عليه الهرمونات الأندروجينية (التستوسترون ومشتقاته وخاصة دي هيدرو إيبي أندروستيرون) . وتمتلك الغدد الزهمية مستقبلات للأندروجين ، مثل 5 - ألفا دي هيدرو تستوسترون . ويتم تنبيه الغدد الزهمية وبشكل أعظمي دوماً عند الرجال والنساء بالتركيزات الفيزيولوجية للأندروجين . كما يمكن أن يؤدي استعمال العوامل الابتنائية *Anabolic* والمتضمنة على أندروجين لبناء الجسم عند صغار الرجال والذين أصيبوا سابقاً بالعد المكبب إلى حدوث عد شائع (عدّ بناء الجسم) . أما الاستروجينات (موانع الحمل الهرمونية ، الحمل) فتعمل على

تثبيط إنتاج الزهم عن طريق نخامي غير مباشر نتيجة تثبيط الأندروجينات . هذا ولم يتضح بشكل نهائي دور البروجسترون المؤثر على الجريبات بالرغم من احتمال امتلاكه لتأثير أندروجيني ، ولا تحدث مضادات الأندروجين في الجسم ، لكن هذه المركبات مثل خلاص السيروترون تحصر مستقبلات الأندروجين في الخلايا الزهمية ، لذا يمكن استخدام المركبات الأخيرة هذه جهازياً لدى النساء اللواتي يعانين من أشكال العدّ الشديدة .

اضطرابات التقرن : يعتبر ازدياد نتاج الخلايا المتقرنة العلامة الأولى للملاحظة في العدّ ، لكن هذا النتاج لا يلبث أن ينطرح إلى الخارج . أما الزؤان فيحدث خلال فرط التقرن المترافق مع التكاثف والاحتباس . كما أن الغنبيات في الغدد الزهمية لا تتبدل في المرحلة البدئية لإنتاج الزؤان ، ومع ذلك فإنها تصبح أصغر حجماً مع ازدياد حجم الزؤان ، كما لا يشبط سيلان الزهم خلال الخلايا المتقرنة المرصوفة في الزؤان في هذه المرحلة إلى سطح الجلد . أما النظرية السابقة التي تعتبر أن العامل الإراضي في العد إنما يرجع إلى احتباس الزهم فقد أهملت الآن ، لكن الجسيمات المتقرنة *Keratinosome* ، وأغشية الخلايا المتقرنة ، والشحميات البشرية ، والمواد اللاصقة بين الخلايا المتقرنة تلعب دوراً أساسياً . وفي العادة فإن الالتصاق بين الخلايا المتقرنة يكون مستقر في العدّ ، هذا وتبقى المئات من الخلايا المتقرنة مرتبطة بنبات ومشكلة بذلك هيكل الزؤان .

الفعالية الجريبية : يتفاعل القمع التحتي في الجريب الزهمي لدى مرضى العد نحو العديد من المنبهات الفيزيولوجية والتجريبية متجلباً بزيادة نتاج الخلايا المتقرنة بشكل أكثر مما هو عند المرضى الذين لا يعانون من العد . هذا وإن الفعالية الجريبية تكون مرتفعة بشكل جوهري عند مرضى العدّ ، وهذا ما يفسر عادة سرعة تفاعل مرضى العدّ نحو اضطراب التقرن والالتهاب .

يثار نتاج الزؤان عند مرضى العد بسهولة أكثر من المرضى الذين لا يعانون منه بواسطة المركبات المنتجة للزؤان كالهيدروكربونات الحلقية المكلورة (بنتا - هكسا - كلوروفنتالين) إضافة للوذلين أو المنتجات القطرانية (مثال : التعرض المهني ، عدّ الزيوت ، عدّ الكلور ، عدّ الزيوت المحروقة ، العدّ التزويقي) إضافة إلى أن مرضى العدّ يبدون ميلاً كبيراً لحدوث التهابات الجريبية ، والحطاطات البدئية والبثرية ، والاستجابة لمواد كالستيروئيدات القشرية السكرية (عد ستيرويدي) وبعض العوامل المستخدمة في العناية بالجلد « الحمض الإيزو - نيكوتيني ، هيدرازيد ويوديد البوتاسيوم » .

المناعيات : أظهرت الاختبارات المناعية تفاعلات شاذة بدئية

المحتوى الطبيعي للجريب الزهمي وليس لآفة العد . ويمكن أن ينشأ الزؤان من الخيوط الجريبة (مرادف : أسطوانات جريبة) ، أما الخيوط فتتركب من هيكل من الخلايا المتقرنة على غمط الشرنقة ، مع ٢٠ - ٣٠ خلية تحيط بشعرة ناعمة مركزية إضافة لقناة يسرى حرة قد يتواجد فيها زهماً ، وجراثيم بربونية عديدة وعنقودية .

الآفات العدية البدئية غير النهائية :

الزؤان الدقيق : وهو أول التغيرات المكتشفة داخل الجريب الزهمي ، ولا يبدو هذا الزؤان إلا بالمجهر الضوئي ، كما أنه يتحول إلى آفة عُذية من جراء اضطراب التقرن ، بعد ذلك يحدث التكاثر وفرط التقرن من النمط الاحتباسي داخل القمع الذي يتمدد كالبالون .

الزؤان المغلق (الرؤوس البيضاء) : يؤدي تراكم الخلايا المتقرنة المستمر في القمع إلى جعله كروياً ، وتتحول ظهارته إلى ظهارة زؤانية تعطي دفعا للزؤان المرئي ليبدو شبيهاً بالدخينات . أما نهاية القمع فتكون ضيقة مثل جراب التبغ (Tobacco Pouch) . ويكون الزؤان المغلق مرئياً عند بسط الجلد المتوضع فوقه . هذا ويبدو الزؤان المغلق سريراً على شكل بنية كروية بيضاء ، أو بلون الجلد ، ذات فتحة مركزية تبدو مرئية على شكل نقطة دقيقة في بعض الأحيان هذا وتنطلق محتويات الزؤانة بالضغط ، على شكل كتلة عجنية ليفية بيضاء من خلال فتحة ضيقة .

الزؤان المفتوح (الرؤوس السوداء) : وينشأ من استمرار نمو الزؤان المغلق ، وينشأ أحياناً من الزؤان المجهرى مباشرة دون أن يمر بالمرحلة المتوسطة . وتتركب السدادات الزؤانية من مجموعات محتشدة من مئات الخلايا المتقرنة المتلتصقة بشدة ، إضافة إلى الزهم ، والعديد من الجراثيم البريونية العدية (يصل حتى ٦١٠ - ٨١٠ جرثومة في كل زؤانة) إضافة للمكورات العنقودية ، وأنواع الوبغاء ذات التوضعات القمية . يسيل الزهم من خلال الجيوب Lacunae على سطح الجلد دون عوائق . كما وتم الجريبات الشعرية الناعمة المتوضعة في القسم الأسفل للزؤان دورتها الشعرية ، إلا أن الأشعار المتواجدة في مرحلة الراحة Telogen لا تنبثق للخارج كما تنبثق من الجريبات الزهمية العادية ، لكنها تبقى حبيسة ما بين كتل الخلايا المتقرنة . هذا ويمكن تقدير عمر الزؤانة من عدد تلك الأشعار . وإذا ما حلت سقيات الأشعار داخل الأدمة من جراء الالتهاب ، فإنها كجسم أجنبي تؤدي إلى التهابات مزمنة وحبسوم (عدّ عقيدى مستمر) . وتكون الغدد الزهمية في هذه المرحلة أصغر بكثير من الجريبات الزهمية العادية . فالأكبر هي آفات عُذية أما الأصغر فهي عنيبات . ومعظم الآفات العدية النهائية لا تحتوي عنيبات على الإطلاق ، وبناءً على ذلك فإن الزهم لا يمكن أن

عند مرضى العدّ الشائع ، هذا ومن المحتمل أن لا تتدخل الحداثيات المناعية في حدوث العدّ البدئي على الرغم من أنها قد تحدث أثناء سير آفات ملتبة ثانوياً . ويتفاعل مرضى العدّ نحو مستضد الجراثيم البريونية العدية ، كما يتضح ذلك من أضداد المصل وزيادة التفاعل المباشر نحو الجراثيم البريونية العدية . ويؤدي المصابون بالعد المكبب انخفاضاً جوهرياً في الاستجابة المناعية الخلوية من النمط الآجل نحو مستضدات حقيقية مختلفة (السلّين ، مستضد العقديات والعنقوديات ، مستضد النكاف ، التريكوفايتين ، والذي ترو كلوروبينزين) .

الآفات العدية Acne Lesions :

يمكن تقسيم الآفات العدية إلى بدئية ، غير ملتبة ، وثانوية ملتبة . ويمكن إلقاء نظرة عليها من خلال الجدول ٢٨ - ١ . ومن الناحية السريرية ، لا تعد كل من الكيسات والزؤان المتوسر والندبات ملتبة في مراحلها النهائية . إلا أن هذه الآفات قد مرّت في مراحل سابقة بأطوار من الالتهاب المتكررة تبقى مرئية نسجياً .

الجدول ٢٨ - ١ : الآفات العدية البدئية والثانوية

جريب زهمي طبيعي	
خيوط جريبة في الجريب	
الزهمي	
زؤان مجهرى	
زؤان مغلق	آفات بدئية غير ملتبة
زؤان مفتوح	
حطاطات	
بثور	
عقيدات ثابتة	آفات ثانوية ملتبة
خراجات عقيدية	
جيوب نازحة	
زؤان متوسر	
كيسات	
ندبات تشبه الثلج المنقر	آفات عقب الالتهاب
ندبات غمط الدخينات	
ندبات غمط الزؤان المغلق	
ندبات عقيدية	
ندبات جذرية	
ندبات ضمورية	

الخيوط الجريبة : تمتلئ قناة القمع الواسعة بمواد عجنية ، هذا وتبدو تلك المواد العجنية البيضاء إذا ما ضغطت الجريبات (مثلاً ضغط جناح الأنف) ، علماً بأن هذه المواد العجنية هي

يكون عاملاً إمراضياً جوهرياً في الآفات العدية الثانوية . يتكون الغطاء الأسود للزؤانة المفتوحة من ميلانين وليس من تأكسد أو فساد النواتج الدهنية ، ويكثر الزؤان الأسود لدى الزوج بشكل خاص ، بينما يوجد لدى الأمهقين Albinos زؤان أبيض .

الآفات العدية الثانوية الالتهابية :

إن الحدث البدني في العد هو عيب في التقرون وإنتاج الزؤان . أما في المرحلة الثانوية ، فإن الالتهابات قد تحدث في الزؤان . هذا ويتمزق الزؤان الدقيق بسرعة في الشكل شديد الالتهاب من العد (العد المكعب Acne Conglobata) . وهكذا لا يبدو لدى المصابين بهذا النوع من العد زؤان مفتوح أو مغلق . أما العد الآلي فيعني الحدث الآلي للالتهاب في الزؤان الدقيق أو المغلق أو المفتوح .

الحطاطات والبثور : تتوافق التغيرات الالتهابية في الظهارة الزؤانية بتسفيج وتراكم الحبيبات واللمفاويات فيما بعد و/أو يتمزق الظهارة الشديد والذي يؤدي إلى الحطاطات والبثور . وغالباً ما تتمزق ظهارة الزؤان المغلق ، وتحل في الأدمة محتويات السدادات الزؤانية مثل الخلايا المتقرنة والزهم والأشعار والجراثيم مؤدية إلى آفات النهاية .

العقيدات الجاسمة **Indurated Nodules** : تبدي هذه العقيدات المستمرة حبيومات لأجسام أجنبية تمتد أسابيع أو أشهر ، تكون في البدء تالية لانطمار عجينة من الخلايا المتقرنة في الزؤان وشدف الأشعار .

الخراجات العقيدية : وتنتج عن تداخل حطاطات متعددة في العد المكعب حيث تظهر عقيدات جاسمة ذات محتوى نزي ثم تتمزق إلى الخارج . هذه العقيدات المؤلمة ، والنازة والمتجلبة تكون وصفية ، وقابلة للشفاء دوماً بخلفة ندبات واسعة .

الجيوب النازحة **Draining Sinus** : إن الخراجات المتوسرة وصفية في العد المكعب الشديد . أما الأماكن المفضلة لهذه الخراجات فهي : المنطقة الشفوية الأنفية ، جسر الأنف ، الجزء الجانبي السفلي من الذقن ، الرقبة . هذا وتأخذ الخراجات شكلاً شريطياً ذو قمم متموجة وبطول يصل حتى ١٠ سم ومحتوياً على عديد من النواشير المفتوحة على السطح . وإذا ما ضغطت تلك الخراجات فإنه يخرج منها مفرزات كريهة الرائحة ومن فوهات متعددة .

لا تشفى الخراجات المتوسرة عفويًا ، حيث تحدث هجمات معاودة من الالتهاب والسورات .

التندبات التي تحدث عقب الالتهاب

Postinflammatory Residual Scarring

وهي آفات وصفية للإصابة العدية الشديدة السابقة .

الزؤان المتوسر : وهو عبارة عن نواشير محفرة مبطنه بالظهارة وممتلئة بخلايا متقرنة ويعتبر وصفيًا ارتباط زؤانين أو أكثر ، إذ أن هذا الارتباط صفة واسمة للعد المكعب وأكثر ما تحدث ، وبشكل شديد على الظهر والعنق ، وهي تنشأ من اندماج التهاهي لزؤان متجاور ومن جريبات زهمية ، والتي تشفى فيما بعد تاركة تندباً .

الكيسات : وهي عبارة عن عقيدات غير النهائية ، ذات قوام مطاطي مكتنز ، وبقطر ١ - ٥ سم ، وتكون بارزة على سطح الجلد ، ولها مسام مركزي قد يخرج منه إذا ما ضغطت مفرزات عجينة بيضاء ، جينية ، تركب من بقايا خلايا متقرنة وجراثيم وذات رائحة كريهة .

الندبات : تحدث ندبات عديدة في العد ، وتراوح ما بين ندب صغيرة مرتبطة بالجريب وتبدو كالزؤان ، وحتى ندباً منخفضة تشبه لاقط الثلج ice-pick ، وقد تصل الندبة إلى جدر ضخمة ، أو ندبة رقيقة ضمورية تشبه ورقة السجارة .

أشكال العد Acne Varieties

تختلف الأشكال السريرية للعد بشدتها وتعيرها ، كما تختلف من بضع زؤانات في العد الزؤاني وحتى تصل إلى تغيرات جلدية مهمة مترافقة بالشعور بالمرض ، من تقرحات وخراجات ونواشير في العد الخاطف أو العد المقلوب (العد الرباعي) . وقد ميزت ثلاث أشكال للعد (العد الزؤاني ، العد البشري الحطاطي ، العد المكعب) من الأشكال الخاصة الأخرى .

العد الزؤاني Acne Comidonica :

العد من الدرجة I : يحدث زؤان مفتوح ومغلق وخاصة على الوجه . ومن النادر أن يبدى هذا الشكل من العد حطاطات وبثور النهاية . ويبدأ العد أثناء البلوغ بالزؤان ، الذي يتوضع آفاته على الأنف أولاً ثم تظهر على الجبهة والوجنتين . هذا وتنعت الآفة بالخفيفة إذا ما تظاهرت بالقليل من الزؤان . أما عندما تتظاهر بالئات من الزؤانات المغلقة (الشكل ٢٨ - ١) فإن الآفة تعتبر شديدة ومعالجتها صعبة . وغالباً ما يترافق هذا العد بالمش .

العد البشري الحطاطي Acne Papulopustulosa :

وهو العد من الدرجة II ، وتتحول في هذا الشكل الزؤانات الملتهبة إلى حطاطات وبثور . وإذا ما ترقى الالتهاب في العمق تحدث عندئذ عقيدات دملية الشكل ، قاسية ومؤلمة ، كتفاعل نحو كتل الخلايا المتقرنة المترسبة في الأدمة أو نحو الأشعار في الزؤان . ويؤخذ في الحسبان هنا خطر التندب .

وتوضع الإصابات بشكل بارز على المناطق المذحية (الثنيات) كالمنطقة المغنية وجبل العانة وتحت الإبطين ، علاوة على مؤخر العنق والرأس (الشكل ٢٨ - ٧) .

العد الثلاثي *Acne Triad* : ويشير هذا المصطلح إلى الملامح الثلاثية للمرض غير أنه يفضل اليوم نعتة بالعد المقلوب ، لأنه أكثر إحاطة وملائمة لهذه الآفة . ويشمل هذا العد على كل من :
- العد المكعب .

- نمط التهاب الغدد العرقية المقيح في منطقة ما تحت الإبطين ،
المغني ، وحول الأعضاء التناسلية
- التهاب ما حول الجريبات وخراجات مؤخر العنق والرأس .

العد الرباعي *Acne Tetrad* : يشير هذا المصطلح إلى التوضعات الرباعية التي يتضمنها هذا العد ، ويفضل المؤلفون في الوقت الحاضر إلى تسميته بالعد المقلوب . فبالإضافة إلى الأعراض الثلاثية المذكورة فهناك إصابة جيب مشعر Pilonidal ضمن الطية الشرجية أو فوقها .

هذا وغالباً ما لا يؤكد التشخيص لعدم الإقرار بعلاقة هذا التناذر بالعد ، حيث يعالج المرضى ، ولعدة سنوات ، بسبب خراجات الغدد العرقية الناكس أو بسبب نواسير عصعصية (جيب مشعر) . وهناك تناقض وصفي ما بين العد المكعب الخفيف نسبياً والمتوضع على الجذع ، والالتهاب المذحي الشديد الذي قد يستمر سنوات عديدة حتى عشرات السنين . يصاب بهذا الالتهاب أحد الإبطين أو كليهما إضافة للثنيات المغنية والذي يغلب أن ينتقل أيضاً إلى الصفن والأشفاق وجبل العانة ومنطقة ما حول الشرج والردفين حيث تتطور هناك ارتشاحات متداخلة بطول ٥ - ٣٠ سم ، تكون قاسية بالجلس وتميل إلى الاندماج في نقاط متعددة . أما في منطقة الإبط ، فهناك ندبات وشتور تصل إلى قد الإصبع مع احمرار النهائي ، كما نجد تحديداً في الحركة حيث لا يستطيع المصاب رفع العضد إلى الأعلى ، أما الارتشاح الشرجي - التناسلي - المغني فيكون بلون أحمر بني ويدي العديد من النواسير المبطنة بالظهارة ، قيح ، دم ومفرزات كريهة تنطرح من فتحات نواسير متعددة ، تلك المفرزات التي غالباً ما تحتوي على جراثيم سلبية الغرام والتي تمثل مشكلة علاجية هامة . وتشاهد في طية الشرج العلوية أو فوق العصعص ندبات مرتفعة من جراء اندماج أشعار نهائية (جيب شعري العش) . وفي الأغلب فإن المريض يكون قد تلقى معالجات جراحية مبدئياً ندبة بطول سنتيمتر واحد فوق ما يسمى بالناسور العصعصي .

يبدأ الالتهاب المذحي وينتشر من الجريبات الزهمية وجريبات الأشعار الانتهاية . وهو ليس بمرض بدئي في الغدد المفترزة ، لكنه

وغالباً ما يكون الزؤان صغيراً جداً ، تصعب رؤيته في الأشكال لانتهاية من العد . ويختفي الزؤان أحياناً من جراء عدم رؤية زؤان الدقيق إلا بالمجهر . وقد يأخذ هذا العد شكلاً خفيفاً يتظاهر بالقليل من الحطاطات البثرية ، وقد يأخذ سيراً أكثر شدة فيتظاهر بالعديد من الحطاطات والبثور والعقيدات على الوجه والرقبة والصدر والظهر والعضدين (الشكل ٢٨ - ٢) أو يترافق هذا الشكل من العد مع المثل دائماً .

العد المكعب *Acne Conglobata* :

وهو العد من الدرجة *III* : وهو أكثر أشكال العد شدة ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، يبدو في العد المكعب ، زؤان وحطاطات وبثور مترافقة بجلبات نزفية ، كما تتطور في نفس الوقت عقيدات مؤلمة جاسئة والتي تصبح متداخلة ونزافة ، والتي تخلف العديد من الندبات التي تتراوح ما بين مناطق ضمورية بقع راحة اليد ، وحتى ندبات جذرية مرتفعة كسحانة الإصبع وقد يحدث عند بعض المرضى ذوي الاستعداد جدرات حقيقية بشعة (الأشكال ٢٨ - ٣ و ٤ و ٥) وهناك زمرة نموذجية من الزؤان المتنوسر (الشكل ٢٨ - ٦) تبدو كسحادات سوداء مصطبغة ضمن النواسير المبطنة بالظهارة ، متوضعة على الظهر خاصة مترافقة مع كيسات إضافية (زؤان عرطل) . هذا ويحتوي الزؤان المتنوسر على اثنتين وحتى عشرة فتحات . أما الكيسات (الكيسات البشرية أو الزؤان العرطل) فتكون طرية القوام مع تليف حولها تالية لعوارض النهاية سابقة ، كما تحتوي على كتل خلوية كريهة الرائحة مكونة هذه الكيسات والتي قد تحدث بعد التهابات متكررة تطرأ على الزؤان (زؤان ثانوي) . وتستمر الكيسات لعدة سنوات ولا تشفى عفواً .

وقد يحدث العد المكعب على القسم العلوي للجذع ، منطقة الإليتين والمعدة ، العضدين ، الساعدين ، الرقبة ، فصوص الأذن ، الرأس وعلى مناطق أخرى من الجلد لا تصاب عادة بالعد . هذا ويصاحب هذا الشكل من العد مَثٌ واضح .

الأشكال الخاصة :

العد المقلوب *Acne Inversa* [Steger و Plewig] :
[١٩٨٩] :

المترادفات : العد المذحي ، العد الثلاثي ، العد الرباعي ، التهاب الغدد العرقية المقيح .

- أكثر ما تشاهد هذه المتلازمة عند الرجال ، فهو عدٌ مكعب يحدث بصورة معكوسة ، إذ لا تصاب المناطق التي تصاب عادة بالعد (الوجه ، الصدر ، الظهر) أو تصاب بشكل نادر . بينما

العد الآلي [Acne Mechanica] Kligman و Milles : [١٩٧٣]

تساعد العوامل الآلية في تفاقم العد الخفيف . ويحدث هذا خاصة عند الذين لديهم مَث والميالين للعد . إذ يحدث كل من الضغط والفرك في المناطق التي تلامس كلاً من الحزام ، السبلة أو الخوذة ، حَمالة السرورال ، قبات البدلات القاسية ، القبات المستديرة ، تجهيزات العمل ، اللصوق إلخ ... التهابات جريبية وزؤان ثانوي على الكتفين ، الترقوة ، الجبهة ، الخصر إلخ ... مثال : عنق الكمان على الذقن ، وعد الخنفوس Hippic على الجبهة والتاجم عن استعمال عصاية الرأس وغالباً ما يصاب المذكور بهذا النوع من العد . ويعني العد الآلي أن التهاباً يطرأ على الزؤان وخاصة الزؤان الدقيق ، نتيجة الرضوض الآلية ، وبين الفحص توضعات للعد غير شائعة .

العد التماسي أو السمي Contact Acne or Acne Venenata : Venerata

رغم أن الاندفاعات العدية الشكل يمكن أن تحدث خارج السن المثالي للعد لكننا يجب أن نغير الأهمية اللازمة للعد التماسي أو العد السمي (سم = Venenum) . ولا يملك كل شخص استعداداً للعد السمي إذ يحدث غالباً عند المصابين بالمش ، وتحمل بشرتهم مسامات واسعة في الوجه ، كما يمكن أن يحدث عند المصابين بالعد الشائع أو كان لديهم سوابق عدية . ويتداخل في إحداث هذه الآفة التماس مع المركبات الحديثة للزؤان والتي يغلب أن تكون مهنية في الأصل حيث يؤدي التماس مع تلك المركبات لإحداث زؤان ، حطاطات وبثور والتي قد تؤدي إلى إصابة شديدة . ومن أشكاله السريرية الخفيفة : العد التزويقي وعد المراهم أما التظاهرات الأكثر شدة فتشمل عد الزيوت والعد الكلوري .

عد المزوقات Cosmetic Acne : آفة وصفية تحدث عادة بعد العمر الذي يعتاد أن يظهر فيه العد ، تغلب إصابة النساء ما بين ٢٠ - ٤٠ سنة من العمر والمصابات بالمش نتيجة الاستمرار في استعمال المزوقات المتضمنة على مواد محدثة للزؤان كاللوزلين في المزوقات مفرطة الدهن (الرهيمات الليلية) ، والمواد الأخرى الحديثة لزؤان مغلقة صغير متقارب من بعضه أو لزؤان مفتوح في حالات نادرة ، يحدث هذا النوع من العد على الوجنتين بشكل خاص كما تتوضع اندفاعاته على القوس الوجنية والذقن والحدبة الجبهية (الشكل ٢٨ - ٨) ، وقد يصبح الزؤان ملتبهاً ، كما قد يتطور إلى عقيدات جاسئة مزمنة . ولا يعرف المرضى في العادة علاقة هذا العد بالمزوقات ، علماً بأنه كثيراً ما تتبدل المواد المزوقة أو تستعمل بشكل متكرر أكثر مما يشكل حلقة معيبة .

مرض ثانوي يتضمن خراجات عملاقة من الالتهاب المتداخل . ويشاهد على قمة مؤخر العنق وعلى الرأس أشعار على شكل مجموعات من التهاب جريبات وما حولها مع حاصة ندية تالية ، وندبة قاسية حجرية (العد الجديري القفوي ، التهاب الجريبات القفوي المتصلب) ويتشعر الالتهاب دون توقف من مؤخر النقرة إلى كامل النقرة . وقد وضع التشخيص في السابق في مثل هذه الحالات على أنها : « التهاب ما حول الجريبات المحتفر والمشكل للخراجات » (هوفمان ١٩٠٨) .

الأعراض : يكون مريض العد المقلوب عليلين حيث ترتفع سرعة التثفل في الساعة الأولى لديهم لأكثر من ١٠٠ ملم ، وتزداد كرياتهم البيض حتى ١٥٠٠٠ خلية/ملم^٢ أو أكثر . كما نجد لديهم انخفاضاً في حديد المصل . وبالرحلان الكهربائي نجد شذوذاً في البروتين المصلي ، ويجمعون بمتعضيات مجهرية سلبية الغرام ، إلخ . وهناك خطر إصابتهم بالداء النشواني . ذكر أيضاً حدوث سرطانة وسقية الخلايا على أرضية الالتهابات المزمنة (قرحة ماجوشي ١٨٢٣) .

التشخيص التفريقي : يجب أن يميز عن الحبيوم اللثمي المغني ، داء كرون Crohn ، تقيح الجلد الموائي ، الفطار الشعبي Actinomycosis ، وسل ما تحت الجلد المتوسر .

العد الحاطف [Acne Fulminans] Kligman و Plewig : [١٩٧٥]

المترادفات : العد المكبب الحمي الحاد المتفرح المترافق مع آلام مفصلية متعددة وتفاعلات ابيضاضانية leukemoide .

وهو مرض نادر ، لكن خطير لأسباب غير معروفة . يبدأ هذا العد الذي يغلب تواجد عند اليافعان من الذكور في سن ١٣ - ١٦ سنة ، على شكل عد مكبب ، يتصف بتطور مفاجيء جداً لتنخرات نزفية ، تتوضع خاصة على الوجه والعنق والصدر والظهر ، والتي قد تؤدي إلى نزف في مناطق واسعة من الجلد . و يترافق هذا العد بارتفاع حروري وكثرة الكريات البيض ، إذ تصل حتى ٣٠,٠٠٠ كرية/ملم^٣ (تفاعل ابيضاضاني) كما تزداد سرعة التثفل بشكل ملفت للنظر وتورم المفاصل ، التي تجعل المريض ينحني نحو الأمام بشكل وصفي ، وتجعل وضعيته مؤلمة عند المشي . وغالباً ما يحدث تورم في المفصل الحرقفي - العجزي ، والحرقفي ومفاصل الركبتين ، وتترافق حمى عقدة على الظنوب في بعض الأحيان ، أما نسيجياً فهناك التهاب أوعية كاسر للبيض . وقد توجد بيلة بروتينية وشذوذات كلوية أخرى أحياناً .

وتبدى الأشكال المختلفة من العد التزويقي التهاب جريبات مرصعة بشكل كثيف إلى جانب بعضها وذلك عوضاً عن نزوان . وينجم هذا الالتهاب عن الفعل الانسمامي وليس عن مركبات المحدث للزوان .

عد المراهم Pomade Acne [Fulton و Kligman ١٩٧٠] : وهو شكل من العد نادر الحدوث في ألمانيا لكنه أكثر حدوثاً عند الزوج والآسيوي وبعض شعوب بحر الأبيض المتوسط الذين يعالجون شعرهم المجعد بمراهم دهنية ، حيث يؤدي تطبيق المراهم واللمعين brilliantine على جبهة والصدغين والقوس الوجنية لإحداث صور شبيهة بالعد تزويقي وذلك بسبب مقدرة تلك المواد الدهنية على إحداث نزوان ، هذا ويظهر الاستجواب هذه العلاقة .

عد الزيوت ، القطران ، القار Oil, Tar and Pitch Acne : يحدث هذا العد كل من زيوت التشحيم وسوائل الثقب drilling Fluids والزيوت الخام ، وذلك عند الأشخاص لخصابين عادة بالث ، وتوسع الجريبات الزهمية أو لديهم ميل لعد الشائع . وينطبق نفس الشيء في إحداث هذا العد على كل من الهيدروكربونات المكثورة ومشتقات القطران المنتجة في النصافي والمستعملة في صناعة تعمير الطرقات إضافة إلى منتجات تقطير القار . ويجب أن يكون هناك تماس مباشر بين هذه المركبات المحدث للزوان وما بين الجلد أو عن طريق الملابس الملوثة . علماً بأنه يمكن أن تحدث صور سريرية شديدة من التخط البدئي غير الالتهابي . مثلاً : على الوجه عند الطحّانين ، ومصالحى العربات والعربات الآلية الذين يصابون أيضاً في فخذاهم ، فقد يصاب كل جريب أو يلحق بمواد سوداء (أدواء مهنية) . وعلاوة على التماس الجلدي المباشر فقد تمتص تلك مواد عن طريق الفم ، كما أنها قد تستنشق في حالات نادرة ، والتي قد تقضي إلى هجمات شديدة من العد الانسمامي . أما المواد الأولية فهي الهيدروكربونات المكثورة ومعظمها من نط بيتا وهكساكلور نافثلين ، وثنائي الفينيل المهلجن halogenated والكلوروبنزئين . وقد تترافق التغيرات المشابهة لعد المكب مع تغيرات مرضية في الأعضاء الداخلية (الكبد ونقي العظام خاصة) . وغالباً ما تحدث هذه التغيرات بشكل وبائي ، مثال : التقران الجريبي الوجهي (داء بازل : وقد سمي بذلك عقب جائحة حدثت في مدينة Basle في سويسرا) ، داء بيرنا (بيركلورو نفتالين) ، عد هالة الشمع hallowax (بين عامي ١٩٢٠ و ١٩٣٠) ، التسمم الذي انتشر على نطاق واسع عند انفجار صهرج في معمل BASF الموجود في ألمانيا الغربية عام ١٩٥٣ ، والتأثيرات التي نجمت عن التلوث بزيت الأرز في اليابان (Yusho عام ١٩٦٠) ، الكارثة

الصناعية للثري كلوروفينول (Seveso عام ١٩٧٦) حيث تشكلت غيوم من مواد سامة تضمنت على (2, 3, 7, 8 - tetra - chloro - dibenzo - P - dioxin) ، وعوارض الغاز في زمن الحرب (عامل البرتقال) . يؤدي المصابون تغيرات شديدة جداً ، تشمل مناطق جلدية ، لا تصاب عادة بالعد ، مثل الصفن يرافقها تشمع كبدي ، وآفات في الجملة العصبية المركزية ، وتنتهي بالموت . ولذا فإن اتباع الطرق الصحية المهنية ضرورية في تجنب تلك الأمراض .

الزوان التالي لإشعاعات مؤينة : يحدث أحياناً فرط تقرن جريبي شبيه بالزوان بعد التعرض لكل من أشعة إكس ، أشعة الكوبالت أو الراديوم .

المتلازمة الأندروجينية : يمكن أن يتحول الشكل المعتدل من العد إلى عد مكبب شديد وذلك عند النسوة اللواتي يزداد لديهن مستوى الأندروجين نتيجة إصابتهن بأورام أو فرط تسنج منتج لهذا الهرمون (عادة المبيضين أو قشر الكظر) . أما العلامات الأخرى لهذه المتلازمة المذكورة فهي فرط الأشعار ، خاصة أندروجينية من الفم الذكري ، تغيرات في الصوت (مثال : متلازمة شتاين ، لوفتال المترافق مع كيسات مبيضية ، الورم اللوتيني الذكري أثناء الحمل) .

العد التسحجي عند الفتيات الشابات Acne Excoriees Jeunes Filles : تمثل الآفات العدية الصغرى الكروب الدهنية لبعض المرضى الذين يكون معظمهم من الفتيات أو النساء ، وذلك من جراء معالجة هذه الآفات بالضغط أو العصر . حيث تحدث أظفار الأصابع أو الآلات المستخدمة في ذلك تسحجات أو تقرحات سطحية ، وخاصة على الجبهة وهامش الفروة (الشكل ٢٨ - ١٠) ، هذه الآفات تشفى ببطء تاركة وراءها ندبات تفلصية نجمية ، وصفية ، مع فرط تصبغ . ورغم شفاء العد الأصلي غالباً لكن التسحجات تستمر . ففي هذا الشكل من العد يوجد عنصر وسواسي عصبي يؤدي إلى حدوث هذه التغيرات الجلدية الصناعية وما تخلفه من ندبات دائمة . ويجب هنا أن نوجه المعالجة ، بالإضافة لمعالجة العد ، إلى علاج الحالة النفسية إذا اقتضى الأمر ذلك مع شرح الأسباب للمريض .

العد ما قبل الطمث Premenstrual Acne : وهو مرض غير مستقل ، إذ أن الآفات الالتهابية التي تقوم على أرضية من العد الشائع تتأجج أو تسور قبيل الطمث عند العديد من النساء . وفي كثير من الأحيان تزداد سورة العد بعد إيقاف موانع الحمل الفموية ، كما أنها تزداد كثيراً بعد الولادة .

عَدِّ الوليد [١٩١٣ Kraus] وعَدِّ الأطفال [Ayres]

[١٩٢٦] : يبدى بعض الأطفال زؤان مغلق منفرد ، وبثور حطاطية ، وعقيدات ثابتة نادرة مع نتاج أندروجيني داخلي المنشأ عند الولدان ، عقب الولادة مباشرة أو في الأسابيع الأولى من الحياة (عدِّ الوليد) . تراجع هذه الحالات الخفيفة عفوياً خلال بضعة أشهر . ويبدو أن أندروجين الأم يلعب دوراً في الأمراض أما الحالات غير المفسرة والنادرة والتميزة أحياناً بشدتها ، والتي تحدث في السنة الثانية من العمر (عدِّ الطفل) ، والتي تتوضع خاصة على الوجنتين بشكل عقيدات متعددة وملتهبة وذات امتداد عميق ، مع ميل للتفخر ، فإن شفاء تلك العقيدات يتطلب شهراً أو سنوات ، ذلك الشفاء الذي يغلب أن يعقبه تندب ، وكثيراً ما يفترق هذا النوع من العدِّ إلى الزؤان ، لم يتوضح بعد سبب هذا العدِّ ، لكنه يُتوقع أن حدوثه يرجع إلى ارتفاع عابر في المفرزات الأندروجينية لكل من القند أو الكظر .

ويجب عدم الخلط بين هذين الشكلين من العدِّ وبين العدِّ الانسمامي المحدث عند الأطفال ، وذلك العدِّ الأخير الذي ينجم عن تطبيق خاطئ للمراهم والزيوت والشحومات والتي تستخدم للعناية بالجلد . هذا ويكون الزؤان في العدِّ الانسمامي على شكل مجموعات كثيفة متوضعة على الوجنتين والجهة بشكل خاص . أما صورته السريرية فتأثّل الصورة السريرية للعدِّ التروقي عند الكبار . يتحسن هذا المرض عند التوقف عن استعمال منتجات العناية بالجلد المحدث للزؤان .

معالجة العدِّ Acne Treatment :

غالباً ما يشفى العدِّ عفوياً في سن الرشد المبكرة . وعلى كل فإن الطرق العلاجية يمكنها أن تقصّر سير وحدة المرض ، كما تجنب حدوث اختلاطات كالندب . يدعم الجلد التنظيف صاحبه معنوياً ويحسن من التعامل الاجتماعي لدى مرضى العدِّ . وقد تستمر الأشكال الشديدة النادرة من العدِّ مثل العدِّ المكعب أو العدِّ المقلوب لعشرات السنين أو طيلة الحياة ، ولذا فإنها تحتاج إلى معالجة فعّالة ومبكرة . ولقد تغيرت المعالجة بشكل جوهري في الوقت الحاضر ، كما أن المعالجة الفعّالة ممكنة اعتماداً على الأساس الإمبراطوري .

التنظيف : يكون للعدِّ في العادة صلة بالملث ، وغالباً ما يؤدي زهم الوجه إلى اضطرابات تزويقية بالرغم من عدم تأثيره على سير العدِّ ، وذلك لأنه يتوضع الآن على سطح الجلد بعد أن ترك الجريبات والزؤانات . ومن جهة أخرى فإن خبرتنا تشير إلى أن إزالة الدهن هي جزء أساسي في المعالجة يقدرها المرضى تماماً . ويمكن إنقاص الزهم بواسطة الهرمونات الجهازية مثل الإستروجين (مانعات الحمل الفموية) . مضادات

الأندروجين ، الإيزوترتينون Isotretinoin . أما المعالجة الموضعية فلا تقلل إفرازات الغدد الزهمية ، لكنها تهدف إلى إبقاء الجلد نظيفاً واتخاذ الإجراءات الكفيلة بإزالة الزهم والمتضمنة استعمال المنظفات ، المحاليل الكحولية (الغولية) أو التنظيف البسيط باستعمال ورق التواليت الماص للزهم عدة مرات يومياً .

القوت Diet : لا تأثير للقوت العام على كمية أو تركيب الزهم ، ولا على التقران الجريبي وإنتاج الزؤان ، أو على الالتهاب الذي يحول الزؤان إلى بثور حطاطية . وبناء على ذلك فإنه ليس ضرورياً الامتناع عن الأطعمة المحببة مثل الشوكولاته ، التوابل والجوز أو اللحوم . وبعبارة أخرى فإنه يجب على المرء أن يأخذ عدداً من الملاحظات الفردية للمرضى . هذا وقد تُقاوم أملاح اليود والبروميدات الآفات الالتهابية العدّية ولذا يجب أن لا تؤخذ إلا باعتدال .

النصائح النفسية : غالباً ما يعاني المصابون بالعدِّ ، وبشدة ، من أعراض وجهية . فالعزلة والشعور بالقلق ، والزواج الاكتسابي كلها استجابات فاعلة شائعة . هذا ولا ينجم العدِّ عن عوامل نفسية أو ذهنية ، ولذا فإن معالجته تقوم على إعطاء الأدوية الفعّالة وليس على المعالجة النفسية ، إلا أن المعالجات النفسية الإضافية قد تكون ضرورية أحياناً ، وخاصة في العدِّ التسحجي ، هذا وأن للنصائح الطبية المتفائلة أهمية في إرشاد المرضى .

الأدوية : لقد اختصرت أسس المعالجة الموضعية والجهازية في الجدول ٢٨ - ٢ .

معالجة العدِّ الزؤاني : يعتبر التقشير Peel أكثر أشكال المعالجة فعالية في طرح الزؤان (انحلال الزؤان) ، كما أنه يمنع نكسها . ويمكن أن تتم المعالجة بالترتينون (فيتامين آ الحامضي ، حمض الريتوثي المقرون) وبيروكسيد البنزويل . أما المعالجة بالترتينون فتكون إما بتطبيق رهيم منه أو هلامه أو محاليل Solutions حيث يتراوح تركيزه فيها ما بين ٠,٠١ - ٠,١ ٪ . وتؤدي المعالجة إلى حدوث حمامي ، توسف وحكة وأحياناً إلى سورة للعدِّ المتواجد وذلك عند الشروع بالمعالجة . وهذه تأثيرات جانبية غير مرغوب بها ، ولذا فإن آثار المعالجة يجب أن تشرح للمريض بالتفصيل . أما الاستمرار بتطبيق الترتينون فيشط تماسك الخلايا القرنية مما يؤدي إلى منع تشكل الحطاطات والبثور والزؤان . أما العوامل المقشرة الأخرى والتي لها فعالية مضادة للجراثيم والمثبطة لإنتاج الحموض الدسمة الحرّة فهي مستحضرات بيروكسيد البنزويل بتركيز ٣ ، ٥ و ١٠ ٪ ، تلك المستحضرات التي يكون معظمها على شكل هلام . وإن الهلامات المائية أقل تحريشاً من الهلامات المحتوية على الغول أو

المجدول ٢٨ - ٢ : الطرق العامة في معالجة العد

المبدأ	المواد/الطرق	المستحضرات التجارية وشكل الإدخال
التنظيف	المنظفات	المنتجات التجارية المتنوعة
مضادات الم	<p>الجهازية أستروجينات خلات الكلورمادينون</p> <p>خلات السبروتيريون</p> <p>الإيزوتريتينوين</p> <p>الموضعية محاليل غولية مستحلبات زيت/ماء دهونات Lotions</p>	<p>موانع الحمل الفموية الأونومين Eunomine (٢ ملغ كلور مادينون + ٠,١ ميسترانول . ديان ٣٥ ، ديانيت (٣٥ ملغ خللات سبروتيريون + ٥٠ ملغ إيتينيل إستراديول) أكيوتان Accutane ، رواكيوتان Roaccutan (٠,٢ - ٢ ملغ/كغ في اليوم) .</p> <p>إيتانول ٥٠٪ ، إيزوبروبانول ٢٠ - ٤٠٪ .</p>
حالات الزؤان	<p>الجهازية إيزوتريتينوين</p> <p>الموضعية استخراج الزؤان حمض الصفصاف بيروكسيد البنزويل تريتينوين كبادات Vlemincks</p> <p>التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية</p>	<p>أكيوتان ، رواكيوتان (٠,٢ - ٣ ملغ/كغ في اليوم) .</p> <p>١ - ٣٪ في الإيتانول (٥٠٪) أو إيزوبروبانول (٢٠ - ٤٠٪) ٣ - ٥٪ - ١٠٪ . ٠,٠١ - ٠,١٪ .</p> <p>الشمس ، منابع الأشعة فوق البنفسجية آ و/أو فوق البنفسجية ب</p>
مضادات الجراثيم	<p>الجهازية هدرو كلوريد التتراسيكلين أو كسي تتراسيكلين دو كسي سيكلين مينو سيكلين أريترومايسين</p> <p>الموضعية كليندامايسين أريترومايسين تتراسيكلين حمض أزيليك إيتانول ، إيزوبروبانول</p>	<p>١ - ٢ غ يومياً ثم المداومة على ٢٥٠ ملغ يومياً . ٥٠ - ١٠٠ ملغ/يومياً . ٥٠ - ١٠٠ ملغ/يومياً . ١,٥ - ٢ غ/يومياً .</p> <p>مستحضرات تجارية متنوعة</p> <p>٢٠٪ Skinoren</p>

حمض الصفصاف	١ - ٣٪ في إيتانول (٥٠٪) أو إيزوبروبانول (٢٠ - ٤٠٪)
هكساكلوروفين	محلول

مضادات الالتهاب	الجهازية
	الستيرويدات القشرية
	هدروكلوريد التتراسيكلين
	مينوسيكليين
	ايريترومايسين
	الدابسون (دي أمينو دي فينيل سلفون DADPS)
	ايزوترينين
	الموضعية
	الدهونات Lotions
	المستحلبات زيت/ماء
	المعاجين (قناع وجهي)
	ثاني أكسيد الفحم الأسيتوني
	الأشعة فوق البنفسجية
	الشمس ، منابع الأشعة ما فوق البنفسجية آ و/أو ب

صادات جهازياً فإن أفضلها هو التتراسيكلين . ولا يوصى بإعطاء المستحضرات المركبة كالثي أضيفت إليها الفيتامينات . أما الديميكوسيكليين Demeclocycline فهو محسّن ضيائي شديد ويجب عدم استعماله في معالجة العدّ . ويوصى بالمينوسيكليين بمقادير قليلة (٥٠ ملغ X ١ - ٢ مرة/يوم) ، فهو (أي المينوسيكليين) أليف للدهون ، لذا فإنه يترآك بشكل أفضل في الجريبات الزهمية والزؤان ، كما أن امتصاصه يكون أقل تأثراً بالطعام ومنتجات الألبان من الأشكال الأخرى للتتراسيكلين ، لكنه قد يسبب ، في بعض الأحيان ، تصبغات زرقاء في الآفات الجلدية الملتهبة سابقاً وفي الغدة الدرقية . ويفيد استعمال الأريترومايسين أيضاً لكن يؤدي أحياناً إلى كبد ركودي صفراوي Cholestatic Hepatosis . يعطى التتراسيكلين في البدء بمقادير كبيرة (٥٠٠ ملغ/٣ مرات يومياً) حتى حدوث تحسن جوهري ، حتى أنه يمكن أن يعطى لبضعة أسابيع عند الضرورة ، بعدها ينخفض المقدار ببطء حيث يعطى ٥٠٠ ملغ X ٢ يومياً ، وفي النهاية تعطى جرعة واحدة ٥٠٠ ملغ يومياً أو حتى ٢٥٠ ملغ يومياً ، حسب الصورة السريرية . وإن الجرعة المنخفضة من التتراسيكلين يجب أن يراقب إعطاؤها دوماً لمعرفة فيما إذا كان إعطاء الصاد ما يزال ضرورياً . هذا وإن إعطاء التتراسيكلين يمكن أن يستمر لفترة طويلة دون أي خطورة ، أما اختلاطاته فنادرة ويعتبر داء المبيضات المهلي أكثرها حدوثاً .

على مذيبيات أخرى . وهناك مركبات تجارية أخرى فعالة ، منها : التريتينون مع الاريترومايسين ، بيروكسيد البنزويل مع الإيميدازول ، إلخ . لكنها أقل فعالية في التقشير الذي يمكن إجراؤه بواسطة محاليل غولية أو رهيما من حمض الصفصاف بتركيز ٢٪ - ٥٪ ، أو بالتشعيع الصناعي بالأشعة فوق البنفسجية وأشعة الشمس الطبيعية . أما الأشكال الخفيفة من العد لدى المرضى ذوي الجلد الحساس فتعالج بشكل مُحافظ يقوم على المزوقات الخالية من الدهون أو بالدهونات المموهة أو الرهيما . وهناك طرق فعالة ، لكنها مجهدّة ، تستخدم في إزالة العد بما يسمى بالجراحة العدّية أو التواليت العدّي والتي تقوم على مشاركة الكمادات الرطبة وقناع الوجه الحار ثم يستخدم نازع الزؤان في استخراج الزؤان المفتوح ، في حين أنه يمكن فتح الزؤان المغلق في غرفة استشارة الطبيب . وغالباً ما يتم النجاح بمشاركة المعالجات الآلية والكيميائية .

معالجة العدّ البثري الحطاطي : إن تنظيف الجلد بعناية ضروري أيضاً ، ويبدأ هذا الشكل من العد بالزؤان كما في أية آفة عدية ، وتتضمن المعالجة المقشرة البدئية على التريتينون أو مستحضرات بيروكسيد البنزويل . أما إذا ما وجدت مكونات بثرية أكثر صراحة ، تعطى عندها الصادات الموضعية أو الجهازية . هذا وتحتوي المحضرات الموضعية على التتراسيكلين ، الاريترومايسين أو الكليندامايسين ، أما الصادات التي تعطى عن طريق الفم فهي التتراسيكلينات أو الإريترومايسين . وعند الحاجة لإعطاء

الصفصاف ، الكبريت ، الريزورسينول ، الاكتيول ، إلخ .
وذلك في معالجة المرضى في المشافي .

أما النساء المصابات بهذا العد فيوصين بتناول موانع الحمل التي تحتوي على الاستروجينات ، كلورمادينون أستيونات (Eunomin) ، أو خلات السيروترون (Diane - 35) حيث أن هذه المركبات تثبط المث وتمنع حدوث الزوان ، كما أنها مضادة لالتهاب الحطاطات والبثور . وفي هذا المجال ، يجب التعاون مع الأطباء النسائيين . وفي بعض الأحيان ينصح بمعالجة مرضى العد المكعب ضمن المشفى في المرحلة الأولى لإقناع المريض بفعالية المعالجة . أما الطرق الإضافية العامة فهي : إسداء النصائح الطبية المكثفة ، والتفاؤل ، وإظهار صور لمرضى كانوا قد عولجوا بنجاح .

ومن المعالجات المتقدمة إعطاء الإيزوتريتينوين عن طريق الفم (الحمض الريتويثي - ١٣ - المقرون) ، وهو ريتينويد من مجموعة الفيتامين آ ، وهو متاح في العديد من أقطار العالم حالياً يعطى هذا العقار جيداً وبجرعة مقدارها ٠,٢ - ٢ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً . ويكون مفضلاً البدء بجرعة منخفضة (٠,٥ - ١ ملغ/كغ) . هذا ويتخلص المريض من أعراضه بعد ١٢ - ٢٠ أسبوعاً . ويستمر هجوع المرض مدة طويلة تصل في الأغلب إلى عدة سنوات ، وقد تستمر إلى الأبد عند العديد من المرضى . وإن لهذا الدواء عدداً من التأثيرات الدارجة فهو يقلب الجلد الشديد المثلث إلى جلد منعدم المثلث (مثبط للزهم) ، وينقص قُد الغدد الزهمية بنسبة ٩٠٪ . وللمقارنة نقول أن مانعات الحمل تخفض مستوى الزهم في الجلد من ٢٠ - ٣٥٪ ، وأن الإيزوتريتينوين مضاد للتقرن فعال جداً ومثبط للزهم أيضاً ، فهو يصحح التقرن الخاطيء للعد فيزيل الزوان المغلق والمفتوح (حال للزوان) ، وينقص حجم الخيوط الزهمية والزوان الدقيق فهو بذلك يحول أقية الجريبات الزهمية إلى أقماع ضيقة ، كما أنه يمنع تشكل زوان جديد . وعلاوة على ذلك فإن الإيزوتريتينوين يملك فعلاً مضاداً للالتهاب دون أن يكون عاملاً مضاداً للجراثيم . أما التأثيرات الجانبية لهذا الدواء فهي : جفاف الجلد والشففتين (التهاب الشفتين) ، جفاف مخاطية الأنف (نزف أنفي) ، آلام عضلية أحياناً ، ونادراً ما يحدث ورم وعائي كاذب ، وقد يزداد مستوى الكولسترول والغليسيريدات المصلي عند إعطاء مقادير عالية من العقار وخاصة عند المرضى مرتفعي نسبة الخطورة (البدانة ، استعمال موانع الحمل الفموية ، وقصة عائلية لفرط شحوم الدم . ويجب أن لا يغرب عن الذهن الورم الدماغي الكاذب . وفرط التعظم المتعلق بمتلازمة DISH (فرط التعظم الهيكلي الغامض المنتثر) .

معالجة العد المكعب : كل الأدوية المتاحة يمكن استعمالها في معالجة هذا الشكل الوحيم من العد . لا تبدأ معالجة هذا العد بمزيلات دهون الجلد فحسب بل ويلجأ للتقشير أيضاً ، في جميع المناطق المصابة . وقد تتطلب المعالجة الإقامة في المشفى ، يوصف التريتينوين ويروكسيد البنزويل . كما تفيد الكمادات كبريتية الساخنة لفليمينغ Vleminekk حيث تطبق لمدة ٢٠ دقيقة ، مرة أو مرتين في اليوم .

أما جهازياً فيوصى باستعمال الصادات (التراسيكلين ، لأزيترومايسين) بمقادير عالية (١,٥ - ٣ غ يومياً) . ويجب إضلاع المرضى وبخذر على التأثيرات الجانبية ، مثل الورم الدماغي الكاذب . ويمكن أن تستمر المعالجة الداعمة شهراً عديدة ، كما يمكن ارتشاف محتوى العقيدات التزفية الكبيرة بإبرة ثخينة ومحفنة . ويجب تجنب إجراء شقوق مشرطية كبيرة لما ينتج عنها من ندبات ، إلا أنه يمكن أن نلجأ إلى شقوق صغيرة تجرى بمضغ أو مشرط صغير عند الضرورة . كما أن حقن الستيروئيدات المبلرة ضمن الآفة (معلق تريامسينولون أستيونييد الممدد بنسبة ١ : ٢ - ٤ مع كلور الصوديوم ، حيث يحقن ما مقداره ٠,١ - ٠,٣ مللتر في كل عقيدة) . والذي يبدى نتائج واضحة خلال بضعة أيام ، حيث تسطح العقيدات بسرعة ، كما أنه لا يخشى من الخمج بسبب أن محتوى العقيدات المتخرقة عقيم ، أو لاحتوائها على جراثيم غير ضارة . ويجب تجنب الحقن قرب العين أو الأنف خوفاً من مخاطر تآذر هويغن Hoigne . وإن الحقن ضمن الآفة يعطي نتائج حسنة وخاصة في الخراجات والنواسير ، ويجب أن لا تستعمل المراهم أو الرهيمات الستيروئيدية لمعالجة العد تجنباً من حدوث تأثيراتها الجانبية كتوسع الشعيرات وضمور الجلد والعد الستيروئيدي إذا ما طالت فترة تطبيقها . ومن جهة أخرى فقد يوصى بتناول الستيروئيدات القشرية جهازياً ولفترة قصيرة في الأشكال الالتهابية الوحيمة (العد الخاطف) . وإضافة للتراسيكلين فإنه من الممكن إعطاء السولفون مثل : دي أمينودي فينيل السولفون D.D.S (الدايسون) . ويوصى بهذه المعالجة في المراحل الأكثر شدة من العد المكعب . أما جرعة السولفون اليومية فتتراوح من ٥٠ - ١٥٠ ملغ ولفترة عدة أسابيع أو أشهر . هذا ويجب أن يخضع المعالجون للمراقبة باستمرار من جراء ما يعرف من تأثيراتها الجانبية (عوز خيمرة نازعة الهيدروجين غلوكوز - ٦ - فوسفات ، وجود الميتموغلوبين في الدم ، التهاب الأعصاب إلخ ...) .

ويوصى أيضاً بالمعالجة القرية ، وهذه ملائمة لمعالجة العقيدات التزفية الجاسئة والخراجات المتوسرة كما يمكن استعمال المعاجين المنقشرة المعروفة والمحتوية على تراكيز عالية من حمض

مضادات استطباب المعالجة بالإيزوترتينوين : لا تعطى هذه المعالجة للمرأة المتوقع حملها ذلك لإمكانية إحداثها لتشوهات جنينية . وقد نشرت التشوهات الرئيسية الناجمة عن المعالجة بالإيزوترتينوين متضمنة استسقاء الدماغ وصغره ، وتشوهات الأذن الخارجية (صغر الصيوان ، ضمور أو غياب القناة السمعية الظاهرة) ، خوص microphthalmia ، وتشوهات قلبية - وعائية . هذا وقد وزعت إرشادات دقيقة لاستعمال هذا العقار من قبل المكاتب التجارية الاتحادية ومن مصدره المصنع تتضمن :

- يستطب الإيزوترتينوين في معالجة العد الكيسي الشديد والمشوه والذي لا يستجيب للمعالجات العادية .
- من الضروري فحص المرأة بشكل دقيق ، إذا كانت في سن محتملة للحمل ، لنفي الحمل أثناء المعالجة بهذا الدواء . وعلى الطبيب أن يقرر مدى إلمام المرأة بموانع الحمل وصلتها الوثيقة بالمعالجة بالإيزوترتينوين كسبيل إلى مقاومة ما تهدف له أو ترمي إليه .
- يجب أن تكون المرأة قادرة ويعول عليها تعاطي موانع الحمل الفعالة ، كما ويجب أن تعلم عن إمكانات فشل موانع الحمل وعواقب ذلك .
- يتطلب إجراء اختبار الحمل المصلي قبل البدء بالمعالجة .
- تعتبر موافقة المريضة بأخذ توقيعها للدلالة على أنها فهمت كلاً من خطورة الحمل ، وضرورة الامتناع عنه أثناء المعالجة بالإيزوترتينوين . ويجب على المرأة استعمال شكل فعال من موانع الحمل وذلك قبل شهر من بدء المعالجة وطوال قترتها . كما يوصى أيضاً باستمرار تناول موانع الحمل لمدة شهر بعد الانقطاع عن المعالجة .
- يجب البدء بالمعالجة في اليوم الثاني أو الثالث للدورة الطمثية التالية .

معالجة العد المقلوب والعد الخاطف : تتبع معالجة العد المكب ذاتها . وتتطلب حالة العد الخاطف الاستراحة في السرير وإعطاء مضادات التهاب (الساليسيلات ، ومضادات التهاب غير الستيرويدية) . ويمكن إعطاء المعالجة الستيرويدية لفترة قصيرة وبجرعات متوسطة عند الضرورة . وبعد الإيزوترتينوين العلاج المفضل . هذا وقد يحدث التكاثر الوعائي الشبيه بالحبيوم المسوق (المعق) عفوياً ، لكنه يحدث شكل خاص أثناء المعالجة بالإيزوترتينوين . كما يساعد التطبيق الموضعي للستيرويدات القوية على الشفاء . ويتم شفاء العد الخاطف خلال ٨ - ١٢ أسبوعاً .

- ويوصى بالمعالجة الجراحية في العد المقلوب من أجل جميع الآفات المذحية في منطقة ما تحت الإبط حيث تستأصل المنطقة

المصابة مع النسيج الشحمي ، ثم ترم بعد ذلك بالجراحة الرأية . يطبق الاستئصال في المنطقة الإربية قدر الإمكان ثم يعمل على إدارة شريحة أو طعم حر لسر المنطقة المستأصلة . كما تعالج جراحياً النواصير الممتدة من الطية الشرجية ، عن طريق الألتين ، إلى الورك ، وذلك بنفس الطريقة السابقة . وفي بعض الأحيان يمكن الحصول على أفضل النتائج الوظيفية بترك الجرح يتجيب ثانوياً لوحده أو بمشاركته مع شريحة جلدية حرة . يترك الحيط عدة أشهر في مكانه . حيث يحدث النسيج المتجيب على طول الحيط مغلقاً الخراج . أما الدواء المفضل قبل المعالجة الجراحية فهو الإيزوترتينوين ، والذي يجب أن يعطى قبل العملية بيضعة أسابيع ، كما يمكن أن يعطى أيضاً في العد المقلوب للعمل على طرح المكونات النهائية قبل الإجراءات الجراحية .

الطرائق العلاجية المتبقاة Selected Treatment Measures :

تصحيح الندبة : يطبق تصحيح الندبات في نهاية مطاف المعالجة والتي تستغرق زمناً طويلاً . ولهذا التصحيح قيمة إضافية هامة إذا ما جرى من قبل جليدين لهم خبرة تقنية . ومثالاً على ذلك ، استئصال شتور بنمط البركان ، الحسور الظهارية للزؤان المنوسر ، وتسوية الجلد . ويفضل بعض الأطباء الشرائح المرتفعة المثقبة . ويجب إزالة الزؤان الثانوي الضخم والممتلئ بمواد متقرنة (الكيسات البشرية) بالطرق الجراحية .

الزنك : يعطى الزنك فمويًا بمقدار ٥٠ ملغ ثلاث مرات يومياً . علماً بأن هذه المادة غير فعالة في العد الزؤاني ، لكنها قد تبدي فعالية معتدلة في الآفات الالتهابية . أما الأعراض الجانبية لهذه المعالجة فتتضمن آلاماً معدية - معوية ، وانتقابات معدية . علماً بأن المؤلفين لا يوصون بإعطاء هذه المادة .

المعالجة الضوئية : لا يمكن النصيح عموماً بالمعالجة الضوئية الكيميائية للعد والتي يتم فيها تطبيق الأشعة فوق البنفسجية آ بعد إعطاء ٨ - ميتوكسي بسورالين (PUVA) . فالأشعة ما فوق البنفسجية أ وب مؤثرة في العد الالتهابي في بعض الأحيان ، كما هو معروف حين التعرض لأشعة الشمس . فهي (أي المعالجة الضوئية) لا تطرح الزؤان ، كما أنها قد تزيد من التشكلات الزؤانية عندما تكون طويلة الأمد (تشبه ما يحدث في مرض فافر راکوشو Favre - Racouchot) .

الطفوح عدية الشكل Acneiform Eruptions :

يمكن وضع تمييز دقيق ما بين الآفات عدية الشكل . فهناك مثلاً الطفحة عدية الخط ، والعد الحقيقي . يبدأ العد باضطراب التقرن في القمع (زؤان دقيق) وقد يلتب بعد ذلك . أما الطفوح عدية الشكل فتبدأ بالتهابات جربية ، كتأثير ثانوي .

وقد يتواجد العد . وغالباً ما تصاب الجريبات الزهمية الكبيرة . وتتوضع الطفوح عدية الشكل على الوجه خاصة : وفي منطقة السبعة الصدرية ، وعلى الظهر والعندين . وعلى النقيض من العد الشائع فإن سير هذه الطفوح غالباً ما يكون حاداً أو تحت الحاد ، مع منظر سريري وحيد الشكل Monomorphic . إن الأدوية التالية يمكن أن تحدث طفوحاً عدية الشكل : (الشكلان ٢٨ - ١١ و ١٢) :

- الستيرويديات القشرية ، الهرمون الموجه لقشر الكظر ACTH ، الأندروجين ، موانع الحمل الفموية .
- التريميتايدون ومشتقات الهيدانتوين .
- الكينين .
- الـ Disulfiram سولفيرام .
- الليتيوم .
- حمض الإيزونيكتوتيني هيدرازيد ، الإيتوناميد ، الريفامبيسين .
- الهالوجينات (البروميدات واليوديدات) .
- ٨ - ميتوكسي بسورالين + الأشعة ما فوق البنفسجية PUVA .
- الفينوباربيتورات .
- التراسيكليونات ، الستربتومايسين .
- الأدوية الموقفة لنشاط الدرق (تيويوريا ، تيوأوراسيل) .
- الفيتامينات ب_١ ، ب_٦ ، ب_{١٢} ، ود_٣ .

وتعتبر المعالجة الموضعية والجهازية بالمستحضرات التي تحتوي على ستيرويديات قشرية من أكثر أسباب حدوث الطفوح عدية الشكل (عد ستيرويدي) (الشكل ٢٨ - ١٢) . كما يمكن أن يظهر زؤان ثانوي عقب الحالة الالتهابية التي تطرأ على العد الستيرويدي . وبسبب عدم وجود علاقة تربط ما بين الطفوح عدية الشكل وما بين العد الشائع ، فإن الطفوح عدية الشكل تتحسن بسرعة بعد إيقاف الدواء المسبب ، إلا أن الستيرويد المحدث للزؤان يتطلب وقتاً أطول أحياناً . وقد تكون المعالجة المقشرة ضرورية كما في العد الزؤاني .

عد مالوركا Mallorca Acne [Sjolin و Hiorth و Sylvest و Thomsen ١٩٧٢] :
المرادف : العد الصيفي .

تبلغ ذروة هذا العد ، والذي يبدأ في الربيع ، في الصيف . وبعد ذلك يتراجع دون أن يترك ندبات . وهو ينجم عن تأثيرات الأشعة UV وخاصة الأشعة (UVA) حيث تظهر حطاطات خفيفة الاحمرار ، صغيرة ، نصف كروية ومتقرنة ،

متوضعة على مناطق الجلد المعرضة للشمس وخاصة الوجه ، وجوانب العندين والظهر (الشكل ٢٨ - ١٣) . وهي حطاطات وحيدة الشكل وذات قُد متشابه . وتغيب في العادة ، الثور والزؤان ، في هذا الشكل من العد ، على الرغم من وجود نوى في الخلايا المتقرنة نسيجياً . وتحدث الطفوح عدية الشكل أيضاً بدون استعمال دارئات الشمس أو المواد التزييقية . كما لوحظت طفوح جريية عدية الشكل كتأثير جانبي غير مألوف للمعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA) .

العد اليوديدي والبروميدي Iodide and Bromide
: Ance

وهو إما أن يكون عدّاً حقيقياً طرأ عليه التهاب حاد معدّل ، أو هو حدوث لطفوح عدية الشكل . ويجب أن يميز العدّ اليوديدي والبروميدي عن الجلاد اليودي والجلاد البرومي . أما مصادر هذا العد فمتعددة وهي حبوب الصحة Health Pills ، الشرابات ، الحبوب المنومة ، مضادات الاكتئاب ، إلخ ... كما أن عدّ عشب البحر المحروق Kelp Acne ينتسب إلى هذه الزمرة .

الجلاد اليودي والجلاد البرومي Iododerma and Bromoderma
: Bromoderma

تتظاهر هذه الجلادات ببقع تنبتية نازة مع حطاطات بثرية من غط فوهة البركان . وهي تتوضع بشكل غير متناظر على كل من الوجه ، وعلى طرف واحد ، أو على أيّ قسم من الجسم . أما منظر هذه الاندفاعات فقد يشبه منظر قفح الجلد الموائي . ويستند التشخيص على كل من الصورة السريرية ، والقصة الدوائية (مهدئات ، حبوب منومة) ، وعلى زيادة إطراح اليوديد أو البروميدي في البول . المعالجة تكون عرضية بإيقاف الدواء أولاً ومن ثم تطبيق المعالجة الموضعية المناسبة .

الشعر الشوكي الثابت Trichostasis Spinulosa
[Laudany ١٩٥٤] :

وهو انحباس عدة أشعار ناعمة في حومة ضمن جريب زهمي مفرد . وهو يشبه الزؤان سريرياً وليس نسيجياً ، ولذا فليس هو بمرض عدّي الشكل . تبدو حزمة الأشعار المرتبة بشكل متواز ، سريرياً ، مثل زؤان أسود مفتوح ، وتشتق جميع الأشعار هذه من بصلة واحدة . هذا ولا تتساقط الأشعار الزغبية الناعمة في نهاية دورة الأشعار وإنما تحبس في القمع . أما الأمكنة الوصفية لتوضع هذا الداء فهي المنخرين ، القوس الوجني ، الحبة ، ومؤخر العنق . وأكثر ما يصاب بهذا المرض الأشخاص المسنين ، لكنه قد يحدث في اليافع أحياناً . ولا يختلط هذا الداء بالالتهاب مطلقاً . أما المعالجة فتعتمد على

الاستخراج الآلي بنازعة أو بعاصرة الزؤان Comedo squeezer والتي تعتبر معالجة فعالة ، وقد يجرب التقشير بالترتينون .

العد الوردي Rosacea :

التعريف : يتصف بحدوث حطاطات وحطاطات بثرية في منتصف الوجه على أرضية حمامية مزرققة وتترافق مع توسع الشعيرات ، وغالباً ما يتواجد أيضاً نسيج ضام منتشر وفرط تنسج في الغدد الزهمية وصخامة أنف (فيمة الأنف rhinophyma) في بعض الأحيان .

الحدوث : مرض شائع نسبياً يبدأ بالظهور في العقد الثالث أو الرابع من العمر ويبلغ ذروته في عمر يتراوح بين ٤٠ - ٥٠ سنة . وقد تحدث العلامات المبكرة للعد الوردي قبل سن العشرين والتي تتجلى بحمامي حمراء غامقة وثابتة أو ناكسة في الوجه (تبيغ واحمرار الوجه) والتي تتوضع على الأنف بشكل خاص . تصاب النساء أكثر من الرجال لحد ما ، على الرغم من فرط التنسج النسجي المغاير لقيمة الأنف ، تلك القيمة التي تظهر غالباً عند الرجال .

الإمراض : لا تعرف عوامل مسببة محددة للعد الوردي ، غير أن هناك أسباباً متعددة متهمّة في ذلك : كالاستعداد الإراثي ، وعلاقة هذا العد بالأمراض المجموعية وخاصة المعدية والموعية ، واعتلال المرارة المزمن ، فرط التوتر الشرياني والآفات الناجمة عن سوس الدويذة الجرابية Demodex Folliculorum mites . وعلى كل حال ، فإن أحداً من تلك الأسباب التي ذكرت لم يؤكد على دوره الإمراضي بشكل قاطع ، هذا وتثير أشعة الشمس هذا المرض . أما المنظر النسجي للعد الوردي فيتجلى دوماً بصورة أذية ضيائية . يشبه هذا الداء العد والأدواء المثية التي تترافق بتوسع الشعيرات ، إلا أن العد الوردي لا يرتبط دوماً بالث ، كما أنه ليس بمرض جريبي بدئي . ولا يوجد هنالك أية صلة له بالعد أو بالطفوح عدية الشكل .

ومن جهة أخرى ، فكثيراً ما تتواجد فيمة الأنف مع المث ، كما أنه ليس نادراً ملاحظة استمرار حدوث العد الوردي بدءاً من عُذ شائع سابق الذي يحل محله العد الوردي .

الموجودات السريرية : العد الوردي مرض منتصف الوجه . وأكثر الأماكن التي يتوضع فيها هي الأنف والوجنتين والذقن والجبهة والمقطب glabella . ويعتبر خلف الأذنين ومنطقة السبعة الصدرية وجوانب العنق وأعلى الظهر من التوضع النادرة لهذا الداء (الشكل ٢٨ - ١٤) . هذا ويرتق المرض على مراحل .

الحمامي العابرة : وتتجلى بحمامي مزرققة على الوجه ، وقد تشاهد على العنق ومنطقة السبعة الصدرية وتنجم هذه الحمامي عن عدد من المشيرات اللا نوعية كأشعة الشمس والحرارة والخرشات الكيميائية وبعض المشروبات كالقهوة والشاي والمشروبات الغولية (الكحولية) ، كما يمكن أن تنتج عن تأثيرات البرد أو فرط الدفاء . هذا ويقسم العد الوردي من حيث الشدة إلى ٣ درجات ، تتطور إلى بعضها بالتسلسل :

الوردية درجة - I : حمامي ثابتة يرافقها توسع شعيرات . تستمر هذه الحمامي ساعات وأيام (الحمامي الاحتقانية) . أما توسع الشعيرات فيحدث خاصة في المنطقة الشفوية الأنفية ، والوجنتين ، التي قد تزجج من الناحية الجمالية ، ويحدث عند المصابين سهولة في التورّد والتبيغ .

الوردية درجة - II : حطاطات ، وحطاطات بثرية ، وبثور . حيث تظهر في منتصف الوجه في هذا الشكل من العد حطاطات حمراء النهائية . تغطي غالباً بصفيحات وسقية . تستمر أياماً وأسابيع . وتبدي المناطق المصابة وذمة خفيفة ، كما قد تحدث حطاطات بثرية وبثور أيضاً (الشكل ٢٨ - ١٥) . هذه البثور ذات نبيت جرثومي جريبي طبيعي أو عقيم . ولا يشاهد زؤان في هذا الشكل من العد . كما أن الآفات النهائية تشفى دون تندب . وتكون المسامات في الوجه شديدة الوضوح عند هؤلاء المرضى ما لم يكن هناك زؤان ضيائي ناجم عن أذية ضيائية مرافقة . هذا وتصبح الهجمات أكثر تكراراً وتؤدي في النهاية إلى امتداد هذا العد إلى جميع منطقة الوجه ، كما تمتد إلى خط أشعار الرأس وإلى فروة الرأس أيضاً ، وإلى جوانب العنق ، ومنطقة خلف الأذنين ، ومنطقة ما فوق القص . هذا ويصبح الجلد محتقناً وثخيناً في تلك المناطق .

الوردية درجة - III : عقيدات النهائية كبيرة ولويحات فقد يتضمن العد الوردي ارتشاحات وعقيدات كبيرة النهائية علاوة على فرط تنسج مرافق وذلك أثناء سير الشكل السابق . وينطبق هذا خاصة على الوجنتين والأنف ، وأقل من ذلك على كل من الذقن والجبهة والأذنين . وبعد ذلك يُبدي المريض جلداً متوذماً سميكاً ذو مسامات ضخمة (جلد البرتقالة) مترافقاً مع ارتشاح النهائي وتكاثر النسيج الضام وفرط تنسج في الغدد الزهمية وزيادة كلية في حجم الجلد وتضخمات مرتفعة بحجم الإصبع ، وقد تنشأ أخيراً فيمة الأنف على هذه القاعدة .

الإصابة العينية : قد تشمل الوردية إصابة العين مع التهاب حواف الأجفان والتهاب الملتحمة ، والتهاب القرنية ، والتهاب القميص الوعائي ، وتقريح خزانة العين الأمامي hypopyonitis أو التهاب القرنية . هذا ولا تتعلق المضاعفات العينية بشدة الآفة . أما إنذار التهاب القرنية في العد

نوردي فسيء ، حيث أنه قد يؤدي إلى العمى في حالاته نوحية نتيجة إحدائه ظلاله في القرنية . هذا وتكون الإصابة بعيب في هذا العد مسؤولة عن الألم ورهاب الضوء ، ولذا فإن أي مريض يعاني من عد وودي مترقي يجب فحصه من قبل لأعضاء العينين ، في حين يجب على المرضى الذين يراجعون خصاصي العينة لاختلاطات لم تفسر من قبله ، استشارة طبيب الجلدية .

الوذمة الثابتة **Persistent Edema** : ظاهرة نادرة عند المصابين بالعد وودي ، وتوصف بثباتها وعدم انطباعها . وأكثر المناطق التي تتواجد فيها هذه الوذمة هي الجبهة والمقطب والوجنتين . وقد يقع الخطأ في تشخيص هذه الوذمة لفترة طويلة أحياناً .

العد الوردي الحبيبي أو الذباني : وتتجلى هذه الوردية عند العديد من المرضى إما بمحطات حمراء ضاربة للبي متشرة ، أو بحفيدات حبيبية صغيرة تنشأ على قاعدة حمامية مخففة ، وتبدي ارتشاحاً ذبانياً بالمعينة الشفوية **Diascopy** . وتظهر هذه الاندفاعات خصوصاً على الأجفان العلوية والسفلية ومنطقة ما حول الفم . أما سير هذا العد فمزمن . ويتضمن تشخيص التفريقي في هذا الشكل كل من التهاب ما حول الفم الذباني ، العد الوردي الستيريويدي الذباني ، والغرناوية صغيرة العقيدات والذباب الدخني الوجهي المنتشر . أما الخزعة فتبدي عادة حبيومات ما حول الجريبات غرناوية ، أو درنية شكل **Tuberculid Granulomas** .

العد الوردي الستيريويدي **Steroid Rosacea** : إذا ما عولج مريض العد الوردي لفترة طويلة بمركبات ستيريويديدية موضعياً . فقد تحدث لديه التأثيرات الجانبية للستيرويدات مترافقة بضمور جلدي بالإضافة إلى تغيرات العد الوردي من توسعات في الشعيرات ، وحمامي متلاقية حمراء غامقة وحتى نزقة وحطاطات بثرية جريية وزؤان . وتسور عموماً تغيرات جند بشكل مؤقت بعد إيقاف الستيرويدات الموضعية .

العد الوردي المكعب **R. Conglobata** : من النادر جداً أن يتفاعل مرضى الوردية كما يتفاعل مرضى العد المكعب ، كالتزف وخراجات العقيدية واللويحات الجاسئة . وأكثر ما يحدث هذا بشكل فعلياً على أقسام الوجه المصابة بالعد الوردي .

العد الوردي الخاطف **R. Fulminans** : (مرادف : تقيح جسد الوجه Kierland, O'Leary 1940). وهو جلاد من غط العد مكعب يصيب الوجه لدى الفتيات أو النساء الشابات دون أن يكون في سوابقهن قصة عد . ونحن ننظر إلى هذا الشكل من العد على أنه شكل أعظمي من العد الوردي المكعب مع بدء فجائي وأسميناه العد الوردي الخاطف . وقد شاهدنا عدداً من حالات المتطورة من هذا العد فيما بعد . أما في التشخيص

التفريقي فيجب أخذ العد المكعب بعين الاعتبار (المرضى اليفعان ، العلامات الأخرى للعد ، الندبات ، المث ، غياب الحماسي ، الزؤان) ، كما يجب الانتباه إلى الجلاد البرومي والجلاد اليودي .

قيمة الأنف **Rhinophyma** : (الشكل ٢٨ - ١٦) يحدث هذا الأنف المنتفخ عند بعض مرضى العد الوردي نتيجة فرط تنسج مترقي في النسيج الضام ، مع فرط تنسج الغدد الزهمية يرافقهما تغيرات وعائية . وعلى كل فإن هذه الآفة قد تحدث دون وجود علامات شديدة الوضوح للعد الوردي . ثم إن قيمة الأنف هي مرض الذكور ، ففي الشكل الغدي ، يتضخم الأنف من جراء فرط التنسج الغدي الزهمي ، أخذاً شكلاً عقيدياً بصلياً مع تمزق عميق وتوسع شديد جداً في الجريبات . هذا وإن التمدد الورمي للأنف يغلب أن يكون غير متناظر ، كما يحدث تورم أحياناً . يزداد الإفراز الزهمي وقد تخرج مواد عجنية بيضاء محتوية على فتات من الخلايا القرنية (تتكون الخيوط الجريية من خلايا قرنية وزهم وجراثيم وسوس اللويدة الجريية) ، وذلك عند عصر الجريبات الزهمية المتوسعة ، أما لون الجلد فيكون طبيعياً أو أحمر مزرقاً . والقيمة ، التي هي فرط تنسج منتشر في النسيج الضام (الشكل الليفي) ، تتضمن ترسبات كسليية من مواد مرنة متأذية بالضياء ، وتوسعات وعائية ، وفرط تنسج في الجريبات الزهمية . هذا ولا يمكن إحراز تراجع في فرط التنسج بمجرد المعالجة بالصادات ، كما لا يمكن أن يتم هذا التراجع عفوياً . ويكون الأنف في الشكل الوعائومي الليفي من القيمة متضخماً ومتودماً ، وبلون أحمر نحاسي إلى أحمر غامق ، كما تحدث البثور في تزايد مستمر ، كما لوحظ نسجياً ، وبشكل خاص ، تليف وتوسع شعيرات ، وآفات التهابية ، في حين أنه قد لا يكون فرط التنسج الغدي الزهمي ظاهراً ، علماً بأن هذا الشكل من القيمة أكثر مصادفة مع التظاهرات الأخرى للعد الوردي . وهناك شكل آخر من القيمة يدعى بالقيمة السفعية **Actinic R.** حيث تتضمن الكتل العقيدية من الجلد المتأذي ضيائياً على المكونات الرئيسية لنمط القيمة الأنفية .

التشخيص التفريقي : يفرق بسهولة عن الارتشاحات الجلدية في ايضاض الدم اللمفي أو في الفطار الفطراتي .

قيمة الأذن **Otophyma** ، قيمة الجبهة **Metophyma** والقيمة الفكية **Gnatophyma** : يبدي الارتشاح في النمط الريان **Succulent** من العد الوردي بروزاً شديداً ناجماً عن فرط التنسج الغدي الزهمي والنمو النسجي ، وقد تحدث وذمة أيضاً في الأماكن الأقل توضعاً . وهناك تغيرات مماثلة لقيمة الأنف . أما الأعراض المكونة للقيمة الفكية فتتوضع على ذروة الذقن ،

بينما تتوضع أعراض فيمة الجبهة في منتصفها فوق سرج الأنف ، أما فيمة الذقن فتتوضع على فصيصات الأذن .

التشخيص : ويستند على الصورة السريرية والتشريح المرضي .

التشريح المرضي النسجي : ويتضمن في العد الوردي من الدرجة I توسعاً في الأوعية الدموية واللمفية للجلد مع أذية ضيائية ، أما في العد الوردي من الدرجة II فنشاهد ارتشاحاً باللمفاويات والمنسجات حول الأوعية أيضاً وذلك في الأدمة العليا مع إصابة الغدد الزهمية بشكل خاص . تتخذ جدر الأوردة وتتوسع . كما يحدث تسفنج فيما بعد في قمع الجريب يترافق مع حطاطات وبثور . أما في العد الوردي من الدرجة III . فهناك امتداد منتشر لكامل النسيج الضام مع فرط تنسج جريبي زهمي متضمناً العنبيات والقمع . ويمثل القمع عندئذ قناة عريضة ضمن الأدمة مبطنة بظهاريوم متقرن . وغالباً ما يتواجد سوس الدودة الجريبية في جميع أنماط العد الوردي وذلك ضمن القمع الجريبي والأقنية الزهمية .

التشخيص التفريقي : يجب نفي الأمراض التالية عند المرضي حديثي السن : العد الشائع ذو الاستمرار الطويل وغير العادي ، الاندفاعات عديدة الشكل ، التهاب جلد ما حول الفم ، العد الوردي الستيرويدي ، الذأب الدخني الوجهي المنتشر ، التأثيرات الجانبية للستيرويدات على الجلد والناجمة عن مركبات موضعية محتوية على ستيرويدات ، كما يحدث في معالجة الإكزيمة التأتبية ، والعد الشائع ، والتهاب جلد ما حول الفم ، وأخيراً التهاب الجريبات بالدودة الجريبية .

المعالجة :

الجهازية : إن المعالجة بالتراسيكلينات فعالة جداً . فالهدروكلوريد تتراسيكلين والأوكسي تراسيكلين فعالة كفعالية مركبات التتراسيكلين الجديدة . ويجب عدم وصف مستحضرات مرافقة للتتراسيكلين متضمنة على الفيتامينات تجنباً لإثارة حدوث طفوح عديدة الشكل محرشة بالفيتامينات ب₆ ، ب₁₂ ، ب₁ . أما الجرعة البديئة للتتراسيكلين فنبغ ١٠٠٠ - ١٥٠٠ ملغ تقسم إلى جرعتين أو ٣ جرعات يوميا حتى حصول تحسن سريري ظاهر ، يمكن بعد ذلك تخفيض الجرعة ببطء لتصل حتى ٥٠٠ أو ٢٥٠ ملغ يوميا . وغالباً ما تستغرق المعالجة عدة أسابيع ، وقد تكون الجرعة الداعمة ٢٥٠ ملغ في اليوم . ولم يعرف بعد طريقة تأثير التتراسيكلين على العد الوردي ، فهو ليس بمرض جرثومي . تمتلك التتراسيكلينات فعلاً مضاداً للالتهاب ، والذي ليس له علاقة بمضادات الجراثيم . ويجب مراقبة التأثيرات الجانبية للتتراسيكلين النادرة . وعلى العموم فإنه من الممكن إعطاء معالجة طويلة الأمد بالتتراسيكلين بدون اتخاذ احتياطات خاصة . وعادة فإن

الفحوص المخبرية تكون غير ضرورية .

وإذا ما كان هناك إصابة عينية فإن المعالجة بالتراسيكلين هي المفضلة وحتى تتلاشى الأعراض ، فهي تقي من العمى في العد الوردي المزهر المشتعل على إصابات عينية . أما الحالات المتبقية عقب التهاب القرنية في العد الوردي فغالباً ما تعالج موضعياً بالستيرويدات تحت إشراف أطباء العين . كما يوصى بإعطاء الميترونيدازول ، لكنه من جهة أخرى ، يجب أن تؤخذ تأثيراته الجانبية بعين الاعتبار . علماً بأن هذا الدواء لم توافق الحكومة الاتحادية على تطبيقه في مثل هذه الحالات . وقد استعمل سابقاً الكلوروكين ، لكنه حالياً نادراً ما يستعمل ولا نوصي نحن بتطبيقه .

وأحرزت أفضل النتائج بالمعالجة بالإيزوترتينوين ، وخاصة بعد أن أعطيت في معالجة أشد أشكال العد الوردي شدة . أما مقدار الجرعة اليومية فيتراوح ما بين ٠,٢ - ١,٥ ملغ/كغ من وزن الجسم . أما الاستطباب الوحيد للمعالجة بهذا الدواء في الوقت الحاضر فهو معالجة الأشكال الخربة ومتضمناً العد الوردي المكب والحاطف . ويستغرق تراجعها في العادة وقتاً طويلاً ، قد يمتد لسنوات . وبما أن الإيزوترتينوين من العقارات المشوهة فيجب أخذ الاحتياطات والحذر الذي أكدناه في بحث العد .

ويمكن إعطاء الستيرويدات جهازياً ولفترة قصيرة ، بجرعة تتراوح بين ٢٠ - ٤٠ ملغ بريدنيزولون لمدة ١ - ٢ أسبوع للمرضى المصابين بالعد الوردي المكب . وعلى الخصوص في العد الوردي الحاطف ، علماً بأنه يجب مشاركة الستيرويدات ، مع الإيزوترتينوين دوماً . لا يوجد قوت Diet خاص يثير حدوث العد الوردي لكنه لا يشار بالقوت الذي يحتوي على العوامل المحرشة للحمامى كالكحول والقهوة والشاي والأطعمة الساخنة والمشروبات .

الموضعية : يجب تجنب جميع الخرشات الموضعية كالصوابين الجففة بشدة ، كما يجب تجنب الصبغات الغولية Alcoholic Tinctures . وتفضل المنظفات الخفيفة في نمط الجلد الزهمي . ويمكن وصف المستحضرات الساترة والتي لا تؤدي إلى تهيج الجلد علاوة إلى تأثيرها الموه . ويمكن استعمال المحاليل الغولية بحذر لأنها قد تحدث تبيخاً في الجلد . ويفيد تطبيق الصادات موضعياً في بعض الأحيان مثل التتراسيكلين ، الكلينداميسين ، الإيسيترومايسين وذلك بتركيز ٠,٥ - ٥٪ ، كما أن الميترونيدازول (٠,٧٥٪ - ٢٪) يعتبر علاجاً موضعياً فعالاً ، كما أن رهم الكيتوكنازول (٢٪) يطبق بنجاح أيضاً .

يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الاختلاطات الممكنة للمعالجة الموضعية بالصادات ، مثلاً المقاومة الجرثومية . ويجرب مساءً

تحقيق الدهونات المجففة drying Lotions (دهون الزنك + كيول ٣ - ٥٪ أو كبريت ٥ - ٢٪). ويجب عدم استعمال الستيروئيدات موضعياً لتأثيراتها الجانبية، مثل العد الوردي الستيرويدي وذلك لدى المعالجة الطويلة.

وقد وجد أنّ المعاجين مثل المعجونة التالية كافية إذا ما كان هناك ارتشاح ظاهر أو بثور.

Rp. Erythromycin 5.0 إرترومايسين
Ichthamol 2,5 إكتامول
Zinc Paste to 100,0 معجونة الزنك

هذا وإذا ما كان العد الوردي من الدرجة II أو III معنداً على المعالجة، فيجب التفكير ببدء الدويديات Demodicosis وفتيش عن سوسة الدويدة الجربية بطريقة Cyanoacrylate ومعالجتها بشكل ملائم كتطبيق معجونة من الزنك والكبريت (Sulfur - Zinc Paste) بنسبة ٥٪، أو بكرم كروتاميتون أو ينمان.

ومن الممكن تطبيق مساج سوبي Sobyه أيضاً، إلا أنه لا يقيق في الشكل البشري الحطاطي. يطبق مساج دائري صباحاً ومساءً لمدة دقيقتين لكل من الأنف والوجنتين والجبهة. ويمكن أن تخرب البقع الوعائية الكبيرة بإبرة الإنفاذ الحراري أو بأشعة نيزر - الأرغون وذلك على عدة جلسات. أما ضوء الشمس فيؤدي إلى أذيات ولذلك يوصى دوماً باستعمال دارقات شمس ذات العامل الوقائي من الشمس أعلى من (١٠). هذا ويمكن إزالة النسيج المتضخم لقيمة الأنف تحت التخدير موضعي أو العام. كما يمكن أن يكون كافياً إزالة ذلك النسيج المتضخم بألة حلقة نبوذة حتى الوصول إلى شكل أنف سوبي، ويتظهن سطح الجرح بسرعة دون تندب على الأغلب بسبب وجود الجربيات المتعددة، ويجب في نفس الوقت معالجة العد الوردي المؤهب. ويوصى أيضاً بإعطاء الإيزوترتينوين عدة أسابيع قبل إجراء الجراحة.

الآفات الشبيهة بالعد الوردي Rosacea-like Diseases :

داء الدويديات Demodicosis :

ترادفات : Demodicidosis ، النخالية الجربية ، العد الوردي الدويدي .

الحدوث : مرض غير شائع ولم يقرّ به بعد بعض المؤلفين، ومن تخمل ندرة وضع تشخيص هذا المرض. يصيب النساء أكثر

من الرجال ، ويبدأ في سن متقدمة بعد البلوغ .

الإمراض : يؤدي غزو الجربيات الزهمية بالدويدة الجربية (سوسة جرب الشعرة) وأنواع الدويدة الأخرى إلى تغيرات سفاجية Spongiosis في الظهاروم الجربي، مترافقاً مع تفاعلات تجاه البيوض المتوضعة، والبراز والأجسام الأجنبية، إضافة لتبدل مكان الدويدة داخل النسيج الضام ضمن الجربيات الممزقة حيث تتشكل حبيومات الأجسام الأجنبية. وفي الطب البيطري قد تحدث أمراض شديدة مثل العر Mange (جرب الحيوانات الأليفة) عند الكلاب أو الماشية، تلك الأمراض التي تنجم عن أنواع أخرى للدويدة، مثل الدويدة الكلبيّة.

الموجودات السريرية : يكون منظر داء الدويدات عند الإنسان متميزاً حيث تظهر حطاطات جربية ملتبية على الوجنتين وأحياناً على أحد جوانب الوجه فقط، وأقل من ذلك وجود بثور حطاطية يتلوها قفلس (تقشر) Scaling، وكثيراً ما تشمل الإصابة الأجناف ومنطقة الأهداب وغدد ميبوم مترافقة بأكرزيم وجلبات سائرة.

الإنذار : حسن على الرغم من سيرها المزمن.

التشخيص : من الضروري التفتيش عن الدويدة ويتم ذلك إما بعصر محتوى الجرب، مثلاً بمستخرجة الزؤان أو بإزالة الطبقة القرنية وإفراغ محتوى القمع بطريقة سيانواكريلات. ثم تغطي مادة Cyano - acrylate بغمرها بالزيت وتفحص مجهرياً. أما السوسة فتميز بسرعة من خلال حركتها. أما الطريقة الأخرى للتحري فتتم بالفحص النسيجي لحزعة جلدية. وغالباً ما تتواجد الدويدة بأعداد كبيرة وتظهر بشكل وصفي برأسها المتجه نحو الأسفل ضمن الجرب. وتبدي ظاهرة الجربيات تسفنجاً. كما قد يصبح كامل القمع متخراً. وقد يوجد في بعض الأحيان حبيوم الخلايا الظهارانية.

المعالجة :

الجهازية : غير معروفة، وعلى كلّ فإن المعالجة بالإيزوترتينوين يعقبها انكماش الجربيات الزهمية، كما تفقد السوسة عاداتها وتختفي.

الموضعية : إنّ مبيدات الحشرات فعالة هنا كما في الجرب. وإن كلاً من الكروتاميتون والليندان طارحة للسوس، ويستعملان تماماً كما في معالجة الأحماج بقارمة الجرب. كما أن العجينة بالكبريت المصعد (٥ - ١٠٪) فعال أيضاً. ويشاهد أطباء العيون سوسة الجربية الدويدية على الأجناف ويمكنهم إزالتها آلياً.

الجلاد الشبيه بالعد الوردي العائلي مع ظهارومات ضمن البشرة ولويحات قرنية [Sanderson و Haber و Wilson ١٩٥٩] :

المترادف : متلازمة هابر .

الحدوث : يبدأ هذا الجلاد الإرثي النادر جداً في الطفولة ، ومن المحتمل أن يتوارث بصبغي جسدي سائد ويفضل إصابة الذكور .

الموجودات السريرية : تتصف المتلازمة بحمامي على الوجه تشبه العد الوردي ، مع تصبغات بنية وجسوء أحياناً . علاوة على تضخم الجريبات وتوسع الشعريات ، وجلد جاف وحار . وتترافق هذه المتلازمة أحياناً بحس حرق ظاهر ، كما يتطور عديد من حطاطات تؤولولية الشكل وعقيدات تظهر خاصة في منطقة ما تحت الإبط وعلى العنق والظهر أيضاً . علماً بأن تلك الاندفاعات لا تظهر على الأطراف غالباً . وقد تشاهد بقع مفرطة التقرن على المرفقين والركبتين ، أو يتطور داء السماك أثناء سن اليافع أو بعده بقليل .

التشريح المرضي النسجي : تنجم الأعراض عن توسع الشعيرات وتكاثر خلوي بالإضافة إلى وذمة لمفية سطحية وقد تتطور بنية ظهارية متجهة نحو الأسفل ابتداءً من الجريبات الشعرية . أما التغيرات التؤولولية فتشابه نسجياً التقرنات المثية إضافة لوجود عديد من الخلايا الملانينية وبالعات الملانين .

المسار : مزمن وقد وصفت ظهارومات داخل البشرة في بعض الحالات الإفرادية .

التشخيص التفريقي : تميز عن العد الوردي والتقرنات المثية على الجلدع .

المعالجة : عرضية . وتقوم على الوقاية من ضوء الشمس .

التهاب جلد ما حول الفم Perioral Dermatitis [Mihai و Ayres ١٩٧٤] :

المترادفات : تحسس ضيائي متآني [Frumes و Lewis ١٩٥٧] ، التهاب الجلد الشبيه بالعد الوردي [Steigleder : ١٩٦٩] .

التعريف : هو التهاب مزمن مجهول السبب ، يتظاهر على شكل حطاطات جريبية مخروطية وحطاطات حويصلية وحطاطات بثرية تتوضع على سطح احمراري منتشر حول الفم .

الحدوث : شوهد هذا المرض في البدء في الولايات المتحدة وأوروبا الغربية ثم انتشر إلى أوروبا الشرقية . وأكثر ما يصاب به النساء ، أما نسبة المراضة Morbidity فتقدر نسبتها (٠,٥ - ١٪) وتقع ذروة الإصابة في عمر ما بين ٢٠ - ٣٠

سنة . لكنه قد يحدث في الأطفال أيضاً قبيل سن الرشد .

الإمراض : غير معروف ، وقد اقترضت عوامل متعددة كما هي الحال في كل الأمراض التي تعرف بعد علاقاتها الإراضية . وأهم العوامل التي اقترضت هي :

– التفاعلات اللا تحمّلية : وقد أدرجت هنا المزرقات ومعاجين الأسنان المفلورة ، غسولات الفم ، قشرة ثمرة الليمون ، ومكونات سواغ بسباسة الإيزوبروبيل (Isopropyl myristate) إضافة للصوابين ، ومناديل اليدين ، وشعر لحية الشريك .

– الستيروئيدات القشرية : لا يوجد أدنى شك بالعلاقة المباشرة التي تربط ما بين حدوث التهاب جلد ما حول الفم وما بين استعمال الستيروئيدات الموضعي . هذا وغالباً ما عولجت التغيرات الطفيفة على الوجه بالمرامم الستيروئيدية لفترة طويلة وبدون مراقبة . وبالتأكيد يثار هذا المرض ويتأثر بشكل غير ملائم بالمعالجة القوية وخاصة بالستيروئيدات القوية . وقد يحدث تطبيق الستيروئيدات لمدة طويلة أعراضاً جلدية شديدة . وعلى كل فإن المرض لا يحدث في بعض الأحيان بدون استعمال الستيروئيدات . وقد يحدث التهاب الجلد حول الفم أيضاً عند الرجال بعد تطبيق الستيروئيدات عادة .

– الحنج بالبيضات البيضاء : والأنواع الأخرى من المبيضات والفطور ، والتي تم عزلها من الآفات ومن تجويف الفم . وإن الاختبار داخل الجلد بالكائديدين غالباً ما يكون إيجابياً ، لكن صلته بالموضوع مشكوك بها .

– الجراثيم : يكتشف عادة فقط النبيت الطبيعي . وقد تظهر في بعض الأحيان لولبيات مغزلية الشكل في اللطاخة وبالزرع ، علماً بأن المؤلفين الآخرين لم يقرروا بذلك .

– الهرمونات : لقد اشتبه بمانعات الحمل الفموية كمسبب لهذه الآفة ، إلا أن البعض يرى بأن إيقاف مانعات الحمل قد يؤدي إلى بدء الإصابة . ومن جهة أخرى فإن المرض قد يظهر عند نساء لم يتناولن موانع الحمل الهرمونية على الإطلاق . كما نشر عن تفاقم الآفة قبيل الطمث ، كما يحدث في عدد من الجلادات الأخرى .

– سوء الامتصاص : لقد بحث ونوقش اضطراب الوظيفة المعدية المعوية ، والموجودات في سوء الامتصاص (فحص البراز) ، وداء المبيضات الداخلي .

– المحرّسات الضوئية : قد يكون لأشعة الشمس تأثيراً واضحاً غير ملائم في إمرض التهاب جلد ما حول الفم ، كما نوقش « ضوء الشمس » كمعامل مساعدة محتملة . إلا أنه في العادة لا

يوجد علاقة للتعرض لضوء الشمس في إحداث التهاب الجلد حول الفم .

- متورعات : يعتبر بعض المؤلفين أن التهاب الجلد حول الفم ليس مرضاً منفصلاً ، لكنه شكلٌ مجهضٌ للعد الوردي ، أو التهاب جلد متني شبيه بالعد الوردي ، لكن المؤلفين لا يشاركون هذا الرأي وقد دُعم هذا الحكم من خلال تشابه الموجودات السريرية والاستجابة المشابهة للتراسيكلين . ولنعلم جميعاً بأن سبب التهاب الجلد حول الفم غير معروف . إذا ما تركنا جانباً الدور الهام الذي تلعبه كلٌ من الستيرويدات والمنزوقات .

الموجودات السريرية : يتجلى هذا الالتهاب بمحاطات حمراء (الشكل ٢٨ - ١٧) ريانة كثيراً أو قليلاً وبقطر ١ - ٢ ملم ، تظهر على جلد ملتهب محمر . وقد تتداخل مع بعضها مشكلة منطقة كبيرة مرتشحة تتوضع خاصة على الطية الشفوية الأنفية . ومن المحتمل أيضاً ظهور حطاطات حويصلية صغيرة وحطاطات بثرية أو حطاطية وسفية والتي يعتبر ظهورها وصفاً خلال السير السابق .

أما الأماكن الانتقائية لتوضع هذه الآفة فهي : الطية الشفوية الأنفية ، منطقة ما حول الفم عدا شريط ضيق يخلو من الاندفاعات يقع حول الشفتين . ومن أماكن توضعها الأخرى فهي الذقن والمقطب (ما بين الحاجبين) والأقسام الجانبية من الجفن السفلي خاصة . وفي الأشكال المنتشرة من المرض يمكن أن تظهر آفاته على الأجزاء العلوية والوجنتين والجبهة . وفي الأشكال الشديدة تمتد إلى جوانب العنق وخلف الأذنين ، وإلى خط الأشعار . ومن النادر مشاهدته على الصدر ومنطقة ما حول الفرج ، وما حول الشرج أيضاً وذلك بعد معالجة موضعية سابقة بالستيرويدات .

شكل خاص (التهاب الجلد حول الفم الذأباني *Lupoid P.*) : ويتصف بظهور تجمعات كثيفة مكونة من حطاطات كبيرة ريانة أو آفات حطاطية وسفية ، تبدي ارتشاحات ذأبانية وصفية بفحص الشفوية *Diascopy* . أما ظاهرة المندرين *Mandrin Phenomenon* (وهي إيجابية في الذأب الشائع) فسلبية . ومن المحتمل أن تكون هذه الحالات قد فسرت سابقاً على أنها ذأب الوجه الدخني المنتشر . وغالباً ما يحدث هذا الشكل من الالتهاب بعد استعمال الستيرويدات الموضعية لفترة طويلة . أما نسجياً فيمكن أن تميز حبيومات خللاياظهارية .

الأعراض : يشكو المصاب من حكة عادة ، وقد يشكو من حس وخز خفيف أو حس حرق .

السير : كثيراً ما تختلف شدة الالتهاب من يوم لآخر . وقد أقرت إثارة هذه الآفة بكل من المزوقات والصابون وضوء الشمس . أما سير المرض فمزمن إذ قد يعند لأكثر من عدة أسابيع أو أشهر ، كما يستمر بالمعالجة الحاطقة وبترافق مع اختلاطات (التأثيرات الجانبية للستيرويدات) أو يتحول إلى شكل ذأباني . وقد يحدث تفاقم عابر للمرض عند إيقاف المعالجة الستيرويدية الموضعية .

الإنذار : يتم الشفاء دون تندب خلال بضعة أسابيع أو أشهر ، وقد يحدث النكس .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد تسفنج في البشرة والجريبات ، وتختلف الصورة النسجية نوعاً ما عنها في العد الوردي ، لكن من جهة أخرى يجب الأخذ بعين الاعتبار العمر المتقدم لمرضى العد الوردي . ويختلف العد الوردي عن التهاب الجلد حول الفم بوجود المران السافع *actinic elastosis* والتوسع الوعائي ، والاحتشار بالدودة الجريمية في مجموعة العمر هذه .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق عن العد الوردي ، التأثيرات الجانبية للستيرويدات في الآفات المستبطنة كالعد الوردي والعد الشائع والتهاب الجلد التأتبي أو التهاب الجلد المني . ومن المهم بشكل خاص أن نستثني التهاب الجلد المني والحلادات الأكرمية الأخرى .

المعالجة : لا يوجد اتفاق حول المعالجة المثلى لهذا المرض ، لكنه من المقبول على كل حال ، أن إعطاء التراسيكلين أو الإريثروميسين يكون فعالاً في هذه الآفة .

جهازياً : ويتم بإعطاء هيدروكلورايد التراسيكلين ، أو كسي تراسيكلين أو المونوسيكلين . أما جرعات التراسيكلينات فتكون على النحو التالي : يعطى في الأسبوع الأول ٥٠٠ × ٣ ملغ يومياً ، وفي الأسبوع الثاني ٥٠٠ × ٢ ملغ/يومياً ، وفي الأسبوع الثالث ٢٥٠ - ٥٠٠ × ١ ملغ يومياً (أو مقدار إسوي ، مشابه) لمدة ٤ - ٦ أسابيع أو أكثر . وقد نشرت تجارب ناجحة عن معالجة التهاب الجلد حول الفم الذأباني بالإيزونيازيد وبمقدار ٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً .

إن الإيزوترتينوين فعال جداً وخاصة في الحالات المختلطة الطويلة السير والناجمة عن معالجة ستيرويدية سابقة ، أو في الشكل الذأباني . ويمكن أن تكون الجرعات ضئيلة جداً (٠,٥ - ٢) ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ولمدة ٨ - ١٢ أسبوعاً . أما النسوة اللواتي في عمر إنجاب الأطفال فيجب

إلزامهم بالاحتياطات الخاصة بهذا الدواء والتي فصلت في بحث
العدّ .

موضعياً : يبدو أن المعالجة التي دعيت « المعالجة صفر
Zero – Therapy » وبقدر ما يتقبلها المريض ويعمل بها هي
المعالجة المثلى . وتقوم هذه المعالجة على التوقف عن استعمال
جميع المواد المخرشة وغسل الوجه بماء دافئ فقط ، وتجنب

الصوابين والمنظفات ، وعدم استعمال المزوقات وخاصة
الدهنية منها والرهيمات المسائية والمرطبات أيضاً . وإذا ما كان في
سوابق المريض معالجات ستيررويدية ، فيجب إفهامه عند ذلك
بأن أعراضه قد تسوء من جراء التوقف عن تطبيقها . هذا
ويساعد التحفيف بالدهونات Lotions ، كما يفيد تطبيق كل
من الكبريت وحمض الصفصاف بتركيزات خفيفة على شكل
رهيمات أو دهونات .

الفصل التاسع والعشرون

أدواء الغدد العرقية المفترزة

Diseases of the Apocrine Sweat Glands

د. عبد الحكيم عبد المعطي

تسمى الغدد العرقية المفترزة إلى الوحدات الشعرية الزهمية Hair – sebaceous gland units . تتوضع هذه الغدد في الإبطين ، وفوق القص ، وفي منطقة الحلمة ، وفي الناحية عحيطة بالسرّة ، وعلى الرّكب (جبل العانة) Mons pubis ، وفي منطقة الشرجية التناسلية ؛ كما توجد على الرأس والجذع - أعداد قليلة أيضاً .

يزداد حجم الغدة العرقية المفترزة وتتضخ وظيفتها في سن جوغ بتأثير العوامل الهرمونية ، ولذا لا تشاهد الاضطرابات أو لأدواء في هذه الغدد إلا عند البالغين .

ويكون حجم الغدة العرقية المفترزة وكمية إفرازها أكبر عند الذكور منها عند الإناث ، كما تكون عند السود أكبر منها عند البيض .

تتألف الغدة العرقية المفترزة من الناحية التشريحية من جزء مُفرز ، وهو عبارة عن وشيعة Coil عريضة تتوضع في الأدمة سفلية ؛ ومن قناة مُفرغة تفتح على قمع جريب الشعرة لانهائية عند مستوى افتتاح قناة الغدة الزهمية . هذا ويحدث لإفراز بشكل رئيسي بالآلية المفترزة Apocrine ، غير أنه قد تحدث بعض الإفرازات الفارزة Merocrine أو المنفرزة Holocrine أيضاً . (راجع الشكل ٢٩ - ١) .

ه تُفسر الآلية التي تنبه بها الغدد العرقية المفترزة بشكل نهائي بعد ، ولكن من المعروف أنه يمكن كشف الألياف عصبية الإيجابية الكولينستيراز (إستراز الكولين) Cholinesterase - Positive والمحملة بالكاتيكولامين Catecholamine حول الغدد العرقية المفترزة . كما أظهرت دراسات التي أجريت في الزواج على الغدد العرقية المفترزة معزولة أن التنبيه الكوليني الفعل Cholinergic stimulation هو الأكثر تأثيراً في هذه الغدد ، رغم أنه قد تنتج بعض شطاطات الإفرازية بالتنبيهات الأدرينالية الفعل - بيتا β - Adrenergic stimuli وبصورة أقل بالتنبيهات الأدرينالية نغص - ألفا α - Adrenergic stimuli .

ينتج عن تنبيه الغدد العرقية المفترزة كميات معتدلة من

سائل لزج ، أبيض مُصفر ، غير شفاف . يكون هذا السائل عقيماً عديم الرائحة في الأصل ، ويحتوي على كميات وافرة من الشحميات Lipids ، وخصوصاً الكوليستيرول Cholesterol (٧٥ ٪) ، وثلاثي الغليسريد Triglycerides والحموض الدهنية (٢٠ ٪) ، بالإضافة إلى كميات قليلة من إسترات الكوليستيرول ، وإسترات الشمع ، والسكوالين Squalene . كما يحتوي هذا العرق على مقادير ضئيلة من الستيرويدات الأندروجينية مثل دي هيدرو إيني أندروستيرون Dehydroepiandrosterone ، والأندروستيرون ؛ ويبدو أن المكورات الوتدية الشكل Coryneform cocci الموجودة على سطح الجلد تقوم على الأرجح بتحويل هذين المركبين إلى مركبات ذات رائحة كريهة جداً تكون مسؤولة عن الرائحة الحادة الوصفية لعرق الغدة المفترزة .

لم تُعرف وظيفة الغدد العرقية المفترزة عند الإنسان . وقد زاد لجوء الإنسان لاستعمال مزيلات الرائحة Deodorants بشكل واسع للتخلص من الرائحة الكريهة المنفّرة لعرق الغدة المفترزة .

تلعب الغدد المفترزة ذات الرائحة دوراً هاماً في ضبط السلوك الجنسي عند الحيوانات (الفيرومونات Pheromones) ؛ فهي تفيّد في تحديد التخوم الإقليمية Territorial marking ، والتسلسل Hierarchy ضمن المجتمعات الحيوانية .

داء فوكس - فورددايس Fox - Fordyce Disease [Fordyce و ١٩٠٢]

المردافات : بقع فوكس - فورددايس ، الدخنية المفترزة (Shelley و Levy ١٩٥٦) .

تعريف : جلاد مزمن ، يصيب عادة النساء الشابات ، ويتصف بظهور حطاطات حاكة في النواحي الغنية بالغدد العرقية المفترزة ، وخاصة في الإبطين (راجع الشكل ٢٩ - ٢) .

الحدوث : نادر ؛ وتصاب النساء في حوالي ٩٠ ٪ من الحالات . يبدأ الداء بين عمري ٢٠ - ٤٠ سنة ، كما لوحظ حدوثه عند التوائم .

الإمراض : يُفترض تسمية هذا الداء بالدخنية المفترزة Apocrine miliaria . ويبدو أن الاضطرابات الهرمونية تؤدي إلى انسداد القناة المفرغة للغدة المفترزة وذلك في مكان دخولها عبر ظهارة الجريب ، ثم يتسرب الإفراز المُحتبس إلى النسيج الضام ، فينتج عن ذلك تفاعل التهابي من غمط تفاعل الجسم الأجنبي الذي يترافق بشخانة بشرية وحكة .

الموجودات السريرية : يبدأ الداء بشكل رئيسي في فترة البلوغ ، ويتراجع عفوياً بعد سن الخمسين ، كما لوحظ تراجع العفوي أثناء الحمل . تُصاب النساء غالباً ، ويقتصر في موضعه على مناطق الغدد العرقية المفرزة : الإبطين ، والصدر ، والسرة ، وأعضاء التناسل ، ويتصف سريرياً بظهور حطاطات صغيرة ، مسطحة أو مخروطية ، قاسية ، تأخذ لون الجلد أو اللون الأبيض المصفر . كما تكون أشعار الإبطين هزيلة ، ويصبح العديد منها منكسراً . هذا وكثيراً ما يترافق داء فوكس - فوردايس باضطرابات في الحيض أو بعلامات التراجع . Virilization .

الأعراض : يعاني المريض من حكة شديدة تأتي على شكل هجمات بين حين وآخر ، تثار بالإرهاق الجسدي أو العقلي . أما علامات التخريش والتحزز فهي غائبة في هذا الداء .

التشخيص المرضي النسجي : يتصف داء فوكس - فوردايس بانسداد القناة المُفرغة للغدة العرقية المفرزة بسدادة قرآنية (قرنية) صغيرة وذلك في مكان دخولها ظهارة الجريب . كما يُبدي المقطع النسجي ارتشاحاً التهابياً لا نوعياً في البشرة المحيطة ، وسُفاجاً (وذمة بشروية) ، وشواكاً ثانوياً جريبياً وبشروياً ، وفرط تقرن . تكون الأجزاء المفرزة للغدة العرقية المفرزة ذات حجم طبيعي أو متوسعة قليلاً ، ومملوءة بمادة متجانسة إيجابية الباس PAS ، ومُحاطة برشاحة التهابية .

السير : يحدث الشفاء العفوي بعد الإياس .

المعالجة :

جهازياً : وُجد أن المعالجة الهرمونية بموانع الحمل ، وخصوصاً تلك المحتوية على مضادات الأندروجين كاستينات السيروترون Cyproterone acetate ، ذات قيمة في معالجة هذا الداء .

موضعيّاً : تُستعمل الرهيمات أو الدهون الستيرويدية لمعالجة الأعراض . كما يمكن استعمال التريتينوين Tretinoin ، أو مضادات التعرق المستعملة في علاج التعرق (فرط التعرق) الناتج . كما يمكن زرق المعلقات البلورية الممددة للستيرويدات القشرية السكرية داخل الآفات أيضاً .

العد المقلوب Acne Inversa :

صُنّف هذا الداء سابقاً ضمن أدواء الغدد العرقية المفرزة ، لكنه يُصنف في الوقت الحاضر ضمن الأدواء الحريية أو العدية . هذا وتحدث في العد المقلوب تبدلات من نمط التهاب الغدد العرقية المقيح (راجع الفصل ٢٨) .

الصُّنَّان Bromhidrosis [Kligman و Strauss]

[١٩٥٦] :

تعريف : رائحة نفاذة تنجم عن تفكك عرق الغدة المفرزة

بواسطة الجراثيم ، وخاصة في الإبطين .

الإمراض : إن العرق الناتج عن الغدة العرقية المفرزة لا رائحة له في الأصل ، ولكنه سرعان ما يتفكك على سطح الجلد بواسطة المكورات الوتدية الشكل Coryneform cocci إلى مركبات ذات رائحة ، تسبب رائحة الإبطين النفاذة الوصفية ؛ وعلى الأرجح فإن الجزء الستيرويدي لعرق الغدة المفرزة (الأندروجينات) هو الذي يشكل هذه المركبات (الفيرومونات Pheromones) . تفكك المكيثرات Micrococci والعنقوديات عرق الغدة الناتجة eccrine ، فتنشأ رائحة حمضية لا وصفية فقط .

ليس ضرورياً أن يترافق الصُّنَّان الصريح بفرط وظيفة الغدة العرقية الناتجة . وعلى العكس تماماً لا يترافق التعرق الناتج الغزير بمظاهر ذات رائحة ، وربما يعود ذلك إلى تأثيره الماذق (المُخفف) . ومن جهة أخرى يدل الشعر الإبطيني الغزير المنتشر على وجود أعداد كبيرة من الغدد العرقية المفرزة الكبيرة الحجم .

الموجودات السريرية : تتجلى بظهور رائحة مميزة عند نضج الغدد العرقية المفرزة وظيفياً في سن البلوغ .

السير : يزول الصُّنَّان في الأعمار المتقدمة بسبب تراجع الغدد العرقية المفرزة . يؤدي سوء العناية الصحية إلى زيادة حدوث الصُّنَّان الذي يترافق كثيراً في هذه الحالة بالوذح Erythrasma .

المعالجة : تكون المعالجة موضعية فقط ؛ فتغسل المنطقة المصابة عدة مرات في اليوم بالماء والصابون المُزيل للرائحة ، أو بأحد المنظفات . كما تُبدل الثياب يومياً . تُستعمل مزيلات الرائحة المضادة للجراثيم والمحتوية على الهكساكلوروفين Hexachlorophene ، أو غيره من الساليسيلانيليدات المهلجنة Halogenated salicylanilides ، وهي مواد تدخل في تركيب أنواع الصابون المزيل للرائحة أيضاً . يتصف محلول هكساهدرات كلوريد الألمنيوم Aluminum chloride hexahydrate بفعالية كبيرة في هذه الحالة ، ومن المعروف أن هذا المحلول يدخل أيضاً في تركيب مضادات التعرق المستعملة في علاج التعرق (فرط التعرق) الناتج . كما يمكن إخفاء الرائحة الإبطينية المنفرة باستعمال العطور ، والكثير منها يدخل في تركيب مختلف أنواع الصابون أو مزيلات الرائحة . وأخيراً يعد حلق الشعر الإبطيني من الإجراءات الصحية العملية .

تلون التعرق Chromhidrosis [Younge ١٧٠٩] :

المراذف : العرق الملون Colored sweat .

للإبط *Trichomycosis palmellina of the axilla* ، حيث تُنتج الجراثيم في هذا الداء أصبغة حمراء اللون بما فيها البرفيرينات المحمرة *Porphyrins* .

قد يحدث التعرق الملون على الوجه عند النساء الشابات بسبب وجود الغدد العرقية المفترزة الزائغة *Aberrant* ، علماً بأنه يُشاهد في مناطق الغدد العرقية المفترزة الأخرى أيضاً ، وبلي هذا النوع من التعرق الملون التنبهات النفسية المنشأ ، ويتصف بظهور قطيرات صغيرة داكنة في الفوهات الجريية . ويبدو أن هذا اللون ينجم عن صباغ مُفْتَرَز من صنف الفوسين الشحمي (الليبوفوسين *Lipofuscin*) ، وعن نواتج تفككه الداكنة .

يحدث التعرق الملون في مناطق جلدية محددة فقط . يمكن أن يتلون العرق باللون الأصفر ، أو الأزرق ، أو الأخضر ، أو الأسود . أما فيما يتعلق باللون الأحمر ، والذي ينجم عن اختلاط العرق بالدم (التعرق الدموي *Hemidrosis*) ، فإن علاقته بالاضطرابات الحيضية غير مؤكدة . قد تحدث عند المضيفات الجويات أعراض شبيهة بالتعرق الدموي ، وقد عُزي ذلك إلى التلوث بالملونات المتألقة (الفوسفورية) *Fluorescent dyes* كذلك المستعملة في ترقيم وتعليم صنادرات النجاة . وكثيراً ما يمتزج العرق بالإبطي بأصبغة خارجية المنشأ ، ويحدث ذلك على سبيل المثال في الفطار الشعري الاحمراري

الفصل الثلاثون

أمراض الغدد العرقية الناتجة

Diseases of Eccrine Sweat Glands

د . صالح داود

تعد الغدد العرقية الناتجة غدد مستقلة ملحقة بالبشرة ، ولا توجد لها علاقة بالوحدة الزهمية - الشعرية ، على عكس الغدد العرقية المفترزة . تنتشر الغدد العرقية الناتجة في كل أنحاء الجلد ، وهي كثيرة العدد في الأخصصين والراحتين والجلبة ، ويقدر عدد هذه الغدد بحوالي اثنين إلى ثلاثة ملايين غدة .

تتصف تشريحياً ، (راجع الفصل ٢٩ الشكل ١) ، بتشكّلها من غدد ملتفة (القسم المفرز) تشبه كرة الصوف ، وتقع في الأدمة العميقة على حدود النسيج الشحمي تحت الجلد . تتصل بقناة أدمية وتنتهي بقناة في داخل البشرة قنبوية النهاية Acrosyringium (Pinkus 1939) ، وهي ذات شكل لولبي . يشبه مفتاح القارورة (ثلاث لفات نحو اليمين عادة) ، وهناك أيضاً لفات أضيق في الطبقة المتقرنة . تنفتح القناة على الجلد بفتحة فلعية Slit - type غير مرئية على سطح الجلد . وترى مسامات الغدد العرقية المدورة بالعين المجردة في الأخصصين والراحتين فقط يتم تعصيب هذه الغدد بالألياف الودية ما بعد العقد .

والمادة الوسيطة للأعصاب حول العنابات هي الأسثيل كولين والأسثيل كولين استراز ويمكن إظهارها في العصب حول الغدد .

والعرق المفرز من الغدد العرقية الناتجة سائل مائي عديم اللون ، يتكون بشكل رئيسي من الصوديوم ، والبوتاسيوم ، والكلسيوم ، والمغنيزيوم والكلور مع مكونات أخرى هي اللاكتات ، والبولة وقليل من الحموض الأمينية والحموض العضوية والبروستاغلاندينات والفيتامينات . ويتم إفراز الأدوية أيضاً في العرق ومنها الغريزيوفولفين . وبالرغم من ذلك ، لا يمكن للغدد العرقية أن تعوض عن عمل الكلية حتى ولو جزئياً .

إن أهم وظيفة لهذه الغدد هي تنظيم الحرارة . وتلاحظ أهمية هذه الوظيفة في حالات انعدام الغدد العرقية الخلقي أو في حال اضطراب وظيفتها بشكل مكتسب ، ويعرف ذلك باللا عرقية Anhidrosis ، ويحدث عند هؤلاء المرضى ارتفاع حرارة ، في الصيف أو عند القيام بالتمارين المجهدة ، وذلك لانعدام العرق وبالتالي لانعدام التبخر وتبريد سطح الجلد عن طريق الغدد الناتجة . وإضافة إلى التحريض الحراري ، تستجيب الغدد

العرقية الناتجة في الراحتين والأخصصين والإبطيين للمحرضات الانفعالية . ويصل إنتاج العرق تحت تأثير التحريض الحراري الأعظمي حتى ٣ لتر/ساعة .

فرط التعرق Hyperhidrosis :

التعريف : يمكن أن يكون فرط وظيفة الغدد العرقية الناتجة المعمم أو الموضع ، عرضياً في أمراض الغدد الصم أو أمراض عصبية أو يمكن أن يكون خلقياً . وقد يحدث فرط التعرق الفيزيولوجي خلال التأقلم مع البيئة الاستوائية الحارة وكذلك خلال سن اليأس . ويفيد أيضاً في تنظيم الحرارة أثناء التمارين العضلية المجهدة وفي البدانة أو عند ارتفاع حرارة المحيط الخارجي . ومن الحالات النادرة جداً هي وحة الغدد العرقية الناتجة (إما وحة الغدد العرقية الوظيفية أو فرط تنسج الغدد العرقية الناتجة وضخامتها) حيث نجد زيادة إفراز العرق في أجزاء محددة من الجسم .

فرط التعرق العرضي Symptomatic Hyperhidrosis :

يحدث فرط التعرق العرضي بشكل رئيسي في بعض أمراض الغدد الصم المترافقة بفرط فعالية في النخامي أو الغدة الدرقية ، وفي السكري ، وفي الحالات التي يحدث فيها زيادة إنتاج الكاتيكولامين كما في الصدمة ، نقص سكر الدم وورم القواتم . ويحدث فرط التعرق العرضي أيضاً في أمراض عصبية تؤدي إلى أذية الطريق الودي ومثالها الضلع الرقبة ، ومتلازمة نفق الرسغ وأذيات الجبل الشوكي (التابس الظهري ، فالج شقي ، تكهف النخاع) . هذا ويمكن لفرط التعرق أن يكون وحيد الجانب أو بقعياً .

فرط التعرق الحقيقي Genuine Hyperhidrosis :

المرادفات : فرط التعرق الانفعالي .

التعريف : فرط تعرق بنوي في الغدد العرقية الناتجة في أجزاء معينة من الجلد وبخاصة بعد تحريض انفعالي .

الأمراض : يحدث بسبب توتر انفعالي ناجم عن الألم ، أو الغضب ، أو الرعب أو الخوف . ويزيد النيكوتين والكافيين من إفراز العرق ، لأنهما يزيدان من نشاط العقد الودية .

الموجودات السريرية : يمكن أن يحدث فرط التعرق الحقيقي في الطفولة ، ويغلب حدوثه بشكل خاص عند البلوغ ويتناقص مع تقدم العمر . والمناطق التي تتعرق هي الإبطان ، والراحتان ، والأخصصان وأحياناً الوجه (ذروة الأنف) ، والعنق ، والقص ، والظهر ، ومنطقة ما حول الشرج . ويحدث التعطّن أحياناً نتيجة التعرق الزائد في المناطق المذحية ، وقد يؤدي إلى التهابات جلد ثانوية (مذح ، ققيح جلد ، فطارات) .

يكون المصابون بفرط التعرق الحقيقي واهني القوى عادة ، ويسون علامات فرط حساسية ودية مثل الوضع الكاذب PseudoLeukoderma بتشنج الأوعية أو زراق النهايات .

فرط التعرق الإبطي *Hyperhidrosis Axillaris* : يحدث فرط تعرق شديد في الغدد العرقية الناحية الذي يحرق بالكرب نفسي ، ولكن قد يحدث أثناء الراحة النفسية . ويصبح لإبضان رطبين بسبب العرق ، ويتجه جريان العرق نحو لأسفل ، ويملأ ثياب المريض في تلك الناحية . يخرب العرق ثياب بتلوينها بسبب الأملاح المترسبة منه على هذه الثياب . ويزداد قطر المساحة من الثياب الملوثة بقدر شدة التعرق . وقد يؤدي استعمال مضادات التعرق إلى تفاعلات جلدية أرجية أو حمية تراكمية . وفي فرط التعرق الإبطي الناتج ، تلعب الرائحة غير المستحبة دوراً هاماً ، لأن المواد التي تحمل هذه الرائحة غير مستحبة وتفرزها الغدد العرقية المفترزة تنطلق بعيداً بواسطة غفرزات المائية التي تفرزها الغدد العرقية الناحية . ولهذا ، فإن مرضى المصابون بفرط الإفراز العرقى الإبطي عادة ما يغسلون ثيابهم بشكل متكرر .

فرط التعرق اليدوي *H. Manuum* : التعرق الراحي بدئي وتكون راحتان فيه حمراوتين إلا في حالات زراق النهايات أو انخفاض الحرارة . ونجد في فرط التعرق اليدوي الشديد قطرات عرق في راحتي اليدين وجانبي الأصابع ، ويمكن أن يمتد فرط تعرق إلى الوجه الظهري للأصابع ومن المناطق القاصية إلى مناطق الدانية . وينقط العرق من اليدين في الحالات الشديدة ، وتصبح الكتابة على المصاب صعبة بسبب ابتلال الورق ، وتصدأ المعادن القابلة للصدأ بسبب تبللها بالماء وتأكسدها بين يدي المصاب بفرط التعرق . ولذلك قد يفقد المصابون بفرط تعرق أعضائهم في بعض الحالات لهذا السبب (ويطلق على هؤلاء المرضى اسم المصدئين *Rusters*) . يصيب فرط التعرق يديوي الفتيات أكثر من الفتيان . وتزيد بعض المهن فرط تعرق هذا بسبب الحاجة إلى حركة اليدين الزائدة كما في مهنة خلاقين . (راجع الشكل ٣٠ - ١) .

فرط التعرق القديمي *H. Pedum* : يشبه فرط التعرق الأنحصى فرط التعرق الراحي كثيراً في فعاليته . ويزيد عليه تأثيره بانتعال لأحذية المغلقة ، حيث يقل التبخر ويحدث التعطن . ويأخذ جند أصابع القدمين لوناً مزرقاً (زرقة القدمين) وتتفخ الطبقة المتقرنة وتصبح بيضاء أو صفراء بسبب التعطنين *Keratoma* . ثم يتشكل فرط تقرن مثل *Sulcatum* (انحلال الطبقة المتقرنة المنقط) وتلعب الجراثيم *Coryneform Bacteria* دوراً مهماً في حل الطبقة المتقرنة المتعطنة في الأنحصى ، مما يخل بوظيفة هذه الطبقة .

وتنبعث رائحة غير مرغوبة من القدمين وتحتزن في الجيوب والحاء . (راجع الشكل ٣٠ - ٢) . وتؤدي إلى الصُّنان *Bromohidrosis* . هذا ويساعد فرط تعرق القدمين على حدوث سعة القدمين وحدث الأخماج بالجراثيم سلبية الغرام .

التشخيص التفريقي : يفرق عن فرط التعرق لدى الأشخاص البدينين بعد التمارين الرياضية أو بذل الجهد في سياق ارتفاع حرارة المحيط .

المعالجة : يمكن تطبيق المعالجات التالية على مناطق الجلد المختلفة حيث توجد الغدد الناحية :

- قطع العصب الودي المعصب للمنطقة (قطع الودي) .
- الحاصرات الدوائية للنواقل العصبية الغدية (الأدوية مضادة الفعل الكولين) .
- استئصال الغدد العرقية (استئصال الغدد العرقية الإبطية) .
- الإحصار الآلي لأقنية الغدد العرقية وعلى المستويات المختلفة (أملاح معدنية ، الألددهيدات والحموض) .
- إزالة العرق عن الجلد بالغسيل أو بامتصاصه (بالماء والمنظفات ، والمساحيق ، والقطن والمنسوجات الصوفية) .

المعالجة الجهازية : لا توجد حتى الآن أدوية تثبط فرط العرق في الغدد العرقية دون تأثيرات جانبية . وقد أدرجت الأدوية المستعملة حالياً في الجدول ٣٠ - ١ .

المعالجة الموضعية : الاستحمام المتكرر وينصح بارتداء الألبسة الفضفاضة الواسعة التي لا تمنع تبخر العرق ، كما ينصح بتكرار غسلها وتغييرها ، ويفضل أن تكون مصنوعة من القطن أو الصوف . وتفضل الأحذية الجلدية على المطاطية في فرط التعرق الأنحصى .

تهدف المعالجة الموضعية إلى ما يلي :

- امتصاص الرطوبة بالمساحيق المناسبة في فرط تعرق الإبط والقدم .
- إزالة الرائحة الحمضية لفرط التعرق أو تخفيفها بلبس الألبسة القطنية أو الصوفية ، أو وضع العطور والمساحيق .
- تطبيق الأدوية المضادة للتعرق التي تؤدي إلى انسداد الأقنية العرقية .

وتتبع الإجراءات التالية :

الحموض : (حمض الخل ثلاثي الكلور ، حمض التنيك *Tannic Acid*) وتؤدي إلى إحصار مؤقت في الأقنية العرقية الانتهازية .

الألدهيدات : (فورمالدهيد ، غلوتار ألدهيد) وتؤثر على القرنين في الخلايا القرنية السطحية وبالتالي تؤدي إلى انسداد المسامات . ومن مساوئها أن تأثيرها لا يدوم طويلاً بالإضافة إلى خطورة حدوث تحسس أرجي تماسي .

الأملاح المعدنية : (أملاح الألمنيوم ، زركونيوم ، غالسيوم Gallium ، فاندسيوم) وهي فعالة عندما تطبق بتركيز عالية نسبياً . وترتكز آلية تأثيرها إلى أذية سمية في الخلايا البشرية في نهاية القناة الغدية ، بالإضافة إلى تشكل معقدات بين عديدة السكرائد المخاطية في الجليدة والشوارد المعدنية التي تكون بمثابة سدادة كثيفة ضمن القسم النهائي من القناة الغدية . وتستمر هذه التأثيرات لعدة أيام أو أسابيع ، ولا يلاحظ عادة تحسس بالتماس ، ولكن قد يحدث أحياناً تحريش سمي ، ويدعو أنه من الضروري نفوذ هذه الأملاح المعدنية عميقاً داخل القناة الانتهاية ، ويجب تطبيق هذه المعالجات أثناء الفعالية الدنيا للغدد ، أي أثناء الليل ولعدة ساعات . ومن المستحضرات ذات الفائدة الكبيرة المحلول المائي لأملاح الألمنيوم هكساهيدروكلوريد ١٠ - ٢٥ ٪ في سواغ ميتيل السللوز ويوضع في زجاجة ملفوفة .

الجدول ٣٠ - ١ : الأدوية الجهازية المستعملة في معالجة فرط التعرق

ميثيل نترات الأتروبين	ميروبرومات
طرطرات دي هيدروارغوتين	يوميين
حمض أجاريستيك Agaricic	خلاصة الساج Sage
قلوانيات البيلادونا	كافور
طرطرات الأترغوتين	بانثوتينات الكالسيوم
فينوباريتال	لاكتات الكالسيوم
أمورباريتال	

الرحلان الشاردي **Iontophoresis** : وهو العلاج الأمثل والأكثر فائدة في معالجة فرط التعرق الراجي الأخصي .

الأدوية مضادة الفعل الكولينجي **Anticholinergic** : وتضم أملاح الأتروبين ومشتقاته ، وأملاح السكوبولامين وأسترات السكوبولامين (البروبانتيلين برومايد ، سولفات ميتيل بولدين ، غليكويرونيوم برومايد وهكسويرونيوم برومايد) ، ومواد تركيبية أخرى . وتطبق هذه المواد على الجلد تحت ضماد كتيّم أو بالرحلان الشاردي . تثبط هذه المواد التعرق ، ويبقى تأثيرها مستمراً لساعات أو أيام . ولهذه الأدوية تأثيرات جانبية نتيجة امتصاصها الجهازية (توسع الحدقة ، جفاف الفم ، تسرع القلب) ، وهذا يحد من استعمالها . ومن مضادات

استطباب هذه الطريقة ، الزرق ، واضطرابات النبول . وتوجد مستحضرات تضم هيدروكسي كلورايد الألمنيوم ومادة بروبانتييلين برومايد . هذا ويمكن إعطاء مضادات الكولين عن طريق الفم . وغالباً مع المسكنات والمهدئات غير أن هذا الشكل من المعالجات غير مجدٍ كثيراً لأنه يؤدي إلى تركيز عرق . دون تثبيطه لفترة كافية .

الإحصار الودي Sympathetic Blockade : ويتم هذا الإحصار بقطع العصب الودي الرقي أو بحقن الكحوليات في منطقة هذا العصب ويتم العمل الجراحي هذا على أيدي عدد قليل من الجراحين في الوقت الحاضر . وهذا الإجراء يفيد في فرط التعرق اليدي . وإذا تم معالجة كلا الطرفين العلوي والسفلي عند المريض ، يمكن أن يختل التنظيم الحراري عنده ، ويمكن أن يحدث فرط تعرق عرضي في مناطق معينة من الجذع .

الاستئصال الجراحي للغدد العرقية في منطقة الإبط (Skoog and Thyresson 1962) : تزال منطقة الغدد العرقية الإبطية جراحياً بعد إجراء اختبار Minor (تطبيق اليود لكشف النشا الغدي ١٩٢٨) . وتوصف لهذه الغاية طرق جراحية عديدة . ونتائجها جيدة بوجه عام .

توصيات علاجية خاصة :

فرط التعرق الإبطي :

- التنصح Hygiene الإبطي ، تستعمل المنظفات أو الصوابين المزيل للروائح .
- يوصى المريض بلبس الألبسة الفضفاضة التي تسمح بمرور الهواء لإزالة الرطوبة ، ولا تستعمل الألبسة ذات الخيوط التركيبية .
- تطبيق مثبطات العرق الموضعية المضادة للفعل الكولينجي كأملح الألمنيوم ومركبات الفورمالين . ويحوي العديد من المستحضرات مركبات عديدة منها . ويدافع من خبرتنا (الكلام للمؤلفين) فإننا نوصي ، بشكل خاص ، بأملاح هيكساهيدرات الألمنيوم ١٠ - ٢٥ ٪ وتطبق أثناء الليل . وهي مادة فعالة وتفيد أيضاً في إزالة الروائح بتحديدتها نحو الجراثيم المسؤولة عن حدوث الرائحة .
- تبقى الطرق الجراحية المحافظة في النهاية غير فعالة .

فرط التعرق اليدي Hyperhidrosis Manuum :

- تطبيق مضادات التعرق كما هو الحال في فرط التعرق الإبطي . وقد يصل تركيز هيكساهيدرات كلورايد الألمنيوم حتى ٣٠ ٪ .

- استعمال الرحلان الشاردي Ionotophoresis بالماء (Levit 1968) ودون إضافة مضادات الفعل الكوليني وتوجد لهذه الغاية أجهزة آمنة للاستعمال المنزلي .
- إحداث إحصار ودي مؤقت بحقن مبنجات حول العقدة الودية الرقية ، أو إحداث إحصار دائم باستئصالها .
- إجراءات عامة مثل الأدوية المركبة التي تحتوي أيضاً على مضادات الفعل الكوليني ، غير أن تأثيرها قليل . ويوصى بالتدريب على التكون الذاتي Autogenic .

فرط التعرق القلبي :

- غسيل القدمين يومياً وبحسب الحاجة بمنظف أو بصابون مزيل للرائحة أو حفظ صحة القدمين بعناية : تغير الجوارب يومياً ، ويجب أن تكون من القطن أو الصوف ، استعمال أحذية مفتوحة مصنوعة من الجلد . ويجب تهوية الأحذية بشكل جيد .
- ترش القدمين بالمساحيق أو مزيلات الروائح .
- استعمال مضادات تعرق كما في فرط التعرق اليدي .
- استعمال المواد القابضة ، الألدheids (فورمالدهيد كلوتارألدهيد) والحموض (حمض الخل ثلاثي الكلور ، حمض النيك) وهي مفيدة جزئياً . ويجب أن نلاحظ إمكانية حدوث التهاب جلد بالتماس نحو الألدheids .
- الرحلان الشاردي Iontophoresis كما في فرط التعرق اليدي الراجحي . وتعتبر الطريقة المفضلة حسبنا نعتقد (الكلام للمؤلفين) ، هي طريقة آمنة .

فرط التعرق الذوقي Gustatory Hyperhidrosis :

يمكن أن يحدث تعرق في الوجه (وخاصة في ذروة الأنف والمنخرين أو على الجبهة) ، وذلك بعد تناول بعض أنواع الطعام (التوابل أو الأطعمة الحامضة) . وإن هذا النمط من فرط التعرق هو تفاعل طبيعي ، ولكن قد تكون تالية لآفات عصبية محيطية أو مركزية ، وقد تكون موضوعة في جانب واحد .

المتلازمة الأذنية الصدغية Auriculotemporal Syndrome [Frey 1923] :

وهي شكل خاص من فرط التعرق الذوقي وذلك بعد التهاب أو تداخل جراحي على منطقة الغدد النكفية . ويحدث نتيجة لذلك حلقة صغيرة من الألياف العصبية الودية التي تعصب الغدة اللعابية في الحالة الطبيعية (العصب الصدغي الأذني) . والتي ترتبط بالألياف المحركة المعركة في الغدد العرقية

الناتجة . وحالما يفرز اللعاب ، يتعرق المريض في مناطق محددة من الخدين . والمعالجة الناجعة هي تطبيق ١٥ - ٢٠٪ من محلول هكساهدرات كلورايد الألمنيوم . (راجع الشكل ٣٠ - ٣) .

جباب الأنف الأحمر Granulosis Rubra Nasi [Jadassohn 1901] :

يرى تورين Touraine أن هذا المرض الجلدي النادر يورث بصفة سائدة غير نظامية . يحدث في الطفولة ويزول في البلوغ . يلاحظ فيه قطرات العرق مع وجود حويصلات ذات لون أحمر شاحب إلى قاتم وقد تلاحظ بثرات أيضاً . يصبح كامل الأنف أحمر مزرقاً . ويمكن أن يترافق الداء مع زراق النهايات (الأطراف) Acrocyanosis . (راجع الشكل ٣٠ - ٤) .

الإمراض : غير واضح .

المعالجة : غير ضرورية لأن الحالة تزول عند البلوغ . وإلا يمكن تطبيق دهونات مجففة .

خلل التعرق Dyshidrosis [Fox 1873] :

يترافق هذا المرض المتعدد الإمراضية ، بفرط تعرق يدي وقدمي وينظر إليه على أنه اضطراب وظيفي في عمل الغدد العرقية الناتجة . ويتم تصنيف خلل التعرق حالياً ضمن أمراض الإكزيمة والتهابات الجلد .

التعريف : يتصف بطفوح حويصلية مخرشة ، ويميل المرض للنكس في اليدين والقدمين ، ويرتبط غالباً مع فرط التعرق .

الإمراض : لم يُحدد إمراض خلل التعرق بشكل نهائي بعد . والافتراض الذي كان في السابق والذي يرى أن خلل التعرق ما هو إلا احتباس العرق بما يشبه الدخنة الحمراء ، هذا الافتراض ثبت أنه ليس صحيحاً حيث أشارت الدراسات النسيجية إلى وجود التهاب جلد سفاجي في المناطق الغنية بالغدد العرقية يترافق مع طبقة متقرنة سمكية .

تفاعل أساسي أو حقيقي : غالباً ما يشاهد خلل التعرق مترافقاً مع التهاب الجلد التأتبي أو بتظاهرات تأتبية أخرى .

تفاعل مفرط الأرجية : يحدث خلل تعرق اليدين كظاهرة طفحية id ، أي الطفحة الفطرية ، عندما تحدث سورة في فطارة القدم وذلك بسبب امتصاص كميات كبيرة من مستضدات الفطور . هذا ولا تكشف الفطور في آفات اليدين ، وتراجع الآفة بعد معالجة السعفة القدمية معالجة ناجعة . وتحدث الطفحة الفطرية عند المصابين بالأخماج الفطرية أو بعد حقن التريكوفايتين .

تفاعل أرجي دوائي : قد ينجم خلل التعرق أو يثار بتناول بعض الأدوية كما في البنسلين أو الأريثرومايسين ، وكذلك قد ينجم عن الأغذية (كما في النيكل أو حمض بارأمينوبنزويك) في الأشخاص المتحسسين .

الموجودات السريرية : عادة ما يصاب الأشخاص ما بين العشرين والأربعين من العمر ، وقد يصيب الأطفال . يتظاهر باندفاعات حويصلية متناظرة سطحية أو عميقة وبأحجام مختلفة فيها سائل رائق ، تتوضع على جلد طبيعي . وتتوضع هذه الحويصلات على الوجه الراحي لليدين والأخصص وخاصة على القوس الأخصصية ، والأماكن المفضلة في اليدين هي في جوانب الأصابع الثالثة إلى الخامسة . (راجع الشكل ٣٠ - ٥) . تكون الحويصلات في البداية غير مجسومة ، وقد تأخذ منظر بيض السمك وبذا يمكن جسيها في الجلد . يحدث خلل التعرق بشكل هجمات مفاجئة وخاصة عند المرضى الذين يتعرقون بغزارة نتيجة محرضات انفعالية أو كاستجابة لارتفاع الحرارة ، ولهذا السبب تكثر مشاهدة خلل التعرق في الأشهر الدافئة .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي عن التهاب جلد سفاجي وحويصلات ضمن البشرة ، وأحياناً في نهايات الأوعية العرقية . تشاهد رشاحة لفاوية حول الأوعية في الأدمة الحليمية والأدمة الشبكية مع نزُّ مصلي وتسرب خلوي .

الأعراض : حكة مع حويصلات متوترة في اليدين والقدمين . **المسار :** يمكن لخلل التعرق أن يكون خفيفاً أو شديداً حيث تتشكل حويصلات كبيرة أو بالونية . ويمكن لها أن تختلط بجمع ثانوي جرثومي أو فطري أو تتأكزم ثانوياً .

داء الفقعان في اليدين وداء الفقعان في القدمين
Cheirpompopholyx and Podopompopholyx
[Hutchinson]

يشير داء الفقعان في اليدين إلى طفح شديد على اليدين ، وداء الفقعان في القدمين مشابه له في القدمين ، حيث يغطي الوجهان الراحي والأخصص وجوانب الأصابع بحويصلات متوترة وفقاعات منتفخة تصل أقطارها حتى ١٠ ملم . وقد تصاب بالاختلاطات الثلاثة التالية :

الحمج الجرثومي الثانوي : حيث يصبح محتوى الفقاعات قيحياً وتحدث تفاعلات التهابية ، وقد تتوهم البدان و/أو القدمان ويتشكل التهاب أوعية لمفية ، والتهاب عقد لمفية مؤلمة وبالتالي خطر إلتان دم .

الحمج الفطري الثانوي : يمكن لهجمات خلل التعرق أن تختلط بالفطور الجلدية أو بالفطور عموماً من خلال التآكلات أو الجلد المتعطن . ويكون سيره أقل شدة من الحمج الجرثومي .

التأكزم وإكزيمة خلل التعرق : تصبح التآكلات الشافية التالية للحويصلات قابلة للتحسيس بالتهاس . وفي التوضع النموذجي ، يتلو اندفاع خلل التعرق حدوث إكزيمة خلل تعرق أرجية . ويمكن هنا أيضاً أن تختلط بالحمج الجرثومي والفطري .

خلل التعرق الصفاحي الجفاف Dyshidrosis Lamellosa Sicca :

المرادفات : التقشر الراحي الباحي areata .

ويتظاهر بحويصلات صغيرة لا يلاحظها المريض ، تجف حالاً ، ويظهر مكانها وسوف طوقية صفاحية على جانبي الأصابع وراحتي اليدين . (راجع الشكل ٣٠ - ٦) . ويجب أن نلاحظ السعفة اليدوية في التشخيص التفريقي .

التشخيص التفريقي لخلل التعرق : يدخل التهاب الجلد بالتهاس في التشخيص التفريقي مع خلل التعرق ، والذي يأخذ شكل خلل التعرق ، تظهر الحويصلات في هذا الخلل على قاعدة حمامية ، وتلاحظ الأعراض عادة على أسفل الساعد والساقين . تظهر السعفة القدمية الشبيهة بخلل التعرق على قوس أخمص القدم ويكون تحري الفطور إيجابياً .

معالجة خلل التعرق الجفاف : تطبق المعالجات الموضعية والجهازية .

المعالجة الجهازية : يحدث تراجع سريع في اندفاع خلل التعرق عندما تعطى الستيروئيدات عن طريق الفم لمدة تتراوح من عدة أيام إلى أسبوعين . ونبدأ عادة بمقدار ٣٠ - ٦٠ ملغ/يومياً من الريدنيزولون . والنكس شائع . ويمكن إعطاء النيكوتيناميد بمقدار ٣٠٠ ملغ/يومياً (٣ X ١٠٠ ملغ) وحمض الفوليك (٣ X ٥ ملغ/يومياً) ، غير أن نتائج هذه المعالجات لم تختبر بشكل نهائي . تعطى المستحضرات المركبة والتي تحتوي البلاذونا ، والأرغوتامين ، والفينوباريتال والتي تملك خصائص مركبة . كما تعطى الأدوية المخففة المضادة للتعرق والتي تم تجربتها وبتنائج متباينة . أما في حالات اختلاطها بجمع جرثومي ثانوي ، فينصح بالراحة بالسرير وإعطاء الصادات الحيوية المناسبة عن طريق الفم وبإجراء اختبارات التحسس الجرثومي للصادات ، وتطبيق الرفادات الرطبة المطهرة . ويعالج الحمج الفطري معالجة الفطارات ، بينما تعالج إكزيمة خلل التعرق كما تعالج الإكزيمة .

المعالجة الموضعية : تطبق المواد المخففة لخلل التعرق البدئي (معجون أو أصبغة مجففة مع دهون الزنك الكحولي ومضادات تعرق) وتطبق الستيروئيدات على شكل دهونات أو رهيات وربما بتقنية الشطيرة Sandwich مع دهون الزنك . وإذا استمر ظهور الحويصلات ، تطبق الرفادات الرطبة المبللة

– فصل الفيزيولوجي أو المحاليل المطهرة من مركبات Quinolinol أو Poly Vidone – Iodine ونستمر بتطبيقها حتى تتظهن التآكلات ، وبعد ذلك تطبق الرهيمات أو المعاجين صرية مع المطهرات مثال كليونكوينول Clioquinol ٠,٥٪ في معجون الزنك الطري .

نقص العرق Hypohidrosis :

يقل إفراز العرق بالنسبة إلى الحد الطبيعي في الحالات ثنية :

- أمراض الغدد الصماوية (داء أديسون ، الذمة المخاطية ، الدنف ، البوالفة التفهة Diabets Insipidus) وقصور الكلية .
- الآفات العصبية المحيطية أو المركزية (متلازمة ADie ، متلازمة هورنر ، تصلب العديد ، إصابات الجبل الشوكي ، التهاب الأعصاب العديد بسبب الكحولية أو السكري والجذام) .
- الإصابات الميكانيكية للأقنية العرقية وذلك بالجلادات الالتهابية (صدف ، النخالية الحمراء الشعرية ، الفقاع ، الأحمريات بأسباب مختلفة ، التهاب الجلد التأتبي ، السعفة اليدوية والقدمية ، الدخنية ، والوهن المداري العرق) وخاصة عند البيض بعد الدخنية .
- الجلادات الوراثية (أدواء الأسماك) .
- الأدوية (الكيناكربين وذلك لتأثيرها المباشر على عنيبات الغدد) .
- التجفاف (الإسهال ، الصيام ، القيء) .

اللا عرقية Anhidrosis :

يشير هذا المصطلح إلى نقص كبير في إفراز الغدد العرقية كما في خلل تنسج الوريقة الظاهرة .

اللا عرقية مع نقص الأشعار Anhidrosis Hypotrichotica [كريست 1913 Christ] :

المترادفات : خلل التنسج المتعدد الأديمي الظاهري ، خلل تنسج الأديم الظاهر اللا عرق .

يورث المرض بصبغي صاغر مرتبط بالجنس ، حيث يوجد نقص في الغدد العرقية الناتجة . كما تنقص أيضاً الغدد العرقية المفترزة والغدد المخاطية في منطقة الجرى الأنفي البلعومي ونتيجة لذلك ، يحدث التهاب ملتحمه ، والتهاب بلعوم والتهاب أنف جاف (نتن الأنف Ozena) . ويلاحظ أيضاً نقص أشعار وشذوذات سنية (نقص الأسنان أو انعدامها) . ويفقد الجلد وظيفة التنظيم الحروري بسبب غياب إفراز العرق . ولهذا لا

يحتمل المريض الحر بشكل كبير ، ويصعب عليه العمل في أجواء الصيف الحارة فيصاب بالحمى ، وتسرع القلب ، وميل للإصابة بوهط دوري ، ومن العلامات المرافقة القحف المربع مع جبهة أولمبية ، وتباعد العينين Hypertelorism ، وأنف سرجي ، وأذان منتصبه Satyr Ears وتبارز الذقن والشفنتين ، واضطرابات في الجملة العصبية . ويكون الجلد متوسطاً والوسوف سماكية رقيقة وجافة . ويصاب الوجه بتوسع الشعيرات .

التشخيص التفريقي : خلل تصنع الأديم الظاهر العرضي ، الشياخ ، تبكل الجلد الخلقي .

المعالجة : عرضية فقط تنظيم الحرارة والعناية بالجلد .

الدخنيات Miliaria :

المترادفات : الحرارة الواخزة ، حمى التعرق ، التهاب الجلد المرق والموسف بارتفاع الحرارة ، حصاف (أبوقراط) .

التعريف : يؤدي انسداد القناة العرقية إلى إحصار العرق مع تشكل حطاطات حاككة ويحدث بسبب تأثير حراري .

الحدوث : شائعة في المناطق الإستوائية ، وخاصة عند غير المتأقلمين لهذا المناخ . ويتساوى الجنسين بالإصابة ، غير أنها تصيب الأطفال بشكل خاص . وفي أوروبا ، توهب الملابس الكتيفة المانعة للتبخر للإصابة بالدخنيات خلال الصيف ، وخاصة لدى الأطفال .

الإمراض : تنجم عن انسداد القنوات العرقية الناتجة .

وتصنف الدخنيات إلى الأشكال التالية حسب توضع الانسداد .

الدخنية البلورية Miliaria Crystallina (راجع الشكل ٣٠ - ٧) :

المترادفات : الدخنية البلورية Sudamina (روبنسون ١٨٨٤) .

الإمراض : يحدث الانسداد ضمن الطبقة المتقرنة ويمكن أن ينتج عن الأسباب التالية :

- تعرق شديد .
- جلاد التهابي مع خطل تفرن (التهاب جلد ضيائي ، التهاب جلد بالتاس) حيث يتحطم الالتفاف الحلزوني الأيمن للقناة داخل الطبقة المتقرنة .
- عوامل خارجية تعمل على ترسب البروتين ، إذ تغير هذه العوامل القرنين في الخلايا القرنية السطحية وبهذا تنسد مسام العرق (يمكن استعمال الفورمالين ، كلوتارالدهيد

أو حمض الخل ثلاثي الكلور) . وهذه الأسس تساعد بشكل جزئي في علاج فرط التعرق .

الموجودات السريرية : نادراً ما تشاهد اندفاعات المرض بسبب قصر مدة أعراضه . وتسببه عند الرضع والولدان الثياب الكثيرة والأخماج الحموية والتعرق (حمامات الساونا والتعرض للشمس) . تتظاهر الدخنية البلورية بحويصلات بقدر رأس الدبوس ، وهي متوترة ، شفافة ، ولا ترافقها تغيرات النهائية . سقوفها رقيقة جداً وتشبه قطرات العرق على الجلد ، وتتوضع على الجذع بشكل خاص . تنفجر الحويصلات عفواً أو بضغط الإصبع الخفيف ويتبع ذلك توسف خفيف ، ويستمر الاندفاع لساعات عدة ولا يحك عادة . (راجع الشكل ٣٠ - ٨) .

المعالجة : تجنب التعرق الشديد والثياب الكثيمة ، وتطبيق دهونات الزنك عند الضرورة .

الدخنية الحمراء والدخنية العميقة M. Rubra and M. Profunda :

المترادفات : الكلب الأحمر Red Dog ، الحزاز المداري ، الحرارة الواخزة .

الإمراض : تنجم عن انسداد القناة العرقية الانتهاية في البشرة وذلك في الدخنية الحمراء ، بينما يتم الانسداد في الجزء المستقيم من القناة أو في منطقة انتقالها إلى الأدمة الخليمية في الدخنية العميقة . ويؤدي احتباس العرق داخل القناة إلى ارتشاحه في الأنسجة المجاورة ، وقد يؤدي إلى تمزق القناة وإلى تفاعل التهابي . وتنجم هذه الأذية في نهايات الأوعية عن الأسباب التالية :

- حرارة مدارية مع رطوبة عالية ، ويؤدي ذلك إلى انتفاخ الطبقة المتقرنة وبالتالي إلى انسداد القنوات واحتباس العرق .
- ذيفانات جرثومية ، حيث تتكاثر الجراثيم على سطح الجلد مرافقة للآفة .
- أملاح معدنية ، منظفات سامة ، ووجود شوارد ثبت

بالتجربة أنها تلعب دوراً في الإمراض .

الموجودات السريرية : تشاهد هذه الحالة بشكل رئيسي في المناطق المدارية حيث التعرض الطويل للمناخ الحار والرطب . وفي المناخ المعتدل ، تحدث هذه الدخنية لدى العاملين في بيئة حارة ذات رطوبة عالية . وقد تصيب الذين يعانون من فرط تعرق محدث بالجهد . ويعاني الأطفال من فرط التعرق الناجم عن ارتفاع الحرارة تحت الحفاض ، وبذلك فقد يتعرضون للإصابة .

تتظاهر بمحطاطات صغيرة متناظرة في المناطق المستورة من الجسم ، وخاصة على الجذع ، (راجع الشكل ٣٠ - ٩) . ولا تصيب الوجه أو الذراعين أو الأخصين عادة . ويمكن أن تظهر في المناطق المذحية (الثنيات) وتصبح نازة وتصاب بالتقوي والتبثر . أما الأعراض الشخصية فهي الحككة وحسن الوخز والحرقان .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد حويصلات في الأدمة أو تحت البشرة مع رشاحة النهائية حول الأوعية العرقية .

السير : تظهر الآفة عند المسافرين إلى المناطق المدارية والحارة خلال أسابيع أو أشهر . وإذا ما كانت الدخنية الحمراء شديدة فقد ينجم عنها مشكلة التنظيم الحراري مع عدم تحمل واضح للحرارة . وقد يؤدي ذلك إلى صدمة حرارية بسبب التعرق الناجم عن احتباس العرق .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي مع الدخنية الحمراء الأمراض التالية : التهاب الجلد الجريبي ، التفاعل الدوائي الجريبي ، التهاب الجلد المتي الجريبي . علماً بأن الدخنيات ليس لها علاقة بالجربيات .

المعالجة : تجنب التعرق الشديد وذلك بالبقاء داخل البيوت المكيفة مع لبس ثياب خفيفة . ويمكن استعمال دهونات مجففة مثل محلول الزنك الكحولي أو المساحيق المجففة . ويمكن عند الضرورة اللجوء إلى العلاجات الموضعية المضادة للجراثيم لتجنب التقوي الثانوي .

الفصل الواحد والثلاثون

آفات الأشعار

Diseases of the Hair

د. نزار الدقر

تراجعت أهمية شعر الإنسان في التطور العرقي الوراثي ولم يتز له وظائف حيوية ليقوم بها . وعلى أي حال فإن الشعر في مَنطق متعددة من الجلد يقوم بحماية الجلد من أشعة الشمس (اختراق الشمس والسرطانات الجلدية لدى الصلع) ، ويقي من الحر والبرد ويزيد الحساسية لحس اللمس . هذا وإن العناية بأشعار الرأس والذقن ، حفظها وتمشيطها ، أمر هام جداً لأسباب جمالية واجتماعية . وكثيراً ما يُراجع الطبيب من أجل تبدلات تحصل في الأشعار سواء من ناحية النمو ، أو لفقدان لأشعار البقي أو المنتشر ، أو لتبدلات تطرأ على غمد الأشعار أو على لونها . ويمكن للتبدلات الصريحة التي تصيب الأشعار كفقدها الكامل وخاصة لدى النساء والأطفال ، فقد الحاجبين أو الهدبين ، أو فرط الأشعار الشديد ، أن تؤثر على العلاقات بين الأفراد ويمكن أن تؤدي لاضطرابات نفسية شديدة .

تطور الأشعار ، نموها وبنيتها

Development, Structure and Growth

: of the Hair

تطور الجريب وغره

: Development and Growth of the Follicle

منذ الأسبوع التاسع للحياة الجنينية تنمو من الطبقة القاعدية لبشرة خلايا ظهارية مشكلة مطارق الأشعار البدئية . أما حليلة الشعرة فتتولد بدءاً من النسيج الضام المتسلك والخلايا اللحمية المتوسطة Mesenchymal وأرومات الليف . يصل الخيل الظهاري إلى الحليلة ويتفخ مشكلاً بصلة تحتوي ضمنها الحليلة . وفي نفس الوقت ، تتكون الغدة الزهمية والعضلات الناصبة للأشعار . ولا يحدث تشكل لجريبات جديدة بعد الولادة .

يشمل الجريب الشعري المتطور بشكل كامل على كل من الظهارة والنسيج الضام . يغذي النسيج الضام الأشعار ويحوي على الأوعية الدموية والأعصاب ويشكل الحليلة الأدمية التي تتبدل باختلاف مراحل نمو الأشعار . ويتشكل أيضاً غمد

الشعرة من النسيج الضام . ويؤدي تخرب الحليلة إلى فقد أشعار غير عكوس . ويعتبر مطرق الشعرة Hair Matrix المجاور للحليلة القسم الظهاري الأهم من الجريب ، حيث أن تفرنه يعطينا مرة واحدة الأقسام الثلاثة من سقية الشعرة : اللب Medulla ، القشرة Cortex والجليدة Cuticle ، بالإضافة إلى الغمد الداخلي لجذر الشعرة . ويحتوي مطرق الشعرة أيضاً على الخلايا الملانية التي تعطي الأشعار لونها . ويمكن اعتبار تشكل الأشعار معادلاً لإفراز الغدة المنفرزة (Holoocrine Gland) . وهناك قسم ظهاري آخر من الجريب هو قناة الشعرة التي تسير من البشرة باتجاه العمق وتحوي الشعرة . وتعد قناة الشعرة شكلاً معدلاً من الثقران الظهاري السطحي متعدد الطبقات . وتسمى المنطقة التي تقع فوق فوهة انفتاح الغدة الزهمية بالقُمع Infundibulum ، وتحتها يقع البرزخ Isthmus والغمد الظهاري للجذر Epithelial Root Sheath .

شكليات الأشعار وكيمياءها

: Morphology and Chemistry of the Hair

يمكن التمييز شكلياً بين جذر الشعرة الموجود ضمن الجريب وبين سقية الشعرة ، الذي ينطلق حراً فوق سطح الجلد . وتحوي سقية الشعرة في الأشعار الثخينة على اللب ، المشكل من خلايا كبيرة متعددة الأضلاع . ويغيب اللب في الأشعار الرقيقة وأشعار الأطفال (الشعر الوري Vellus H.) . ويحيط باللب القشرة ، وهي مكونة من خلايا مغزلية طولانية تحوي صبغاً وقيراتيناً ، ونجد حولها الجليدة Cuticle والمكونة من خلايا متقرنة مرصوفة ومتراكبة كالقزميد أو كمخاريط الصنوبر ، يبلغ سمكها حوالي ٠,٤ μm ، وهي مسطحة أو محدبة وتغطي كامل الشعرة .

تتكون الأشعار كيميائياً من بروتين صلب هو القراتين أو القرنين Keratine ، والذي إذا قورن مع قراتين الجلد ، فإنه يحوي تركيزاً عالياً من السيستين (أكثر من ٢٠٪) . ويحوي جزئ القراتين الخطي على ارتباطات طويلة ومستعرضة ترتبط مع بعضها بواسطة جسور ثنائية الكبريت Disulfide وارتباطات ملحية وروابط هيدروجينية ، ويملك بذلك ثباتاً كيميائياً وآلياً كبيرين . ويمكن أن نغيز بالدراسة البنيوية المستدقة للقراتين الطولاني في قشرة الشعرة خيوطاً من الألياف قطرها ٨ نانومتر ملتفة بشكل حزم وملتصقة ببعضها بمادة لاصقة أليفة التناضح Osmophilic . وتكون الخيوط القراتينية الأدق لخلايا الجليدة مرتصة بشكل غير منتظم .

أنماط الشعر : Types of Hair

يستبدل الشعر الزغبي Lanugo Hair لدى الجنين قبل الولادة ، بشعر دقيق غير مصطبغ هو الشعر الوبري Vellus Hair . وحين البلوغ ، وتحت التأثير الهرموني ، تظهر أشعار أثخن وأكثر تصبغاً ، ومحتوية في العادة لباً هي الأشعار الانتهاية Terminal Hair للرأس والأهداب والحاجبين وأشعار الإبطين والعانة والأشعار على الحذع والأطراف .

تأثير الهرمونات على الأشعار :

إن الجريب الشعري الذي يعطي في المرحلة الجنينية الأشعار الزغبية ، هو نفسه الذي يعطي في الطفولة الأولى الأشعار الوبرية ، وعند الكهول الأشعار الانتهاية . وعندما يصلع الرجل مع تقدم العمر يحدث تبدل تراجمي يؤدي إلى تشكل شعر ويري من جديد . من ذلك يبدو أن جريب الأشعار يخضع لتأثير وراثي وآخر هرموني . وتلعب الأندروجينات دوراً رئيساً في تطور نمط الشعر . وغيز من وجهة نظر الغدد الصم ثلاث أنماط من الأشعار :

– الأشعار الجنسية (Sexual Hair) : ويخضع نمو هذه الأشعار لتركيز الأندروجين في المصورة . ويشكل الشعر الجنسي كل من الذقن ، وشعر أعلى مثلث العانة وحتى السرة ، والشعر في الأذنين .

– الأشعار في كلا الجنسين Ambisexual Hair : وترتبط هذه الأشعار بتركيز الأندروجين في المصورة كما يحصل بشكل سوي لدى النسوة الشابات . ويتواجد هذا الشعر في الإبطين وأسفل مثلث العانة لدى كل من الجنسين .

– الأشعار اللاجنسية Nonsexual Hair : وهو الشعر الذي لا يتحرض بالأندروجين ك شعر الأهداب والحاجبين . يتشكل الأندروجين (التستوسترون Testosterone) في الكظرين والمبيضين والنسيج الشحمي تحت الجلد عند النساء . أما عند الرجال فيتشكل أيضاً في الخصيتين . علاوة على ذلك قد يكون هناك تستوسترون خارج غدي أو قد يعطى كعلاج . وتنقل الأندروجينات إلى الدم بعد اتحادها مع بروتين ناقل يسمى الغلوبولين الرابط للهرمون الجنسي Sex Hormon Binding Globulin . وحين يبلغ التستوسترون هدفه ، خلايا رحم الشعر مثلاً ، فإنه يدخل إلى الخلايا متحولاً إلى دي هيدروتستسترون بواسطة ٥ ألفا – ريداكاز (5α – Reductase) الهولية . ويرتبط الذي هيدروتستسترون بمستقبلات هولية متقللاً بهذا الشكل إلى النواة . وفي نواة الخلية يغلب أن تتحد مستقبلات الأندروجين المعقدة بالدنا DNA عبر تحريض الرنا الرسول Messenger RNA مؤدياً

لتشكيل بروتينات خاصة .

والأندروجينات هي المسؤولة أيضاً لدى الذكور عن التحول التراجمي لنمط الشعر في الجبهة وإكليل الرأس مؤدية إلى الصلع . وتحت تأثير التركيز العالي للأندروجينات في مصل الدم يمكن ، وحتى النساء ، أن يصبن بالصلع (الخاصة الأندروجينية من النمط المذكور) .

دورة الأشعار Hair Cycle :

لا تنمو الأشعار بشكل مستمر كما في غو الأطفال ، وإنما لكل جريب ، وبشكل غير متواقت مع الجريبات الأخرى ، نظام دوري للنمو مع مراحل راحة ، وفي نهاية كل مرحلة راحة تسقط الشعرة ، وتبدأ مرحلة نمو جديدة لتشكل أشعاراً جديدة (راجع الشكل ٣١ : ١) .

– وغيز في دورة الأشعار المراحل (الأطوار) التالية :
أ – مرحلة النمو Anagen ، ب – مرحلة التراجع Catagen ، ج – مرحلة الراحة Telogen .

مرحلة النمو : إن جذر الشعرة ، بحريه الكامل التشكل ، يمتد عميقاً في الأدمة وفي النسيج الدهني تحت الجلد . وتشكل الشعرة مع لبها وقشرتها وجليدها وغمدتها الداخلي من النشاط التكاثري العالي والمستمر لخلايا مطرق Matrix الشعرة والتي تباشر انقساماً جديداً مرة كل ٢٤ ساعة . ويصبح الغمد الداخلي لجذر الشعرة هيالينياً ، ويتحلل على مستوى فوهة الغدة الزهمية . وإن الشعرة في مرحلة النمو تكون ملتصقة بشدة بجذر الشعرة ولا تسقط من نفسها ، ويكون نزاعها مؤلماً . وتؤدي مرحلة النمو إلى نمو الشعرة حوالي ٠,٣٥ ملم يومياً وتستمر حوالي ٣ – ٦ سنوات .

مرحلة التراجع أو المرحلة الانتقالية : وتستمر أياماً فقط ، وتشمل كل الحداثيات الشكلية التحضير لمرحلة الراحة ، يتوقف التكاثر فجأة ، وتتقرن البصلة ويقي فيها عدد قليل من خلايا ظهارية غير متميزة ، وتنتج نمو الأعلى باتجاه سطح الجلد .

مرحلة الراحة : خلال هذه المرحلة يكون الجريب متوضعاً مباشرة تحت فوهة الغدة الزهمية . ويحوي شعرة تشبه مضرب الطبل محاطة بكيس ظهاري . تستمر فترة الراحة في أشعار الفروة لدى الإنسان حوالي ٣ – ٤ شهور . وحين بدء دورة جديدة يعود الجريب إلى عمق الأدمة بانياً جذراً مشابهاً لشكل البصلة بدءاً من خيط من الخلايا اللاتمتميزة وبشكل شعرة جديدة . هذا ويمكن سحب الشعرة في مرحلة الراحة دون ألم . وفي نهاية هذه المرحلة فإن الشعرة تسقط من نفسها أو أثناء

التشيط . تعود كل الأشعار التي تسقط أثناء تشيط الشعر لهذه المرحلة . تتحدد دورة الأشعار وراثياً لكل جريب ، ولكل منطقة من مناطق الجسم . وحين نقل الجريبات من منطقة لأخرى (مثلاً من المنطقة القفوية إلى المنطقة الجبهية لدى الصلع) تبقى الأشعار محافظة على وتيرتها الأصلية (المعطي السائد) .

مخطط الأشعار (حالة جذر الشعرة) : Trichogram (Hair Root Status)

إن فترة كل مرحلة من مراحل (أطوار) دورة الشعرة والحالة الوظيفية لفروة الرأس ، كقدرة الأشعار على النمو ، تنعكس حسب النسبة بين الأشعار في مرحلة النمو والأشعار في مرحلتَي التراجع والراحة في أية منطقة من مناطق فروة الرأس . ويمكن معرفة المرحلة التي يتواجد فيها كل جريب ليس فقط بالدراسة النسيجية إنما وبكل بساطة بنزع الأشعار .

الطريقة : تُنزع خصلة من الشعر مكونة من ٥٠ - ٧٠ شعرة دفعة واحدة ، بشدة وبسرعة بواسطة ملقط شرايين ، من منطقة سبق تغطيتها بالمطاط . أما إذا نزع هذه الخصلة ببطء فإن النتائج تكون مضللة بإضافة أشعار حثلية كاذبة . إضافة لذلك يجب أن لا يكون قد تم غسل الشعر في فترة ٥ - ٧ أيام قبل الفحص وذلك لتجنب حدوث انكماش جذور الأشعار . توضع الأشعار المنزوعة مباشرة في علبة بتري تحوي قطنة مبللة لتفيد كغرفة رطبة ، وتوضع الأقسام الدانية من جذور الأشعار بين شريحتين زجاجيتين مع محلول ملحي فيزيولوجي ونلقي بالأقسام القاصية . كما ويمكن إجراء محضرات دائمة . وتفحص جذور الأشعار تحت مجهر ذو عينيّين أو بمجهر مشرّح Dissecting Microscope وتكبير ١٠ - ٣٠ K . ويمكن أن نيز الأنماط التالية للجذور الأشعار (راجع الشكل ٣١ : ٢) :

– أشعار مرحلة النمو : تنقسم الشعرة عادة أعلى بصليتها قبيدي منطقة نيرة بين المنطقة المتقرنة العتمة من سقية الشعرة والمنطقة العتمة المقابلة من بصيلة الشعرة . ويمكن أن نلاحظ أيضاً الغمد الداخلي والخارجي للجذر يحيط بالشعرة النامية ، إنما قد يغيب هذان الغمدان أيضاً .

– أشعار مرحلة التراجع : وتشبه في طورها الأول الأشعار الحثلية . أما في الطور الثاني والثالث فتأخذ شكل المضرب إنما تبقى محصورة ضمن غمد الجذر وتبدي مناطق متقرنة .

– أشعار مرحلة الراحة : هي أشعار تكون بشكل مضرب الطبل ، فاقدة لأغمد الجذر والمناطق المتقرنة ، وقد تكون جذورها بشكل مضرب الطبل ويغلفها كيس ظهاري .

– الأشعار الحثلية *Dystrophic Hairs* : تشاهد في ظروف

مرضية وتكون غميّة (رقيقة) دون غمد يغطي جذورها ، وتستدق نهايتها القاصية وتنقطع هناك ، ويختلف طول القسم المستدق حسب زمن وشدة العامل المخرب .

مخطط الأشعار السويّ : بشكل اعتيادي تكون ٨٥٪ من أصل ١٠٠,٠٠٠ شعرة في فروة الرأس في مرحلة النمو ، ٥,٠ - ١٪ في مرحلة التراجع و ١٥٪ في مرحلة الراحة . وتختلف نسب هذه الأشعار بشدة في الحالات المرضية . وإن الفقد اليومي لحوالي ٧٠ - ١٠٠ شعرة من أشعار مرحلة الراحة هو أمر فيزيولوجي .

تبدلات سقية الشعرة

: Changes in the Hair Shaft

تأذي الأشعار من منشأ خارجي :

إن تأذي الأشعار من منشأ آلي يصيب الجلدية خاصة . وينجم بسبب استعمال الفرشاة أو التشيط أو الغسل المتكرر بمنظفات تحمل الدهن بشدة (الغسل الاعتيادي هو مرة كل ٢ - ٥ أيام) كل هذا قد يخلص الأشعار من موادها الدهنية ومن محتوياتها المنحلة في الماء مؤدياً إلى زيادة هشاشة الأشعار ونقص لمعانها وإلى انشطار طولاني في نهايتها الحرّة . وإن الطرق المستعملة لصبغ الشعر ، أو إزالة لونه ، أو لإحداث تجميدات دائمة ، يمكن أن تؤدي إلى تأثير البنية الشكلية والكيميائية للأشعار ، وخاصة إذا لم تطبق هذه الوسائل بشكلها الصحيح (راجع الشكل ٣١ - ٣) .

صبغ الشعر وإزالة لونه : يستعمل لصبغ الشعر الأصبغة المعدنية أو النباتية أو أصبغة الأنيلين . وإذا تكررت كثيراً فإنه يحدث تأذي في سقية الشعرة . وتجرى إزالة اللون بفوق الأكاسيد مثل فوق أكسيد الهيدروجين بتركيز ١٠٪ في محلول قلوي ، مما يؤدي إلى تأكسد الميلانين في الأشعار ومن ثم إلى مركب عديم اللون ، وتنكمش الحبيبات وتنحل . وإضافة لتأثير العملية على الصباغ فإن الجسور ثنائية السولفيد في القرأتين تنشط وتؤكسد ، هذه الجسور ذات الأهمية في ثبات الأشعار .

التبدلات في شكل الأشعار :

التبدلات المؤقتة : وهي تبدلات يمكن أن تحصل إذا عومل الشعر الرطب باللفافات الحارّة ، أو برهيات الأشعار أو بإرذاذاته ويحصل على موجات الأشعار أيضاً باستعمال ملاقط التجعيد . وفي كل هذه الحالات لا تحدث تبدلات رئيسية في الأشعار .

تجعيد الشعر الدائم : حلت الطريقة الحديثة بالتجعيد البارد

مظاهر سريرية خاصة : Special Clinical Pictures

تقصف الشعر العقد *Trichorrhexis Nodosa* [Wilson : ١٨٤٩]

التعريف : تُبدي الأشعار عقيدات محددة يمكن رؤيتها مجهرياً كبؤر متكسرة ومشعنة مشابهة لأسنان الفرشاة ، وتتكسر الأشعار بسهولة في هذه النقاط .

ولا يمكن اعتبار تقصف الشعر العقد كافة محددة واضحة بل كمظهر لتأثيرات خارجية وداخلية معمة أو موضعة ، ولادية (تقصف الشعر العقد الولادي) أو مكتسبة . وقد وصفت حالات مفردة من تقصف الشعر العقد الولادي سببه اضطراب في استقلاب الحموض الأمينية ويزداد فيها إفراز حمض سوكسينيك الأرجنين في البول . أما تقصف الشعر العقد الذي يصيب بعض الأشعار فقط فينجم غالباً عن أذية خارجية تصيب الأشعار .

الموجودات السريرية : تكون الأشعار متقصفة على علو عدة ستمترات فوق سطح الجلد ، ويكون الشعر خشناً فاقداً بريقه . وفي الحالات الولادية يستحيل تنشيط شعر هؤلاء الأطفال (شعر غير قابل للتنشيط) ، ويكون له مظهر القش ويكون كإمد اللون (راجع الشكل ٣١ - ٥) .

أشكال خاصة : حثل الأشعار الكيريني *Trichothiodystrophy* تقصف الأشعار في هذا الشكل يقع مكان وجود العقد كما في تقصف الأشعار العقد . ويحدث في هذه الآفة عدم انتظام في محيط سقية الشعرة والجلدية ، وتكون نسبة الكيريت في الأشعار متناقصة بشدة . قد ينتقل هذا الاضطراب وراثياً بالصبغي الجسدي السائد ويتوافق مع تأخر في النمو واضطرابات نفسية ، ونقص في الذكاء ، ونقص الخصوبة عند الرجال .

التشخيص : تشخيص الآفة بسهولة بالمجهر الضوئي وتحت التكبير الضعيف . ويبدو الشعر في مكان العقد وكأن فرشتين أدخلتا ببعضهما . والمنظر بالمجهر الإلكتروني معبر عن ذلك تماماً .

المعالجة : إذا كان السبب خارجياً فيجب تجنب الإفراط في تصفيف الشعر ، وتطبيق المستحضرات الزيتية .

تقصف الأشعار المنغلف *Trichorrhexis Invaginata* [Netherton : ١٩٥٨]

الملاحظات : الشعر الخيزراني ، الأحمري سماكية الشكل الولادية *Erythrodermia Ichthysiformis Congenita* ، متلازمة

(راجع الشكل ٣١ - ٤) . محل الطريقة القديمة بالتجميد الحار . ويقوم مبدأ التجميد البارد على كسر الجسور ثنائية السولفيد وإعادة وصلها من جديد بعد ذلك . والأسهل حل أملاح الوصل أو الروابط الهدروجينية بين جزيئات القراتين (القرنين) الخيطية في الأشعار . ويتم تحويل الجسور ثنائية السولفيد إلى مجموعات سلفيدريلية باستعمال محلول تيوجلوكولات الأمونيوم بنسبة ٨٪ ، باهاء (pH ٩,٥) وبدرجة ٣٧° مئوية (المحلول المظهر *Developing Solution*) ، فيوضع الشعر في الشكل المطلوب ويثبت في شكله الجديد بإعادة أكسدة المجموعات السولفيدريلية من جديد بفوق أكسيد الهدروجين ٥,٥ - ٢,٥٪ (المحلول المثبت *Fixing Solution*) . تعدل بعد ذلك المواد القلوية الباقية بمحضر عضوي خفيف . وقد تؤدي هذه الطرق الكيميائية التي تصيب بنية الأشعار إلى حدوث تآذي فيها . وإذا كان التركيز عالياً ، والباهاء قلوياً بشدة ، أو إذا ترك لفترة طويلة ، فإن تآذياً شديداً في الأشعار قد يحدث ، وقد يؤدي إلى فقدان كامل لكل الأشعار المعالجة وذلك بتقصفها . وحتى التجميد البارد ، يمكن لدى الأشخاص مفرطي الحساسية ، وخاصة ذوي الشعر الأشقر الناعم ، أن يؤدي إلى تخرب في سقية الشعرة . وإذا حصل مثل هذا التآذي فيمكن للمريض أن يراجع الطبيب طالباً العون أو الخيرة في حال الادعاء بطلب تعويض .

وإذا لم تصب الفروة بحالة النهاية فلن يكون هناك تآذي في جذور الأشعار ، وتكون كل التبدلات عكوسة حيث يمكن للشعر أن ينمو من جديد . وإضافة لما يحدث من تخرب في الأشعار ، فإن المواد المستعملة في الصباغ وإزالة اللون والتجميد الدائم ، قد تسبب التهابات أرجية انسيامية حادة في جلد الفروة (التهاب جلد تماشّي أرجي أو انسيامي) وذلك إذا لم تطبق حسب التعليمات .

تشخيص التبدلات في سقية الشعرة :

إنّ العلامات السريرية لتآذي الأشعار بسبب خارجي هي : الجفاف ، نقص اللعان ، هشاشة غير طبيعية (تكسر الأشعار *Trichoclasia*) ، الانشطار الطولي في النهاية الحرة للأشعار (انشطار الأشعار *Trichoptilosis*) . وأخيراً قد تأخذ الأشعار شكل الفرشاة . وإن التبدلات الملاحظة في سقية الشعرة تحت المجهر الضوئي وتكبير ضعيف هي على الخصوص التوضع غير المنتظم وانشطار خلايا الجلدية . وقد ثبت أن دراسة سقية الشعرة بالمجهر الإلكتروني الماسح هو مفيد أيضاً . وتجلّي أذيات التجميد الدائم بانكماش سقية الشعرة وتسنتها بما يشبه جذع الشجرة وتخرّب خلايا الجلدية .

تقصف لأشعار ، السّمك الخطي المتعطف (Comél) .

التعريف : هذه التظاهرة إحدى علامات متلازمة Netherton الوراثية ونحي قد تنتقل بالصبغي الجسدي الصاغر . ويكون لشعر مبعثراً ، جافاً ، هشاً ، يشبه مجهرياً قضيب الخيزران . ومثابهاً لنظر تقصف الشعر العقد . ويلاحظ انغلاق في منطقة العقد ولا ينمو الشعر عادة لأكثر من ٣ - ٤ سم . يلاحظ زيادة في طرح حمض سوكمينيك الأرجنتين (Succinic Arginin Acid) في البول .

المعالجة : غير متوفرة .

تعقد الأشعار Trichonodosis :

[Michelson : ١٨٨٤]

التعريف : تكون الأشعار مضمفورة بشكل حلقات ، وعادة لا يكون الشعر مجعداً .

الإمراض : تنجم هذه الآفة عن عدم العناية بتمشيط الشعر أو بسبب الجلادات الحادة التي تصيب القروة .

الشعر الحلقي Pili Annulati : [Karsch : ١٨٤٦]

مرادفات : الشعر الطوقي (Ringed Hair) (راجع الشكل ٣١ : ٥ - ب) .

التعريف : تبدي الأشعار المصابة تناوب شرائط نيرة وأخرى داكنة بطول ١ - ٣ ملم على طول الشعرة والسبب الظاهر شرائط النيرة زيادة انعكاس النور بسبب كمية الهواء غير الطبيعية الموجودة في اللب . ويمكن أن يكون هناك تناوباً في شدة التصبغ في لب الشعرة . الازعاج التزويقي خفيف . والمعالجة غير ممكنة .

السيئات : لا يعرف سبب لهذا الاضطراب النادر ، وقد وصف تكرار الحدوث العائلي .

الشعر المنفصل (الشعر المتلوي) Pili Torti : [شولتز

[Schultz : ١٩٠٠]

مرادفات : الشعر المبروم .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٣١ : ٥ - د) يصادف الشعر المنفصل (المتلوي) في الطفولة الباكرة وتكون الأشعار ملساء ملتوية بشكل حلزوني حول محورها الطولي ، وتبدو بشكل متناوب ، قسم دقيق وقسم ثخين ، ربما بسبب انعكاس النور ، رغم أن ثخانة ولون الشعر هو نفسه على طول الشعرة . وتكون الأشعار هشة وقد تحصل حاصة في بعض الحالات . وأكثر ما يصاب الصبيان والبنات ذوي الشعر الأشقر ، وقد تحسنت بعض الحالات عند البلوغ .

الإمراض : يتداخل في إحداث الآفة عامل آلي بسبب مداخلات الحلاقين وعامل وراثي . وقد وصفت حالات وراثية بالصبغي الجسدي السائد . وقد تشارك أحياناً مع اضطرابات أخرى تصيب ميناء الأسنان والأظفار واضطرابات في سقية الشعرة ، وقد ترافق مع تأخر عقلي وصمم في الأذن الداخلية (متلازمة Bjornstad : ١٩٦٥ ومتلازمة Crandall) .

المعالجة : لا تعرف أية معالجة ، ويجب الامتناع عن تزيينات الأشعار العنيفة ويوصى بالشعر المستعار في الحالات الشديدة .

الشعر المنفصل (المتلوي) مع عوز النحاس Pili Torti with Copper Deficiency : [منسكس Menkes وزملاؤه ١٩٦٢]

المرادفات : الخشل الشعري السنجالي Trichopoliodystrophy ، متلازمة Menkes ، داء الشعر المتلوي .

التعريف : متلازمة تورث بالصبغي الصاغر المرتبط بالجنس وتميز بوجود آفة عصبية تنكسية مترقية ناجمة عن عدم قابلية الأمعاء لامتصاص النحاس وعدم قابلية نقله عبر النسيج وتبدأ في عمر من ٥ أسابيع وحتى ٥ شهور .

الموجودات السريرية : في هذا الشكل من الشعر المنفصل (المتلوي) يكون شعر القروة ناقص الصباغ ، هشاً ، فاقد اللمعان ، وباللمس يعطي مظهر الصوف الزجاجي Glass Wool ، ويصاب الحاجبان أيضاً . وعلاوة على ذلك ، يكون هناك تأخر نفسي حركي ، ومعض Cramp ، واضطرابات في النمو وتبدلات في العظام مشابهة للبشع Scurvy مع زيادة في تعرجات الشرايين وتواجد أمهات دم فيها .

الإنذار : لا يمكن التأثير على الخلل المركزي في فعالية الإنظيمات المتعلقة بالنحاس والمسؤول عن كل الأعراض . ويموت هؤلاء الأطفال عادة في السنة الرابعة أو الخامسة من العمر .

التشخيص : نقص غير طبيعي في مستوى النحاس والسيرولوبلازمين Ceruloplasmin في المصل .

المعالجة : محاولة إعطاء بديل النحاس .

متلازمة الشعر غير القابل للتمشيط Uncombable Hair Syndrome : [Dupré, Rochiccioli و Bonafé : ١٩٧٣]

المرادفات : الشعر غير القابل للتمشيط .

التعريف : متلازمة وراثية تتميز بما يعرف بالشعر الأخدودي (Grooved Hair) ، حيث يكون المقطع العرضي للشعرة مثلياً ، أو بيضوي ، أو كلوي الشكل . يشكو بعض المرضى

أيضاً من الشعر المنفتل أو من حاصة مترقية غير ضمورية ، ومن إكزيمة تأبئية ومن أورام عايّة Hamartomas .

الحدوث : نادر جداً وربما وراثي ينتقل بالصبغي الجسدي السائد .

الإمراض : عيب وراثي في الأديم الظاهر . لا توجد علاقة بين هذه المتلازمة وبين الاضطرابات الأخرى كالأشعار المنفتلة أو متلازمة Menkes . وتحدث تبدلات مشابهة في نقص الأشعار الولادي الوراثي .

الموجودات السريرية : يكون شعر الرأس منذ الولادة خشناً وغير قابل للتمشيط يترافق غالباً مع نقص أشعار معمم ورقة في أشعار الحاجبين والأهداب ، وفي مرحلة متأخرة خفة في أشعار الإبطين والعانة . يكون الشعر عادة أشقر اللون جافاً متجعداً ، وقاسياً وخشن الملمس (راجع الشكل ٣١ - ٦) ينتصب على الفروة دون نظام ، ولا يمكن تمشيطه أو إخضاعه بالفرشاة ، والتحسين ممكن مع مرور الزمن .

وبالمجهر الالكتروني يلاحظ أخذود أو أكثر على طول الشعرة ، ويكون مقطع الشعرة العرضي غير مدور بل كلوي الشكل ، يبيضي أو زاوي (الشعر الأخدودي Pili Canaliculi) . وربما تتوافق هذه الموجودات مع الاضطراب الذي وصفه Stroud و Mehregan عام ١٩٧٤ باسم الشعر الزجاجي المغزول .

التشخيص التفريقي : يميز عن الشعر الصوفي ، والأشعار المنفتلة ، ومتلازمة Menkes ، وتقصف الشعر العقد الولادي والشعر الزجاجي المغزول .

المعالجة : غير ممكنة ويمكن استخدام المستحضرات الزيتية .

الشعر السُّبُحِي Monilethrix :

المترادفات : الشعر ذو الشكل المغزلي ، لا تنسج الأشعار المتقطع Aplasia Pilorum Intermittens .

التعريف : تبدي غالبية الأشعار وعلى مسافات أقل من ١ ملم تضيقات فاتحة اللون وانتفاخات أعمق .

الحدوث : آفة تورث بالصبغي الجسدي السائد ذات نفوذية عالية High Penetrance وتعبيرات متغيرة .

الإمراض : الآلية الإمراضية مجهولة ، بنية الجريب النسجية ، والكيميا - نسجية طبيعية ، تتناوب أطوار من زيادة تشكل الشعر في مرحلة النمو (مغازل) مع نقص في تشكل سقية الشعرة (التضيقات) .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٣١ - ٧) : تنكسر

الشعرة من مكان التضيق قرب جلد فروة الرأس معطية مظهر بقايا شعرية ، وتبدو الأشعار قصيرة جداً وكأنها محترقة وقد تنحصر الأشعار المشوهة ضمن الجريب مؤدية إلى ظهور عقيدات بحجم رأس الدبوس ، لونها أحمر كاللحم النيء معطية للجلد مظهر جلد الأوز .

المعالجة : لا يوجد علاج فعال ويوصى بوضع الشعر المستعار .

الشعر الصوفي Woolly Hair : [Gossage : ١٩٠٨]

الشعر المجعد الصوفي شبيه بشعر الزوج ونادراً ما يشاهد لدى البيض كتغير عائلي ويرتبط وراثياً بالصبغي الجسدي السائد .

وحمة الشعر الصوفي Woolly Hair Nevus :

وهو تعبير يستعمل لوصف بؤر محددة في فروة الرأس يكون الشعر فيها مجعداً كما هو لدى السود ، وتظهر عادة لدى اليفعان وغالباً ما تكون مترقية .

الأشعار الراجعة Pili Recurvati :

وتشاهد خاصة لدى السود ذوي الشعر الأجدد ، حيث تشاهد بعض الأشعار في الذقن وفي منطقة الفك السفلي والرقبة ، تنمو خارجة من فوهة الجريب بشكل منحني وتؤدي زاوية الانحناء بشكل يجعلها تعود للجلد من جديد . ومن نتائج هذه الظاهرة حدوث تفاعل التهابي لجسم أجنبي والذي يعرف باسم التهاب جريبات أشعار اللحية الكاذب Pseudofolliculitis Barbae (راجع الفصل : ٤) .

الأشعار الملتفة Rolled Hair :

المترادفات : كيسات الأشعار الملتفة .

ويشاهد هذا العيب غير الضار في أسفل البطن وخاصة عند البدنين ، كما يتوضع على الظهر وعلى المناطق الباسطة للأطراف حيث تنسد فوهات الجريبات بسدادة قرنية وتلتف الأشعار كالحلزونات تحت الطبقة المتقرنة . ويمكن أن تعالج كمعالجة الأمراض المرافقة كالسماك والتقران الجريبي . تشاهد الأشعار الملتفة أيضاً لدى الكبار دون وجود اضطراب تفران صريح (راجع الشكل ٣١ - ٨) .

شذوذات سقية الشعرة في الاضطرابات الاستقلابية

Anomalies of the Hair Shaft in Metabolic Disorders :

تشاهد أشعار رقيقة مبعثرة وهشة في حالات سوء الامتصاص وفي متلازمات نقص التغذية والدنف ، وفي التأثيرات السمية على رحم الشعرة ، وكعرض مرافق في الاضطرابات الاستقلابية الولادية كما في ييلة الفينيل كيتون

Phenylketonuria ، وفي متلازمة حمض سوكمسينيك
فأرجنين ، وفي متلازمة شدياق هيكاشي
Chédiak – Higashi (خلل في استقلاب التريوفان) ،
وحى الكهول المصابين بمتلازمة هرلر Hurler (خلل في
غلاب عديدات السكريد المخاطية) ، وفي متلازمة الأشعار
ستوية (Menkes) تلاحظ أشعار نموذجية مبعثرة شاحبة
ومتجعدة ، وخاصة حينما يكون هناك خلل متواتق في
غلاب النحاس وفي تركيب الحموض الدسمة في المادة
لنحائية من الجهاز العصبي المركزي . وتشاهد كذلك أشعار
رقيفة نخيلة جافة فاقدة لللمعان في حالات قصور الدرقية
ولوذمة المخاطية وفي حالات القصور عديد الغدد .

تبدلات لون الشعر

: Changes in Hair Color

إن لون الشعر يأتي من البنية الكيميائية للملانين
(Eumelanin and Pheomelanin) إذ يختلف عدد وحجم
وتوزع حبيبات الملانين في سقبة الشعرة ، وغالباً ما يتأثر كل
من هذه العوامل بمورثات متعددة . وقد يكون خلل تلون
لأشعار ولادياً أو ناجماً عن عوامل داخلية وخارجية .

تغير الألوان Heterochromia :

وهي ظهور ألوان متعددة للشعر لدى نفس الشخص . وإن
اختلاف اللون بين شعر الرأس وشعر الذقن أو الجسد هو أمر
شائع . وينجم وجود خصل داكنة اللون بين الشعر الأشقر عن
وحمة صباغية . أما وجود خصل متعددة الألوان فقد تكون
وراثية أو علامة لمزيج جسدية Somatic Mosaic إذا لم تكن
ناجمة عن صبغ خصل من الشعر .

المهق Albinism :

المهق الشامل هو آفة وراثية ولادية صاغرة . وينتج عن
عيب في تركيب الملانين (عوز التيروزيناز) . وينقص الملانين
في كل من البشرة ، القرنية ، المشيمية وفي كل الأشعار ، والتي
تسبب فاقدة اللون ، بيضاء ، أو بيضاء مصفرة (راجع الفصل
٢٦) . وفي الحالات العائلية الأكثر شيوعاً نشاهد المهق الجزئي
Partial Albinism أو Piebaldism حيث نلاحظ على
نخوة بؤراً من الشعر الأبيض تأخذ غالباً شكل مثلث أبيض
قرب منتصف الجهة (الخصلة البيضاء) ، وتنجم عن عدم
تشكل الملانين في الخلايا الملانية .

الشيب المبكر الموضع Poliosis :

التعريف : نقص تصبغ موضع في مناطق معينة من الشعر
(راجع الشكل ٣١ - ٩) .

الموجودات السريرية : تحدث هذه الآفة في البهاق ، وفي
متلازمة فوكت - كوياناغجي Vogt - Koyanagi وفي
التصلب الحدبي ، وأحياناً في الليفومات العصبية على الفروة
المشاهدة في داء ريكلنفهاون ، وبعد تحرب الخلايا الملانية
بآليات النهاية : حين عودة نبت الأشعار في الثعلبة أو بعد الحلا
النطاقي أو بعد المعالجة بالأشعة السينية .

المعالجة : غير ممكنة وفي حالات الضرورة يمكن اللجوء إلى
صبغ الأشعار .

الشيب Canities :

هو ابيضاض الشعر الفيزيولوجي أو أخذه اللون الرمادي
بشكل متري ودائم .

الإمراض : لا يتحول لون الأشعار إلى الرمادي بالمعنى الحرفي
للكلمة ، كما أنه ليس ناجماً عن فقاعات هوائية في الأشعار ، بل
إن ما يوحي باللون الرمادي هو اختلاط الشعر الأبيض
بالأشعار ذات اللون الاعتيادي أو الأشعار ناقصة الصباغ . في
البداية يتوقف عمل التيروزيناز في جذور الأشعار . وهناك
علامات واضحة في المجهر الإلكتروني تدل على تنكس الخلايا
الملانية . وفي مرحلة متأخرة تزول الخلايا الملانية تماماً ولا نجد
حبيبات ملانية في جذور الأشعار ، وبمعنى آخر ، تبقى الأشعار
التي تتحول إلى اللون الأبيض سليمة . وهذا وإن القليل من الناس
يحافظون على لون شعرهم حتى سنّ متقدمة من العمر .

الشيب الفيزيولوجي : يبدأ عادة حوالي سن ٣٠ - ٤٠ سنة
من الصدغين منتشراً إلى إكليل الشعر وأخيراً إلى القسم الخلفي
من الرأس . وقد تتحول أشعار اللحية لدى الرجال إلى اللون
الرمادي باكراً . بينما تأخذ أشعار العانة والإبطيين والحاجبين
اللون الرمادي بشكل متأخر ، وأخيراً وفي سنّ متقدمة يصبح
الشعر الرمادي أبيض . وهناك اختلافات فردية كبيرة في سرعة
شيب الشعر ، وشوهدت ، بشكل نادر جداً ، عودة تصبغ
الشعر العفوي في داء أديسون أو في البرفيرية .

المعالجة : استعمال صبغة الأشعار في حالة الضرورة . وقد ثبت
أن الحمض البانتوتيني المعروف بتأثيره المضاد للشيب لدى
القوارض عديم الفعالية عند الإنسان .

الشيب المبكر : C.Praecox يسمى الشيب مبكراً إذا بدأ
تحول لون الأشعار للون الأبيض لدى اليافع . وفي العرق

شذوذات نمو الأشعار

: Abnormalities of Hair Growth

فرط الأشعار : زيادة في نمو الأشعار مع تحول الشعر الوبري الناعم ، عديم اللون ، القصير ، عديم اللب ، إلى أشعار مصطبغة ثخينة وبطول الأشعار الانتهاية المحتوية على لب . ويختلف طراز الشعر ونموه وتوزعه بين فرد وآخر حسب العوامل الوراثية ، والعمر والجنس والعرق ولذلك فإن الحدود بين فرط الأشعار المرضي ونمو الأشعار السوي ليس محددًا دائماً . وفرط الأشعار أسباب متنوعة ، وقد يكون معممًا أو موضعيًا . وتحصل كثافة نمو الشعر لدى الشبان وبشكل أندر لدى الشابات ، وغالبًا ما تكون عائلية وقد تكون وراثية دون إمكانية الكشف عن وجود اضطرابات هرمونية . لا تلعب الأندروجينات الدور الرئيسي ، ومن المهم أخذ قصة سريرية واضحة .

الزيب أو الشعرانية *Hirsutism* : هي ثخانة وقوة مرضية تصيب الأشعار والتي تتميز بطراز نمو ذكري تحت تأثير الأندروجينات وذلك لدى النساء والأطفال . تشاهد هذه الأشعار فوق الشفة العليا وفي الذقن والخصدين والصدر والخط الأبيض على البطن وأعلى مثلث العانة ، وفي الوركين والإبطيين . يتحرض الزيب بالأندروجينات سواء بزيادتها أو بزيادة حساسية الجريب الشعري لها .

الاسترجال *Virilism* : ويكون لدى المريضة ، علاوة على الزيب ، تذكير في أعضاء أخرى كالحصى من النمط الذكري المرتبطة بالأندروجينات ، وزيادة المث ، وغلظ الصوت ، وضمور الثديين ، وضخامة البظر ، وتذكير في شكل الجسم وانعدام الطمث . ويتم الاسترجال دوماً نتيجة تناول الأندروجينات أو عن زيادة تشكلها .

فرط الأشعار *Hypertrichoses* :

فرط الأشعار الزغبية : (المرادفات : فرط الأشعار الزغبية الولادي ، الشعر الثابت الزغبى لينكوس *Pinkus* ، فرط الأشعار الزغبية المعمم ، فرط الأشعار المعمم) . وتشمل حالات نادرة جداً ، وراثية أحياناً ، على نمو الأشعار الواسع حيث يبدو زغب كثيف أبيض اللون ، ودون لب ، وأحياناً بطول عدة سنتيمترات . وفي الحالات الشديدة يغطي هذا الزغب كامل الجسد بما في ذلك الوجه والذي يغطي بالوبر كالفراء ، لا يوجد علاج معروف .

فرط الأشعار الزغبية الكسبي *Hypertrichosis Lanuginosa Acquisita* : يلاحظ بشكل نادر جداً ، فرط

الأبيض يمكن أن تشيب الأشعار قبل سن العشرين ، ولدى السود قبل سن الثلاثين . ويمكن للشيب المبكر أن يكون عائلياً . وقد يكون الشيب أحد أعراض المتلازمات النادرة كمتلازمة *Böök* (١٩٤٩) : وتترافق مع فرط تعرق وشذوذات في الأسنان) . وفي الشياخ *Progeria* ومتلازمة *Werner* أو متلازمة روثموند *Rothmund* .

الشيب العرضي *Canities Symptomtica* : ذكر التحول السريع للون الشعر إلى اللون الرمادي بعد الحميات الحادة وفي الاضطرابات الغذائية الوخيمة (فرط الدرقية) ، وفي سوء التغذية ، وفقر الدم الويل ، وكذلك في سياق الأورام الخبيثة ، كما قد تحدث بشكل مفاجئ في حالات من الشدة الانفعالية (موت عزيز) . وقد ذكر تحول الشعر للون الأبيض خلال ليلة أو خلال بضعة أيام وقد وصف ذلك بشكل مقنع ، وقد يكون السبب هو السقوط المفاجئ للشعر الأسود والذي يكون أشد تأثراً تجاه العامل المسبب كما في الثعلبة (المنتشرة) ذات البدء الفجائي بينما تبقى الأشعار البيضاء أو الرمادية ثابتة في مكانها .

الشيب المحدث بالأدوية : قد تنمو الأشعار بلون أفتح بعد المعالجة بمضادات البرداء (الكلوروكين) لفترات طويلة . وقد شوهدت حوادث لدى ذوي الشعر الأشقر والأحمر وليس عند ذوي الشعر الداكن ، وعدا ذلك يندر أن تؤثر الأدوية المأخوذة داخلاً على لون الشعر (*Tripuranol* ، *Mephenesin*) .

تبدل لون الأشعار من منشأ خارجي

: Exogenous Heterochromia

من المعروف أن المعالجات التزويقية قد تستعمل لتغيير لون الشعر . إذ من الممكن إجراء الصبغ المؤقت أو الدائم . وإن محاولة إزالة اللون بعد صبغ الشعر عن طريق الخطأ أو بسبب تغيير الرأي قد تحرق الأشعار . ويمكن أن يتلون الشعر الأبيض باللون الأصفر أو البني بسبب دخان السجائر . كما أن النحاس يمكن أن يلون الشعر باللون الأخضر (راجع الشكل ٣١ - ١٠) . ويلون الكوبالت وصبغ النيل *Indigo* الأشعار باللون الأزرق ، بينما يلون الحمض البكري *Picric* الأشعار باللون الأصفر عند العمال الصناعيين . ويمكن لبعض العلاجات الموضعية أن تغير لون الأشعار : كالريزورسين والأنترالين (ديترانول) والشامبو الحاوي على أملاح الكاديوم .

وقد يحصل تبدل اللون بسبب الصباغ الذي تفرزه بعض المتعضيات الصغيرة كما في البصرة *Piedra* أو الفطار الشعري الإبطي *Trichomycosis Axillaris* .

المهرمون (غير المرتبط بالبروتين) . وإن الحساسية الفردية لكل جريب والمحددة وراثياً تلعب دوراً هاماً . ويمكن أن نميز للزرب أشكالاً حسب السبب (المجلدول ٣١ - ١) . (راجع الشكلين ٣١ - ١١ و ٣١ - ١٢) .

المجلدول ٣١ - ١ : أشكال الزرب (الشعرانية) Hirsutism

الزرب الفامض أو الأساسي Idiopathic Hirsutism

الزرب العرضي Symptomatic Hirsutism :

- كظري : فرط تنسج كظري ولادي (المتلازمة الكظرية التناسلية) .

الغُدومات المفرزة للأندروجينات .

سرطانة قشر الكظر .

- مبيضي : المبيض متعدد الكيسات Polycystic Ovarian .

الأورام المفرزة للأندروجين .

متلازمة فرط البرولاكتين الدموي مع قصور القند .

الورم اللوتيني المذكر في الحمل .

ضخامة النهايات Acromegaly .

- الأشكال الخنثوية Intersexual Forms

خلل تكوّن القند .

الخنثوة المؤنثة الكاذبة

الزرب المحرض بالأدوية :

الأندروجينات ، مشتقات البروجسترون (مشتقات ١٩ -

نورتسترون والدانازول) ، الستيرويدات القشرية السكرية

و A.C.T.H. ، الأدوية غير الستيرويدية (Diphenylhydantoin ،

Diazoxide ، هكزاكلوروبنزين ، البنسيلامين ، مينو كسيديل) .

أسباب متفرقة :

القمة العصالي ، البرفيرية ، الآفات العصبية .

الزرب العرضي Symptomatic Hirsutism : وينجم عن

أسباب مبيضية أو كظرية أو نخامية أو مواكبة لورم خبيث .

فمن أسباب ارتفاع مستوى الأندروجينات هي الأورام المولدة

للأندروجين السليمة والخبيثة ، سواء كانت في الكظرين أو

المبيضين ، وفي متلازمة كوشينغ ، أو المتلازمة الكظرية

التناسلية الولادية ، أو بعد البلوغ وحالات الخنثوة

Intersexual كالخنثوة الأنثوية الكاذبة ، وخلل تكوّن القند .

وتوجد في متلازمة Stein - Leventhal مبايض متعددة

الكيسات مترافقة مع انعدام الطمث وارتفاع مستوى

الأندروجينات في الدم مع نسبة سوية أو مرتفعة قليلاً لإفراغ

(١٧ - كيتوستيروئيد) . ويبدو أن الزرب من منشأ مبيضي

هو أكثر شيوعاً من الزرب من منشأ كظري .

الزرب المحرض بالأدوية Drug - Induced Hirsutism :

شعر كسي كمتلازمة مواكبة للأورام ، وتبدو عادة في حالة لمرحلة الأعضاء الداخلية الانتقالية (متلازمة Herzberg - Gebauer - Potjan ١٩٦٩) .

فرط الأشعار الوحائي : فرط الأشعار المتوضع على وحات عية لغلایا هو شائع وكذلك في وحة بيكر Becker .

فرط الأشعار الموضع على شكل الذيل في المنطقة المعجزية : هذه الآفة قد تكون دالة على السنسنة المشقوقة Spina Bifida .

فرط الأشعار العرضي : يلاحظ فرط أشعار خاصة على الجهة اليسرى في حالات البرفيرية الكبدية ومولدة الحمر . كما وصفت حالات من فرط الأشعار في سوء التغذية ، والقمة العصبي ، واعتلال الغدد الصم في الدماغ البيني Diencephalon والنخامية (ضخامة النهايات) ، والتهاب جسد والعضل ، وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي ، وفي الوذمة غشية أمام الظنوب .

فرط الأشعار المحرض بالأدوية Drug - Induced

Hypertrichosis : لوحظ حين تناول المديد لبعض الأدوية ،

صور وثخانة وزيادة تصبغ الأشعار الوبرية ، من هذه الأدوية :

هيدانتوين ، الديازوكسيد ، المينوكسيديل ،

نستربتومايسين ، البنسلامين والبسورالين (راجع الشكل

٣١ - ١٣) . وبشكل خاص فإن المينوكسيديل الذي جرب

ستعماله بالتطبيق الموضعي لتحريض إعادة نبت الأشعار في

الحصل من الطراز المذكر ، ما يزال مثار تساؤلات ! . ويجب أن

نميز فرط الأشعار هذا عن تقوية الأشعار المحرض

بالأندروجينات وتطبيق الستيروئيدات في مناطق يتواجد فيها

شعر لدى الذكور (الزرب) .

فرط الأشعار المحدد الكسي Acquired Circumscribed

Hypertrichosis : وتحدث إثر رض أو التهاب أو احتكاك ألي

مستمر . والسبب الأكثر شيوعاً هو الناجم عن التطبيق

موضعي المديد للستيروئيدات القشرية السكرية . وفي كل هذه

حالات لا تعرف الآلية الإراضية لفرط الأشعار وغالباً ما

تكون هذه الحالات عكوسة بعد إزالة السبب .

الزرب (الشعرانية) Hirsutism :

تتعرض الجريبات الشعرية في كل أنحاء الجسم باستثناء شعر

الرأس (المناطق التي تصبح صلعاء لدى الرجال) ، والحاجبين

والفدين ، بواسطة الأندروجينات . ولهذا السبب فإن النسوة

مصابات بالزرب يجمعن بين قوة وثخانة أشعار الجسم ومنطقة

نذق مع صلع جزئي أو كامل من الطراز المذكر ، إضافة إلى

ارتفاع مستوى الأندروجينات . والمهم هنا هو الجزء الحر من

بعض الأدوية كالأندروجينات ، والابتنائيات Anabolics ، ومشتقات البروجسترون ، ومانعات الحمل ، ومستحضرات الإيلاس (حسب نسبة احتوائها على الأندروجين أو الجستاجين Gestagen والتي تستقلب إلى أندروجين) والمهرمون الموجه لقشر الكظر A.C.T.H. والستيرويدات القشرية السكرية ، يمكن لها جميعاً ، وذلك حسب الجرعة ودرجة حساسية الجريب الشعري عند كل فرد ، أن تسبب الزيب وأحياناً مع علامات استرجال أخرى .

الزيب الأساسي أو الغامض Idiopathic Hirsutism : وتشكل المجموعة الأكبر ، إنما وبعد إيجاد طرق نوعية ودقيقة لمعايرة الأندروجينات ، انخفض عدد المصابات بالزيب دون أن يكون عندهن زيادة في الأندروجين ويوضع هذا التشخيص إذا كانت الصورة السريرية غير شديدة مع غياب علامات الاسترجال ، وتكون نسبة التستسترون أو دي هيدروإي أندروستيرون (DHEA-S) Dehydroepiandrosteron Sulfate طبيعية أو قريباً منها . ويجب القبول بوجود فرط حساسية الجريب الشعري للأندروجين مثلاً نتيجة وجود مستقبلات أندروجينية غير سوية في هيولى الخلايا الظهارية للجريب الشعري أو زيادة فعالية (٥ - ألفا ريدوكتاز) وما يتلو ذلك من زيادة تشكل الذي هيدروستيرون من التستسترون .

الزيب في متلازمات نادرة : متلازمة Morgagni ومتلازمة Achard-Thiers (١٩٢١) لدى النساء المسنات وتتميز بزيب وخاصة في منطقة الذقن مع استرجال وسمنة وفرط التعظم الجبهي الباطن وداء سكري . وإضافة لما سبق فقد وصف الزيب في ثلث الصبغي Trisomy في متلازمة هولر Hurler (داء عديدات السكريد الوراثي ، ١٩٢٠) ، وفي متلازمة كورنيليا دو لانج Cornelia De Lange (تشارك عدد من التظاهرات التنكسية مع سحنة تشبه سحنة المهرج : ١٩٣٣) .

التشخيص :

القصة السريرية : ويجب أن تشمل العوامل العرقية والعائلية ، وبدء حدوث ترقى فرط الأشعار وعلاقتها مع اضطرابات الطمث والخصوبة المحرصة بالمهرمون ، والتبدلات الهرمونية المشاهدة في سن البلوغ ، والحمل وسن الإيلاس وكذلك التأثير المحتمل لبعض الأدوية ، أو وجود أسباب وراثية ، أو سوء استعمال دوائي ، وكذلك فرط الأشعار في المتلازمات النادرة التي ذكرت أعلاه . ويجب تجنب إجراء تشخيصات مخبرية مكلفة .

الموجودات السريرية : وتشمل توزيع الأشعار وكثافتها ، وكذلك علامات التذكير الأخرى ، أخذين بالحسبان إفراز المث ، والعد الشائع والخاصة الأندروجينية ذات الطراز المذكور .

التشخيص الهرموني : ويفيد للتمييز بين الزيب العرضي والأساسي (الغامض) ، ويجب إجراء الفحوص المخبرية الهرمونية إذا أمكن نفي احتمال وجود دواء مسبب أو عدم وجود عامل وراثي ، والأهم هو تحديد نسبة التستسترون في المصل (السوي ٠,٢ - ١ ، حوالي ٠,٤ نغ/مل) ونسبة DHEA-S (السوي ١٠٠٠ - ٣٠٠٠ ، حوالي ١٧٠٠ نغ/مل) . وإذا وجدنا قصة سريرية طويلة دون وجود علامات استرجال ، ودون موجودات نسائية إيجابية ، مع نسبة أندروجينات سوية (تستسترون و DHEA-S) والمجرة لعدة مرات ، عندها لا نحتاج إلى دراسات مخبرية إضافية ، وحين وجود علامات استرجال أو قصة سريرية قصيرة أو كليهما معاً مع زيادة سريعة للزيب فإن الأمر يحتاج لدراسة مخبرية مفصلة (بما في ذلك اختبار تثبيط الدكساميتازون واختبار التحريض بالمهرمون A.C.T.H.) .

الفحص النسائي : ما يجب إجراؤه هو الجنس ، ودراسة المبيضين بفائق الصوت Ultrasound أو بالتفريسة Scan لنفي احتمال وجود أورام فيها أو تبدلات عديدة الكيسات . وفي حال الضرورة تجرى قطرة الأوردة المبيضية ، وحين الشك بوجود ورم ، تجرى دراسة مقطعية محوسبة ، أو تنظير جوف البطن (Laparoscopy) .

التشخيص الكظري : ويشمل الدراسة بفائق الصوت والتصوير المقطعي للجهاز البولي لنفي احتمال وجود أورام ، وإذا أمكن إجراء دراسة انتقائية للكظرين باستعمال قطار Catheter ، وتصوير الأوعية ، وإجراء التخطيط الومضاني ، وتصوير مقطعي محوسب (Computer Tomography) ، وأخيراً تنظير جوف البطن .

المعالجة : وتعلق بالآفة المسببة وبعد ذلك يمكن المحاولة لإزالة الأشعار تزويقياً .

التف Epilation :

التف الدائم : ويقوم على تحريب رحم الشعرة والحليمة الأدمية بواسطة الحل الكهربائي (Electrolysis) وذلك باستعمال إبر التف « لكروماير » Kromayer أو بالتخثير الكهربائي ويمكن أن يتم ذلك بيد خيرة التجميل . ويعود حوالي ٣٠٪ من الشعر المنزوع في جلسة واحدة للنمو من جديد . ولذلك نحتاج إلى عدة جلسات . ولم يعد التف الدائم باستعمال الأشعة السينية

مستعملاً لخطورة تأثيراته الجانبية .

الزيب لدى النساء بعد استئصال الرحم أو في الإياس :

يوصى بجرعة مستمرة من ٢٥ - ١٠٠ ملغ سيبروتيرون حيث يؤدي هذا العلاج المضاد للذكورة إلى تراجع الزيب في أغلب الحالات بعد أقل من ٦ - ٩ شهور ، غير أن النكس متوقع على أي حال إذا لم يستمر العلاج بالجرعات العالية ، أو على الأقل الاستمرار بجرعات خفيفة من السيبروتيرون الحاوي على مانع حمل .

مضادات الاستطباب والأعراض الجانبية للمعالجة بمضادات الأندروجين :

يعتبر الحمل خاصة والدوالي والتدخين والآفات القلبية الوعائية والعضلوم الرحمي من مضادات الاستطباب . أما الأعراض الجانبية الملحوظة فهي : التعب ، وزيادة الوزن ، والاكتهاب ، ونقص الرغبة الجنسية ، وآلام الثدي ، والاضطرابات الطمثية والصداع . وإن العلاجات الهرمونية الفعالة والتي تطبق موضعياً غير متوفرة في الوقت الحاضر . ويوصى بالتعاون مع اختصاصي الأمراض النسائية واختصاصي الغدد الصم .

الحاصات Alopecia :

التعريف : هي حالة فقد أشعار موضّع أو منتشر . وإن الحديثة الحركية لفقد الأشعار والتي تؤدي إلى الحاصة تسمى النفحة (تساقط الشعر) : Effluvium أو Defluvium .

الإمراض : يكون لمطرق الشعرة خلال مرحلة النمو فعالية انقسامية عالية وبالتالي يكون حساساً تجاه الانسقامات ، ومن ناحية أخرى ، فإنه خلال مرحلة الراحة والتي يكون فيها الجريب الشعري بحالة توقف في فعاليته الانقسامية ، يكون غير حساس نسبياً . وإن ردّة فعل الجريب الشعري في مرحلة الفعالية تجاه الأذيات الخارجية والداخلية لا ترتبط بنوع الأذية بل بشدتها وبمدة تأثيرها وبالحساسية الخاصة لكل جريب .

الحاصة من النمط المتأخر Alopecia of Late Type :

المرادفات : نفحة مرحلة الراحة Telogen Effluvium ، فقد أشعار مرحلة الراحة ، حاصة مرحلة الراحة .

تؤدي الأذية الخفيفة لمطرق (رحم) الشعرة الفعالة إلى إنهاء مبكر فيزيولوجي ، لمرحلة النمو ، وتحول الجريب إلى مرحلة الراحة مع تشكل شعرة بشكل مضرب الطبل . وهنا تسقط الأشعار في النهاية الفيزيولوجية لمرحلة الراحة أي بعد حوالي ٢ - ٤ أشهر ، وإذا أصيبت دفعة واحدة كبيرة نسبتها ٨٥٪ من الجريات التي هي في مرحلة النمو والفعالية في فروة الرأس ، كما يحصل إثر الآفات الخمجية المترافقة بترفع حروري

اتنف المؤقت : ويتم باستعمال طرق آلية مختلفة كالملقط وخلقة والجموشات (إزالة الأشعار) Depilatory كيميائية . إن المادة الفعالة في الجموشات هي السولفيد ثقلوي الأرضي Earth Alkali Sulfide الذي يحل مادة ثقلاتين (القرنين) ويكون قلوياً بشدة (مثل سولفيد نباريوم) أو التيوغليكولات . هي مسوّقة بشكل مراهم وبودرات ، وإن استعمالها المتكرر غير مستحسن بسبب تأثيرها غرّش للجلد (التهاب جلد تماسي سمي) . وإن محذور الخلقة وجموشات الكيمائية أنها تزيل في نفس الوقت الأشعار ثورية الخفيفة والتي يمكن بسبب ذلك أن تتحول إلى أشعار نهائية . وينطبق هذا أيضاً على تطبيق الجموشات اللاصقة مستعملة لإزالة شعر الساقين . وإن إزالة لون الأشعار الانتهاية لسوداء بواسطة الماء الأكسجيني (بنسبة ٥٪) يفيد تزويقاً حيث أن الأشعار التي أزيل لونها تصبح أقل وضوحاً على الجلد الأبيض .

معالجة الزيب العرضي :

وتحتاج إلى معونة اختصاصي الأمراض الداخلية والغدد الصماء (مثلاً في حالة داء كوشينغ والمتلازمة الكظرية التناسلية) ، واختصاصي الأمراض النسائية (في حالة كيسات المبيض أو متلازمة شتاين - لوفنتال) ، وأحياناً إلى معونة الجراح أو الاختصاصي في معالجة الأورام . تزال الأورام المولدة لأندروجينات جراحياً . وإن عمر المريض ودرجة خباثة الورم يحددان الاستطباب في متلازمة شتاين - لوفنتال . ويتحسن الزيب بعد المعالجة الهرمونية وخاصة المقادير القليلة من مضادات الهرمون المذكور ، وتفيد تماماً في الحالات الخفيفة .

معالجة الزيب الأساسي (الغامض) :

في حالات الزيب الخفيف وخاصة المترافقة بالعد الشائع والمث ، نحصل على نتائج جيدة بالتأثير المضاد للهرمون الذكر للجستاجين Gestagen Chlormadinone Acetate المشترك مع الاستروجين (Mestranol) (لمدة ٢١ يوماً بمقدار ٠,١ ملغ مسترانول ولمدة ١٠ أيام كلورمادينون أستات) . وإن مشاركة سيبروتيرون أستات (٢ ملغ لمدة ٢١ يوماً) مع الايتيل استراديول (٠,٠٣٥ ملغ) له تأثير أشد . وفي حالات الزيب الشديد وصف إعطاء ٠,٠٥ ملغ من ايتيل استراديول لمدة ٢١ يوماً (من اليوم ٥ - ٢٥ من الدورة) مشرّكاً مع ٢٥ - ١٠٠ ملغ خلاصات السيبروتيرون لمدة ١٠ أيام (٥ - ١٤ من الدورة) [Hammerstein's Schedule] .

شديد ، أو الانسجمات أو الولادة ، فإن ذلك يؤدي إلى فقد أشعار مرحلة الراحة (نفحة مرحلة الراحة) وبالتالي إلى نقص شديد فجائي في كمية أشعار الفروة .

وحيث أن نفحة مرحلة الراحة لا تظهر إلا بعد ٢ - ٤ شهور من تأثير العامل المؤذي ، فقد سميت الخاصة التالية لها بالخاصة من النمط المتأخر ويكون مخطط الأشعار (نسبة أشعار مرحلة الفعالية والنمو إلى أشعار مرحلة الراحة) مائلاً لصالح أشعار الراحة ، ونسبي غزارة أشعار الراحة ، ونقص الشعر التالي ، بصرف النظر عن السبب ، واستناداً لآليتها الإمبراضية بخاصة الراحة Telogen Alopecia أو نفحة الراحة .

الخاصة من النمط الفوري (العاجل)

Alopecia of Immediate Type :

المرادفات : النفحة الخثلية في مرحلة النمو Anagen - Dystrophic Effluvium ، نقص الأشعار الخثلي في مرحلة النمو ، الحاصلة الخثلية في مرحلة النمو Anagen Dystrophic Alopecia .

يؤدي التخريب الأشد للجريب في مرحلة النمو (الفعالية) وربما حساسية الجريب المفرطة تجاه بعض الأذيات ، خلال ساعات وأحياناً خلال أيام ، إلى تحول الجريب من مرحلة النمو والفعالية إلى الفعالية الخثلية . وإن النسيج (التثبيط) الأشد للاستقلاب والفعالية الانقسامية يؤثر على المطرق المولد للشعرة ويؤدي إلى نقص حجمه ، ويحدث بالنهاي نهي لتشكل الشعرة والغمد الداخلي للجذر ، مما يجعل جذر الشعرة نحيفاً خيطياً ينكسر من النقطة الأقرب وتسقط الشعرة أخيراً كشعرة خثلية . وأحياناً لا تتكون شعرة في المطرق المصاب بالخلل والذي تحرك إلى الأعلى ضمن الأدمة (طور الراحة في مرحلة النمو Anagen - Rest Phase) .

وإذا ارتكس عدد كبير من الجريبات بهذه الطريقة نتيجة أذية مخربة شديدة ، سواء أكانت النهائية (خاصة بقعية) أو سمية (الخاصة الموقفة لنمو الخلايا Cytostatic Alopecia) ، فيمكن لعدد كبير من الأشعار أن يسقط بعد أيام من الأذية وتنطور خاصة من النمط الفوري . ويظهر مخطط الأشعار نسبة سوية من أشعار مرحلة الراحة ، إنما هناك نقص في أشعار مرحلة الفعالية (النمو) مع زيادة نسبة الأشعار الخثلية في مرحلة النمو (بالحالة الطبيعية ١ - ٢٪) . ونسبي ذلك طراز حثل جنود الأشعار والنفحة الخثلية في مرحلة النمو ويمكن تسمية الخاصة استناداً إلى آليتها الإمبراضية « الخاصة الخثلية في طور النمو » أو النفحة الخثلية في مرحلة النمو .

التنكس الحاد في مطرق (رحم) الشعرة : عند حدوث تخرب

شديد أو مفاجيء في مطرق الجريب الفعّال ، يمكن لكامل المطرق أن يتخرب بحدئية تعرف باسم « التنكس الحاد للمطرق » ، حيث تنكسر الأشعار أعلى المنطقة المتقرنة وتسقط . ويشكل المطرق المتخرب مع جزيئات الملاين ، وبقايا الغمد الداخلي للجذر ، والقراطين المتبقي من الشعرة ، حادثة تعرف بتليف الشعرة التنكسي وتنطرح هذه البقايا عبر قناة الجريب . ويلاحظ في فوهات الجريبات سدّادات نقطية سوداء تعرف باسم « الأشعار الجيفية Cadaverised Hair (Besnier) » . والأشعار الجيفية نموذجية وخاصة في الثعلبة ذات الترقى السريع . ويحدث تنكس مشابه لمطرق الشعرة في تليف الأشعار (١٩٤٢ - Trichomalacia Miescher) الحاصل في هوس نتف الأشعار . وقد يتشكل لاحقاً جريب شعري جديد من خلايا مطرق الشعرة التي بقيت سليمة في الخليمة الأدمية السليمة .

التخرب الكامل لمطرق الشعرة : يمكن لكل من الخراجات الموضعية أو الالتهابات الحبيبية ، أو تبدل الجلد من الضمور إلى التندب ، الارتشاحات التنشؤية أو التأثيرات الخارجية الحادة (الأشعة السينية أو الحروق) ، أن تؤدي إلى تخرب كامل في الجريب الشعري وبالتالي إلى فقد أشعار نهائي . إلا أن المهم بالنسبة للطبيب ليس فقط الآلية الإمبراضية التي أدت للخاصة ، بل عليه أن يكون مستعداً لوضع الإنذار النهائي بالنسبة لمرضى يغلب أن يكون متأثراً متأثراً نفسياً شديداً تجاه فقد أشعاره . وبناء على هذه الأسباب فقد صنفت الخاصات إلى دائمة (غير عكوسة) ومؤقتة (عكوسة) .

الخاصات الدائمة Permanent Alopecia :

السبب في الخاصات الدائمة وغير العكوسة هو غياب الجريب الشعري بسبب سوء تشكل ولادي أو بسبب تخربه لاحقاً ، ويشاهد في الصلع فقط ، سواء من النمط الذكري أو الأنثوي ، أن الجريب لا يكون متخرباً بل مصاباً بتبدلات مرفقة غير عكوسة تحوله إلى جريب قزم .

الخاصة الولادية ونقص الأشعار

Congenital Alopecia and Hypotrichosis :

المَرَط (فقدان الأشعار) Atrichia :

قد يكون فقد الأشعار الولادي متعمماً (المرط الولادي المنتشر Atrichia Congenital Diffusa) أو موضعياً (المرط الولادي المحدد) . وقد يكون الشكل المنتشر كخلل معزول أو كعلامة مشتركة مع عيوب ولادية أخرى كما في ثدن (خلل تنسج) الأديم الظاهر من النمط المَرَق أو مانع العرق أو في الشياخ Progeria .

خامسة المثلثية الولادية Alopecia Triangularis

Congenital : [سابورو : ١٩٠٥]

ملاحظات : الحاصة المثلثية الصدغية الولادية ، الحاصة الصدغية لولادية .

تعريف : حاصة ولادية غير قابلة للعلاج تتوضع بشكل مثلثي على الصدغين .

ملاحظات : يبدو أنها ليست نادرة المصادفة لكنها غير معروفة كثير . تصيب الإناث وتصبح واضحة في سن ٣ سنوات من العمر أو بعد ذلك .

الأمراض : نقص محدود ولادي في الجريبات الشعرية بشكل مشي أو يضيوي على جلد منطقة الصدغين .

الموجودات السريرية : تلاحظ في المنطقة الصدغية بدءاً من خط الأشعار بؤرة خفيفة الشعر قطرها من ٢ - ٤ سم ، لا يدي الجلد عليها أي تبدل أو ضمور وتكون البقعة في المنطقة خفيفة الصدغية مثلثة عادة ، قاعدة المثلث هي خط الأشعار ، لا تزداد الآفة حجماً مع تقدم سيرة .

التشريح المرضي النسيجي : الجلد طبيعي ، تغيب فيه الجريبات الشعرية الناضجة .

السیر : غير متبدل .

التشخيص التفريقي : هام جداً حيث أن النظرة السريعة تجعلنا نتبس بالثعلبة ، ويوضع التشخيص الصحيح من خلال القصة سريرية والدراسة النسيجية . تؤدي حاصة الشد إلى ضمور نهائي في جلد الفروة وفي الجريبات .

المعالجة : غير ممكنة .

خفة الأشعار Hypotrichosis

هو نقص ولادي في طراز الشعر (Hair Pattern) ، حيث نجد لدى بعض المجموعات العرقية ، وخاصة الآسيويين وبعض الأفارقة ، نمو أشعار مبعثرة في الذقن والجسم ، وهو شكل فيزيولوجي ولا يدل على نقص في مستوى الهرمونات الجنسية المذكورة . وتكون خفة الأشعار علامة في عدد من المتلازمات ، حيث نشاهد نقصاً ليس في كمية الأشعار وحسب ، بل نجد تبدلات في سقية الشعرة ، ومن أمثلتها متلازمة روثموند ومتلازمة تومسون ومتلازمة نيغرتون . التبدلات الشكلية في سقية الشعرة والتي وصفت سابقاً كالأشعار المنفتلة (الملتوية) ، والشعر السبحي ، والاضطرابات الاستقلالية ، تترافق كلها عادة بأشعار مبعثرة بشكل خفة أشعار .

المعالجة : من غير الممكن معالجة الحاصات الولادية أو خفة

الأشعار الولادي . وأفضل طريقة لتجنب حدوث الاضطرابات النفسية هي وضع الشعر الاصطناعي .

الحاصة الندبية Scarring Alopecia :

كل الظروف التي تؤدي إلى التندب تسبب تخرباً في الجريبات الشعرية وبالتالي إلى نقص أشعار وحاصة غير عكوسة . إن أنماط التخربات العميقة والمؤدية إلى تندب الجلد هي الهرس والحرق والسمط (حرق الماء المغلي) وحرق الحموض . كما أن آفات الجلد القرحية تؤدي أيضاً إلى التندب ، وقد تؤدي الإصابة ببعض الحماح إلى تندبات مشابهة كخمج الحلا النطاقي الموائي ، وبعض الأحماج الجرثومية كالسل والجذام والدمامل والحمرة الحميدة ، والإفريجي الثاني ، والتهاب جريبات الفروة المشكل للخراجات والمختفر ، والداء البشري الحمضي ، والجلاد البشري القرحي في الفروة ، والفطارات العميقة ، والتنشؤات المقرحة كالوعاؤومات الدموية ، والمفومات الخبيثة ، والسرطانة قاعدية الخلايا أو الملائنومات الخبيثة .

الحاصة الضمورية Atrophic Alopecia :

خلال سير آفات الجلد الضمورية يمكن للجريب الشعري أن يضمّر بدوره مؤدياً إلى حاصة غير قابلة للتراجع . ويمكن أن نميز سريراً بقاءً جلدية ضامرة تتميز برقة أشعارها وغياب فوهات الجريبات الشعرية . وتكون الحاصة الضمورية عادة واضحة الحدود ، وتبقى أحياناً أشعاراً سليمة مبعثرة في البقعة الضامرة .

حالة الثعلبة الكاذبة (Pseudopelade State) : يمكن أن نعرف الأسباب السريرية والنسيجية للحاصة الضمورية إذا كان لدينا معلومات واضحة عن القصة السريرية أو إذا بقيت بؤر فعالة من الآفة المسببة على الفروة أو على أجزاء أخرى من الجلد أو الأغشية المخاطية (الحزاز المسطح مثلاً) . ومن المهم العناية بدراسة القصة السريرية وإجراء فحص جلدي كامل . وفي حالة الآفات الضمورية كثيراً ما لا يمكن معرفة الآفة المسببة ويكون لدينا حالة ثعلبة كاذبة ، كما في المراحل الانتهاية من الحاصة الضمورية البؤرية غير محددة السبب .

المجدول ٣١ - ٢ : الجلادات التي تحدث حالة ثعلبة كاذبة (عن Braum - Falco وجماعته : ١٩٨٩)

الجلادات المكتسبة الشائعة :

الأنماط الضمورية للحزاز المنبسط .

الذآب الحمامي القرصي .

صلابة الجلد المحددة .

التهاب الجريبات الخاص .

الجلادات المكتسبة النادرة :

القرعة .

الأورام (الانتقالات) .

الحمامى التندبية محجية المنشأ *Ulerythema Ophryogenes* .

الغرناوية *Sarcoidosis* أو (داء Boeck) .

البلى الفيزيولوجي الشحماني .

الجلادات الوراثية :

السماك الشائع (الصبغي X الصاغر) .

السماك الولادي (صبغي جسدي صاغر وأشكال سائدة

للصبغي X) .

سلس الصباغ (Block – Sulzberger) .

متلازمة كونزادي – هونرمان *Conradi – Hünemann* .

(صبغي جسدي صاغر) .

ثدن غضروفي منقط *Chondrodysplasia Punctata* .

(الصبغي السائد X) .

انحلال البشرة الفقاعي الوراثي الحثلي (Hallopeau – Siemens)

(صبغي جسدي صاغر) .

التقران الجريبي الشوكي الخاص (الصبغي السائد X) .

الموجودات السريرية : تبتدىء الثعلبة الكاذبة لبروك ببؤرة أو بعدة بؤر ، تتوضع عادة عند إكليل الشعر أو على مؤخرة الرأس (راجع الشكل ٣١ : ١٤) . غالباً ما يكون البدء خفياً ، وحين يراجع المريض طبيبه تكون حالة الثعلبة الكاذبة قد تشكلت . ويزداد حجم هذه البقع ، وتكون مدورة أو غير منتظمة ومحددة بأشعار سليمة . وقد تتصل هذه البؤر ببعضها مشكلة بقعة واسعة خالية من الأشعار بحجم الكف . نجد في البقع المصابة بأن الجلد يأخذ اللون الأبيض المصفر ، ويكون مشدوداً لامعاً ورقيقاً بسبب الضمور ، غائراً قليلاً عن مستوى الجلد السوي . وتكون فوهات الجريبات الشعرية غير مرئية ، ويكون الشعر في المناطق غير المصابة طبيعياً تماماً . ولا توجد علامات التهاب ولا فرط تقرن جريبي عادة (الشكل ٣١ - ١٥) .

الأعراض : لا توجد أعراض شخصية إلا في حالات نادرة ، وقد ذكر حس شدة وحكة ، والشكاية الرئيسية هي التأثير النفسي بسبب مظهر الآفة .

التشريح المرضي النسيجي : رشاحة لمفاوية معتدلة متوضعة حول الأوعية والجريبات . والنتيجة النهائية هي التصلب ، مع تحرب الألياف المرنة وتنخر الجريبات . وتدلنا حزم المغراء التي تتجه عمودياً باتجاه سطح الجلد على الجريبات السابقة . تبقى العضلات الناصبة للأشعار في مكانها .

المسير : مزمّن وقد تتشكل حاصات شديدة بعد سنوات من سير الآفة ، إنما في غالبية الحالات يبقى فقد الأشعار خفيفاً نسبياً حتى بعد عقود .

التشخيص التفريقي : إذا عرف سبب الضمور سواء من القصة المرضية أو سريراً أو نسيجياً أو بالمناعة النسيجية ، فإنه يضاف اسم الآفة المسببة ، مثلاً : حالة ثعلبة كاذبة تالية للذئب الحمامي القريصي . ومن المهم تمييزها عن الثعلبة ، وخاصة وأن الإنذار مختلف ، والاختلاف الرئيسي هو غياب الضمور في الثعلبة وتبقى فوهات الجريبات سليمة ، ووجود الأشعار الثعلبية النموذجية والأشعار النحيلة في محيط البؤر . ويجب إجراء فحص نسيجي في كل الحالات ، وينفي الذئب الحمامي بالتشريح المرضي المناعي (اختبار شريط الذئب *Lupus Band Test*) .

المعالجة : لا تعرف معالجة فعّالة .

جهازياً : تعطى المعالجة الداخلية المضادة لليرداء . وجربت أيضاً مضادات الالتهاب والنتائج مشكوك فيها .

موضعياً : نظراً للعلاقة المحتملة مع الحزاز المسطح الضموري فقد جرب الحقن الموضعي بمحلول التريامسينولون المبلر ممدداً بنسبة ١ : ٥ مع المصل الفيزيولوجي أو مع بنج موضعي ، كما

الأسباب : من الأسباب الممكنة للحاصة الضمورية التي تشكل ثعلبة كاذبة لدينا : الحزاز المسطح الضموري (الحزاز المسطح الجريبي ، متلازمة (Graham – Little) ، والذئب الحمامي القريصي ، وصلابة الجلد المحددة ، والبلى الفيزيولوجي الشحماني ، والغرناوية ، وانحلال البشرة الحثلي الوراثي ، والفقاعاني الندي ، والداء الموسيني الجريبي ، والذئب الشائع ، والقرعة ، والتهاب الجريبات الخاص ، والجلاد البري التآكلي في الفروة ، والسرطانة قاعدية الخلايا التصليبية ، والبرفيرية . كما يمكن للإشعاعات المؤينة أن تؤدي لالتهاب جلد فعّال وحاصة غير عكوسة .

الثعلبة الكاذبة *Pseudopelade* : [Brocq : ١٨٨٤]

المترادفات : الحاصة البقعية الضمورية *Alopecia Areata* .
Atrophicans .

التعريف : هي بقع صغيرة من فقد الأشعار ، مزمنة ، وغير عكوسة ، أسبابها مجهولة . ويلاحظ الضمور في البقع سريراً ونسيجياً . ولا يزال قيد المناقشة فيما إذا كانت الثعلبة الكاذبة هي حالة مستقلة ، حيث أنه في أغلب الحالات ، يكون المظهر السريري كبقع من الحاصات الضمورية والتي هي الحالة الانتهائية لآفات الجلدية المضرة المذكورة سابقاً . وفي بعض الحالات وخاصة عند النساء بين ٣٠ - ٥٥ من العمر لا نجد سبباً للضمور ونحتفظ بتسمية الثعلبة الكاذبة لبروك لمثل هذه الحالات .

تضيق المعالجة الموضعية الستيرويدية القشرية السكرية تحت ضماد كيم .

الحاصة البقعة Alopecia Parvimaclata : [Dreuw : ١٩١٠]

التعريف : حاصة نديية ذات بقع صغيرة من منشأ مجهول .

الموجودات السريرية : بقع صغيرة حجم كل منها عدة ملمترات مبعثرة على الفروة وخاصة على منطقة القفا (راجع الشكل ٣١ - ١٦) . لا يرافقها في المراحل المبكرة أي ضمور ، إلا أن هذا يظهر لاحقاً ، فالخاصات ضمورية وغير عكوسة .

السيببات : لا يوجد تفسير للآفة ، وقد نفيت علاقتها بالتهلبة الكاذبة لبروك وقد يكون السبب بقايا التهاب جريات شعرية غير نوعي .

المعالجة : لا يوجد معالجة معروفة .

الحاصات بسبب الضغط والشّد Alopecia Caused by Pressure and Traction

يؤدي الشّد والضغط المستمرين إلى تبدلات تراجعية في الجزء من الجريب المولد للشعرة ، مما يؤدي إلى توقف كامل في تكوينها . أو يعطي أشعاراً نحيقة وقصيرة من النوع الزغبى . ونشاهد في مخطط الأشعار ، أشعاراً في مرحلة الراحة أو نمط جذر الأشعار المختلط .

الحاصة الناجمة عن الضغط المزمن : تكون دوماً واضحة الحدود وغالباً ما تنجم عن أسباب مهيئة . مثلاً الحاصة لدى النساء اللواتي يحملن سلالاً على رؤوسهن وقد تنجم أيضاً عن تزيينات الشعر الثقيلة الوزن ، قبعات الراهبات ، أو الأربطة الضاغطة .

الحاصة الناجمة عن الشّد المزمن : وتظهر نتيجة بعض أشكال تسريحات الشعر (ذيل الفرس) . والشكل النموذجي هو الحاصة الهامشية الرضحية (راجع الشكل ٣١ - ١٧) (Alopecia Marginalis Traumatica) حيث ينحسر الشعر عن الجبهة والصدغين أو عن مؤخر الرأس . وتنجم عن بعض تسريحات الشعر التقليدية (بعض تمشيطات الشعر لدى السود ، وخاصة المزارعات في منطقة Hessen) ، أو لفافات الشعر المشدودة والتي تؤدي غالباً المنطقة الهامشية من الأشعار .

الإنذار : غير جيد ، إذا حصل ضمور في جذور الأشعار فعلياً أن لا نتوقع عودة نبت الأشعار .

المعالجة : غير فعالة ، والوقاية ضرورية .

الحاصة الذكرية الأندروجينية : Androgenetic Male Alopecia

المترادفات : الصلع الهيبوقراطي Calvities Hippocratica ، الصلع من الطراز الذكر Male Pattern Balding ، فقد الأشعار الذكرى ، النفحة الأندروجينية ، الحاصة من الطراز الذكرى .

التعريف : فقد أشعار معينة وراثياً ، ويتأثر بالأندروجينات ، وله مظهر متميز ، ويجب النظر إلى الصلع من الطراز الذكر كحاصة ذكرية ثانوية وليس كمرض .

الحدوث : يتعلق شيوع الحاصة الذكرية بعوامل عرقية وعائلية . وهي كثيرة الشيوع في العرق الأبيض وتشكل ٩٥٪ من كل أشكال الحاصات .

الإمراض : العوامل الثلاث التي تقرر حدوث الآفة : العامل الوراثي ، والعمر ، والأندروجينات . وأن الميل لحدوث الصلع الذكر تورث بالصبغي الجنسي السائد . يبدى الذكور متماثلي الزيجوت (AA) Homozygous ومتغايري الزيجوت (Aa) Heterozygous هذه التبدلات ، إنما حين بلوغ عمر معين مع مستوى أندروجينات سوي . أما إذا لم يكن هناك صلع عائلي وكانت نسبة الهرمونات سوية فلا تحصل حاصة . ومن ناحية أخرى لا يصاب الخصيان بالصلع رغم وجود استعداد وراثي بسبب نقص الأندروجينات . وعلى أية حال ، إذا خصي الذكر قبل سن البلوغ ، سواء كان متماثل ، أو مغاير الزيجوت ، ثم عولج بالأندروجينات بسبب النقص التبايني للجراحة ، فيمكن أن يتطور لديه فقد أشعار من الطراز الذكرى . بهذه الطريقة نيسط أثر العوامل الوراثية . ويمكن لهذا النمط من فقد الأشعار أن يظهر حتى عند النساء إذا كنّ متماثلات الزيجوت أو كان لديهن تشكّل مفرط للأندروجينات (مثلاً في المتلازمة الكظرية التناسلية) .

تحدد وراثياً الاستجابة الفردية لكل جريب حسب مناطق الفروة وحسب مراحل الحياة . ومنذ زمن أرسطو وحتى اليوم لم يتبين لأي كان كيف تؤثر الأندروجينات على تحريض نمو أشعار اللحية وشعر الجسد ، وتؤدي في الوقت نفسه إلى الصلع في فروة الرأس . ومن المعروف أن فعالية إنزيم ٥ - ألفا ريدكتاز 5α - Reductase في الجريب الشعري ، هذا الإنزيم الذي يحول التستسترون إلى مستقلبته الفعال (دي هيدروتستسترون) ، تلعب دوراً هاماً . ويرتبط الديهدروتستسترون بمستقبلات هيولية خاصة ويدخل النواة الخلوية ومن هناك يتابع تأثيره .

وإن السبب في فقد الأشعار من النمط المذكور هو أنّ عدداً

من الحياة فإن إنذارها يكون أفضل بكثير وتبقى محدودة . وإن الرجال الذين لا يصابون بفقد أشعار من النمط الذكري وحتى العقد الرابع أو الخامس من العمر ، يغلب ألا يصابوا بالصلع .

مخطط الأشعار : تزداد نسبة أشعار مرحلة الراحة وذلك حسب شدة النفحة (تساقط الأشعار) وترقيها وهكذا فإن لمخطط الأشعار دلالة على الإنذار .

المؤذيات الإضافية : الإكزيمة الحاككة في الفروة ، المث ، ونخالية الرأس (النخالية البسيطة في أشعار الرأس Pityriasis Simplex Capillitii) ، والحاصات الحادة المنتشرة إثر الآفات الخمجية ، والأدوية وبعض المؤذيات الأخرى . فقد تبين نتيجة الخبرة السريرية أنها تؤهب لفقد أشعار من الطراز المذكور . وينطبق ذلك أيضاً على فقد الأشعار الأندروجيني لدى النساء . وإن بعض العوامل التي كانت تعد هامة في السابق ، كعدم العناية بالشعر ، وغطاء الرأس الكتم (الخوذات الفولاذية) ، واضطرابات التروية الموضعية ، لم تعد تعتبر في الوقت الحاضر ذات علاقة بفقد الشعر لدى الذكور .

المعالجة : لا يوجد علاج فعال للصلع لدى الذكور . وإن المحاليل الحاوية على الاستروجينات والتي تعتبر مفيدة من الناحية العملية ، لم تثبت فائدتها علمياً بشكل قاطع . وإذا استعملت بتركيز عالية فيجب الانتباه إلى إمكانية امتصاصها . أما العلاج الداخلي بمضادات الأندروجين والمفيد حتماً لدى الذكور فإنما هو نوع من الخصي الدوائي وتطبيقها موضعياً غير متوفر في الوقت الحاضر . وإن المعلومات الوراثية تبقى في الجريب حتى بعد نقله إلى منطقة أخرى من الجسم (المعطي السائد) ، وهكذا فإن عملية نقل غرسات صغيرة من الشعر بواسطة الخزعة (Punch) حسب طريقة Orentreich من المناطق الجانبية إلى المناطق الجرداء هو ممكن . وللوصول إلى نتائج تزويقية مقبولة نحتاج إلى عدة جلسات لكن كلفتها المادية الكبيرة تمنع انتشارها . هذا وإن كثيراً من المرضى مهوون بوضع شعر مستعار بسبب وضعهم المهني والاجتماعي أو النفسي ، ويمكن تأمينه من قبل الضمان الصحي إذا كان يساعد على حل مشاكل المريض النفسية . ومن المهم أخيراً أن نعالج بشكل مُحافظ المظاهر المرافقة لفقد الشعر من الطراز المذكور والتي تسمى إلى الحالة المرضية كالثق الشديدة وقشرة الرأس والاحمرار الالتهابي في الفروة والحكة أيضاً . وتفيد الشامبوهات الخاصة والمحاليل الموضعية . وقد ظهر حديثاً إثر استعمال المينوكسيديل ، داخلاً وموضعياً ، تحريضه على نمو الأشعار في المناطق الجرداء لدرجة معينة . وإن مستحضر المينوكسيديل (٢٪) لعلاج الصلع المذكور موضعياً متوفر في الأسواق ويمكن أن يوقف تطور الخاصة لدى بعض المرضى المستجيبين وذلك

أكبر من الجريبات في فروة الرأس تدخل مرحلة الراحة أو/أو أن فترة الراحة تكون أطول ، وتصبح مرحلة النمو (الفعالية) أقصر فأقصر في الدورات اللاحقة ، وتصبح الأشعار الناتجة أقصر وأثقل . وأخيراً ينتج نوع من الشعر النحيل جداً ، عديم اللون (التحول التقهقري أو التراجعي Regressive Metamorphosis) . ولدينا في مخطط الأشعار طراز جذور أشعار مرحلة الراحة حيث يسمى هذا النوع من فقد الأشعار (حاصة مرحلة الراحة Telogen Alopecia) . وبشكل أندر نجد أحياناً نمط جذور أشعار مختلط . وقد جرت محاولات ناجحة جزئياً لتنشيط الجريب من النمط الزغبي ليشكل أشعاراً سوية من جديد باستعمال المينوكسيديل موضعياً ، إنما بصورة عامة فإن الطراز الذكري لفقد الأشعار والصلع المذكور التالي هما غير عكوسان .

التشريح المرضي النسجي : يبدى تحولاً تقهقرياً ، أي العودة إلى الجريب الزغبي الصغير في أعلى الأدمة .

الموجودات السريرية : تبدأ الخاصة الأندروجينية لدى الذكور في سن البلوغ وتؤدي أول الأمر إلى تراجع خط الأشعار عن الجبهة ، ومع ترقيها ، يمكن أن تميز عدة درجات من الصلع المذكور :

الدرجة I : بدء تراجع الشعر في الصدغين .

الدرجة II : إضافة لما سبق ، بدء خفة الأشعار في قبة الجمجمة (أعلى القسم القفوي) .

الدرجة III : رقة وتحول الأشعار في منطقة الإكليل (التاج) يؤدي إلى التحام المناطق المجردة من الأشعار .

الدرجة IV : وأخيراً تبقى الأشعار فقط في المنطقة الهامشية من الخلف والجانبين كحدوة الحصان وتسمى هذه الحالة بالصلع الهيبوقراطي .

يكون الصلع واضح الحدود . ويبقى نمو الشعر طبيعياً في مناطق الرأس الجانبية . ولا يكون الجلد في المناطق الجرداء ضامراً بل يبدو رقيقاً بسبب ضمور بصيلات الأشعار التي تأخذ حيزاً في الأدمة . تبقى فوهات الجريبات في مكانها حاوية زغباً نحيلاً جداً ، قصيراً وغير مصطبغ ، ولا تحوي هذه الأشعار الزغبية لباً . وتكون المناطق الصلعاء زهمية بشكل واضح بسبب استمرار عمل الغدد الزهمية ، هذا الزهم الذي يجعل سطح الجلد دهني الملمس لعدم وجود أشعار ينتشر عليها .

الإنذار : ويتحدد بعوامل عرقية ، عائلية ووراثية . وتظهر الخاصة الأندروجينية في بعض العائلات بشكل مبكر جداً ، مباشرة بعد البلوغ (الخاصة المبكرة) . وتؤدي سريعاً إلى الصلع الكامل . أما إذا تطورت ببطء في العقد الرابع أو الخامس

هذا استمر المريض في تطبيق العلاج .

الخاصة الأنثوية الأندروجينية

: Androgenetic Female Alopecia

نر دقات : الخاصة الأندروجينية لدى النساء ، الخاصة المنتشرة
مزمنة لدى النساء Chronic Diffuse Alopecia in
Women ، فقد الأشعار من الطراز الأنثوي .

إن الخاصة الأندروجينية هي أقل شيوعاً وأقل وضوحاً لدى
نساء مما هي عليه عند الرجال . وتشكل عندهن حوالي ٩٠٪
من كل الحاصات . وإذا كانت الخاصة الأندروجينية عند
نذكور لا تعتبر مرضاً إلا أنها قد يكون لها تأثير نفسي شديد .
وإن كل الرجال تقريباً يدون درجة من الصلع قلت أو كثرت
حسب استعدادهم الوراثي . لكن هذه الظاهرة لدى النساء إنما
تدل على زيادة مفرزات الأندروجينات عندهن (حالات
انتلازمة الكظرية التناسلية) ، أو حين تناولن لعلاجات لها
تأثير أندروجيني أو حين يبدن زيادة في حساسية الجريبات
الشعرية لمستوى الأندروجين الفيزيولوجي، وهكذا فإن للخاصة
الأندروجينية عند النساء دلالة مرضية مزدوجة . فزيادة
مستوى الأندروجين يشير إلى اضطراب في الغدد الصم ،
ويشكل الصلع بحد ذاته آفة مشوهة للمصابات ، ولذا فهي
تعتبر معضلة نفسية هامة .

الموجودات السريرية :

الخاصة الأندروجينية ذات الطراز المذكر لدى الإناث : وهي
نادرة وفي حالاتها الوحيدة قد تأخذ الخاصة الأندروجينية لدى
النساء نفس السير المشاهد عند الرجال . عندها تكون سريراً
مشابهة للخاصة الأندروجينية لدى الذكور من تراجع خط
الأشعار في الصدغين وحتى إلى ظهور صلع كامل من الطراز
الذكري ، في مثل هذه الحالات ، يكون لدى المريضة ، إضافة
للاستعداد الوراثي ، زيادة صريحة في مستوى الهرمونات
الأندروجينية (المتلازمة الكظرية التناسلية ، الأورام المنتجة
للأندروجينات) . ونجد عادة علامات تذكير إضافية كالزيب
والاسترجال .

الخاصة الأندروجينية ذات الطراز الأنثوي لدى النساء : عندما
يكون العامل الوراثي موجوداً ، وفي نفس الوقت ، يكون
ارتفاع مستوى الأندروجينات معتدل وغير صريح ، تحدث
خفة أشعار منتشرة (الشكل ٣١ - ١٨) ، عادة بين سن
العشرين والأربعين وخاصة في منطقة الإكليل (التاج)
على الفروة (راجع الشكل ٣١ - ١٨) . وفي الحالات النموذجية
يقي خط الأشعار في الجبهة في مكانه وتزداد الخاصة في منطقة
الإكليل (التاج) تدريجياً لدرجة أن جلد الرأس يصبح مرئياً .

ومن النادر جداً أن يغيب الشعر كلية في منطقة الإكليل ،
وهكذا نجد صلعاً في منتصف الفروة محاطاً بإكليل من
الأشعار . ومن الأعراض النموذجية المرافقة المثل وزيادة رقة
الأشعار .

مخطط الأشعار : يبدى خاصة مرحلة الراحة .

التشخيص : توضح القصة السريرية وجود عوامل وراثية .
ويبدى الفحص السريري غالباً ، علاوة على خفة الأشعار في
مناطق الرأس النموذجية ، شعرانية واسترجال . ومن المهم معرفة
بدء وتطور النفحة وعدد الأشعار الساقطة يومياً حيث يطلب
من المريضة أن تجمعها في مغلف وتعد الأشعار التي تسقط أثناء
التمشيط يومياً ، ولعدة أيام ، وذلك بعد غسل الأشعار لمدة
خمس أيام . وفي بعض الحالات يكون لدى المريضة تقدير
خاطئ لعدد الأشعار الساقطة دون ظهور خفة أشعار صريحة
(الخاصة الكاذبة النفسية المنشأ Psychogenic
Pseudalopecia) . ويجب فحص مجموعة عشوائية من
غناذج الأشعار ، ويمكن معرفة الأشعار المتساقطة فعلاً من
الأشعار المقصوفة . وللقصة السريرية أهمية لكشف مرض
سابق أو تناول أدوية وذلك لنفي الأسباب الأخرى
للحاصات . ويجب التأكيد بشكل خاص على الحمل وعلى
الهرمونات مانعة الحمل وفي حالة الشك بوجود إفراز مفرط
للأندروجينات يمكن تحديد نسبة كيريتات التستسترون
وكيريتات دي هيدرو إيبي اندروستيرون
Dihydroepiandrosterone Sulfate في المصل .

المعالجة :

الجهازية : بما أن الخاصة الأندروجينية وزيادة المثل لدى النساء
ترافقان عادة بنسب عالية من الأندروجينات أو زيادة حساسية
الجريب الشعري للأندروجين لذا فإن مضادات الأندروجين
فعالة في هذه الحالة . ومضادات الأندروجين (خلاطات
السيروترون) هي جيستاجينات إنما لها تأثير ناهٍ (مثبط)
لإفراز الأندروجين ، وتأثير على المستقبلات الميولية في العضو
الهدف إضافة لذلك فإن الاستروجين وبعض مشتقات
البروجسترون ، كخلاطات الكلورمادينون ، تنقص تأثير
الأندروجينات على العضو الهدف . ويفعل الاستروجين على
رفع قدرة الربط للهرمون الجنسي ما ينقص نسبة التستسترون
الحُر . وتؤثر خلاطات الكلورمادينون نتيجة تثبيط إنزيم
5 α - Reductase الذي يعمل على تحويل التستسترون الحُر إلى
شكله الفعال 5 α - Dihydrotestosterone . هذا ويجب أن
تذكر دوماً النقاط التالية :

– لا تعطى المعالجة المضادة للأندروجينات للرجال .

– يمكن للنساء في الإياس أن يتناولن بشكل مستمر ٢٠ – ٢٥ ملغ من خللات السيروترون يومياً . إنما إذا بُدئ العلاج في سن متقدمة فإن التحسن يكون قليلاً نسبياً .

– يمكن للشابات اللواتي يستعملن مانعات الحمل الهرمونية أن يستعملن ، دون محذور إضافي ، أحد المستحضرات الحاوية على مضادات الأندروجين . ويمكن الحصول على تأثير مضاد أندروجيني أشد باستعمال مستحضر وحيد الطور Dianette ، Diane-35 (٢ ملغ خللات السيروترون ، ٠,٣٥ ملغ إيتينيل استراديول) والتي تعطى مع الدورة ولمدة ٢١ يوماً مع استراحة لمدة ٧ أيام . يعطى هذا العلاج عند ٥٥٪ من المرضى تحسناً في الحاصة الأندروجينية ، خلال ١٢ شهراً . وإن إعطاء مضاد أندروجيني أشد يوقف سقوط الأشعار لدى ٧٠٪ من المرضى ويقوي نمو الأشعار لدى ٤٠٪ (حين البدء بالعلاج باكراً فقط) ويخفف الإفراز الزهمي في أكثر من ٩٠٪ . ونوصي لهذه المعالجة بطريقة معدلة ثنائية الطور حسب ما وصفه Hammerstein (انظر الشكل ٣١ – ١٩) .

وحيث بدء نجاح المعالجة يمكن تجربة إنقاص جرعة مضاد الأندروجين إنما إذا أوقفت تماماً يحصل النكس عادة . ويجب الانتباه لمضادات الاستطباب والأعراض الجانبية المعروفة للمعالجة الهرمونية وبالحاصة مضادات الأندروجين .

الموضعية : يمكن للاستعمال الموضعي المديد للمحاليل المقوية للأشعار والحاولية على الأستروجينات أن تؤثر بشكل جيد على نبت الأشعار . وبالإضافة لتأثيرها الموضعي يمكن أن تحدث تأثيرات جهازية بسبب امتصاصه . وإن استعمال الستيرويدات القشرية السكرية لمدة محدودة يؤثر بشكل جيد على الأعراض النهائية المرافقة (نخالية الرأس البسيطة ، الهيربة Dandruff ، الإكزيمة المثية في الفروة) . ويجب معالجة الهيربة والإفراز المني الشديد بأنواع من الغسولات أو الشامبوهات الحاوية على مضادات جرثومية .

الحاصات المؤقتة Temporary Alopecias :

التعريف : هناك أشكال مؤقتة أو عكوسة من الحاصات نتيجة تأثيرات عابرة ، خارجية أو داخلية ، تخرب مرحلة الفعالية (النمو) للجريب الشعري وتؤدي إلى فقد أشعار ، سواء كان معمماً أو موضعياً (نفحة Effluvium) وبالتالي للصلع (حاصة Alopecia) .

الحاصة المؤقتة المنتشرة :

وتكون عادة دموية المنشأ . وتتعلق كثافة خفة الأشعار بشدة الأذية ومدة استمرارها . فبعد التخريب الشديد ، مثلاً

بعد جرعة عالية من معالجة كيميائية بموقفات نمو الخلايا (راجع الشكل ٣١ – ٢٠) ، تبدأ الأشعار بالسقوط بعد عدة أيام وحتى ٣ أسابيع . وتكون هذه الحاصة المنتشرة من النمط الفوري (العاجل) ، وتبدي مخطط أشعار حثلي أو طراز حثل جنود الأشعار في مرحلة الراحة (Telogen Dystrophic) أو (نفحة مرحلة النمو Anagen Effluvium) . وفي كل هذه الأشكال من الحاصات يبقى الجلد غير متبدل . ومن الواضح أن التخريب في الحاصة المنتشرة يصيب الجريب الشعري في فروة الرأس ولا يصيب أشعار باقي مناطق الجسم ، ربما لأن نسبة الأشعار الحساسة في مرحلة النمو تبلغ حوالي ٨٥٪ . وأما الجريبات غير الفعالة في مرحلة الراحة والتي تبلغ ١٥٪ فقط فإنها لا تتأثر . وأشعار مرحلة الراحة هذه تشكل في مناطق أخرى مثل الحاجبين نسبة ٨٠ – ٩٠٪ ، وفي العانة ٦٠ – ٨٠٪ ، وفي الإبطين ٧٠٪ ، وفي الأطراف ٦٠ – ٨٠٪ . ولا تتأثر جنود أشعار مرحلة الراحة بالأذيات وبالتالي تبقى حتى نهاية فترة راحتها .

والحاصة المنتشرة هي حالة سريرية تحتاج إلى تحليل سببي دقيق . وللحاصة المنتشرة العكوسة أسباب متنوعة . وقد نشاهد فقد أشعار حاد ومزمن وذلك حسب شدة ومدة استمرار العامل المؤذي .

الأخماج : الحمى التيفية ، النزلة الوافدة ، الإفرنجي الثانوي (الحاصة المأكولة بالعث) ، الحمرة ، كلها قد تسبب حاصات من النمط المتأخر مع طراز جنود أشعار مرحلة الراحة .

المؤذيات المزمنة والأدوية : الحاصة الانسائية ، الحادة عادة أو تحت الحادة بسبب التاليوم (سم الجرذان) ، موقفات نمو الخلايا ، الفيتامين آ ومشتقاته (الريتينويد) ، ومضادات التخثر (خاصة الهيبارين وأعداله) هي الأكثر مصادفة . وحسب الجرعة المأخوذة ، وطول الفترة الزمنية التي أثرت بها تكون الحاصة إما من النمط الفوري مع تطور طراز جنود أشعار حثلي ، أو من النمط المتأخر مع طراز جنود أشعار مرحلة الراحة . ويؤدي التاليوم والمقادير العالية من موقفات نمو الخلايا إلى حاصة منتشرة من النمط الفوري . وهناك واقع لا يمكن تفسيره ، وهو أن الجريب الشعري يمكن أن يعتاد على الجرعات التي تسبب النفحة عادة ، ويعود الشعر للنمو من جديد دون الحاجة إلى أية معالجة .

الاضطرابات الهرمونية : الحاصة بعد الوضع Postpartum هي الأكثر شيوعاً والتي تكون عادة حاصة مرحلة الراحة من النمط المتأخر ، وتظهر بعد ٢ – ٤ شهور من الولادة ، وتراجع عفوياً في العادة بعد عدة أشهر . ويفسر فقد الأشعار بعد الوضع بأن الأشعار في مرحلة الحمل تبقى مدة أطول في مرحلة النمو

(انفعالية) ، وفي هذه المرحلة أيضاً تتناقص تبدلات الأشعار الفيزيولوجية . بعد الوضع تصل الجريات بأعداد كبيرة إلى مرحلة الراحة (حوالي ٣٠٪) وتسقط في نهاية مرحلة الراحة الفيزيولوجية ، أي بعد ٢ - ٤ شهور . ويمكن أن تتحول بقعة بعد الوضع إلى حاصة أندروجينية لدى نساء لديهن استعداد وراثي مناسب . وقد وصف سابقاً تأثير مانعات الحمل وعلاقتها بالحاصة الأندروجينية لدى النساء . وإن تناول مانعات الحمل قد يؤدي لظهور حاصة منتشرة مزمنة . وتظهر هذه الحاصة خلال الدورات الأربع أو الست الأولى لتناول المرأة لمانعات الحمل ، بعد ذلك يمكن أن تزول عفويّاً لدى العديد من المريضات رغم استمرار تعاطيهن العلاج . ومن ناحية أخرى يمكن أن تظهر حاصة منتشرة بعد ٢ - ٤ أشهر من وقف مانعات الحمل الهرمونية ، وهي شكل من الحاصة عقب الوضع .

إن اضطراب عمل الغدة النخامية (نقص عمل النخامة) والغدة الدرقية (الوذمة المخاطية ، داء بازو) يمكن أن يؤدي إلى حاصة مرحلة الراحة المنتشرة والتي تكون مزمنة في العادة ، وتؤدي غالباً إلى ظهور أشعار نخيلة تحل محل الأشعار السوية . وقد تؤدي آفات المبيضين أيضاً إلى حاصة . وإن معاوضة الاضطراب الهرموني يعيد غالباً نبت الأشعار إلى طبيعته .

الآفات المزمنة : الأحمريات الجلدية ، التهاب الجلد والعضل ، الذأب الحمامي المجموعي ، الداء السكري ، الأمراض المؤدية للذئب بما في ذلك الإيدز والتنشؤات الخبيثة يمكن لها كلها أن تؤدي إلى ظهور الحاصات . حيث يصبح الشعر نخيلاً ، وعدم اللصمان ، وناقص الصباغ . وتبدي البقعة المزمنة مخطط أشعار طراز مرحلة الراحة أو جذور الأشعار المختلط (حاصة من النمط المتأخر) .

ويجب التأكيد أن عوز الحديد لدى النساء قد يؤدي إلى فقد أشعار معمم لذلك يوصى بمعايرة حديد المصل . وبعد تعويض النقص يمكن للشعر أن ينمو من جديد .

حالات الكرب الحاد *Acute Stress* : يمكن للحالات الانفعالية الشديدة أن تؤدي لفقد أشعار حاد أو مزمن حيث نلاحظ خفة أشعار حادة ومتعممة أثناء الحروب وبعد الحوادث والمداخلات الجراحية ، وتظهر عادة كحاصة من النمط الفوري وتتميز بطراز جذور أشعار خثلي أو خثل أشعار مرحلة الراحة . ويتميز هذا النوع من الحاصات بالميل للشفاء العفوي .

فقد الأشعار الفيزيولوجي لدى الوليد : قد يصاب الوليد في الأسبوع الأول من الحياة بفقد أشعار متعمم ، وهذا ما يقلق الأم عادة . ويعمل سقوط الشعر لدى الوليد ، أن أشعاره تدخل

في نهاية الحمل في مرحلة الراحة وتسقط في نهاية هذه المرحلة ، وهذه الحادثة قد تكون سريعة أو بطيئة ويجب توقع عودة نمو الشعر من جديد وبشكل كامل ، ويؤدي مخطط الأشعار طرازاً متميزاً لجذور أشعار مرحلة الراحة .

الحاصة البقعية المنتشرة أو الثعلبة *Alopecia Areata Diffusa* : تشكل الثعلبة عادة آفات بؤرية ، إنما قد تبتدىء كحاصة منتشرة . ويحتاج وضع التشخيص في مثل هذه الحالات إلى إجراء فحص نسجي لحزعة من فروة الرأس لكشف وجود رشاحة لمفاوية حول البصلة ، وتغيّب هذه الرشاحة في كل أشكال فقد الأشعار المنتشر الأخرى . ويساعد على وضع التشخيص فقد أشعار الأهداب أو مناطق أخرى من الجسم . وقد تلاحظ أيضاً تبدلات في الأظفار .

التشخيص : إن الأمر الأهم لوضع التشخيص هو القصة السريرية التي يجب أن تأخذ بالحسبان كل الأسباب المذكورة سابقاً . ويساعد مخطط الأشعار للتمييز بين الطراز الخثلي وطراز مرحلة الراحة ويعطينا معلومات حول تطور الآفة . وفي حالات فقد الأشعار الانسمامي الحاد قد يحدث لدينا اضطراب في نمو الأظفار (خطوط بو - ريل *Beau - Reil*) . ومن المهم نفى الإفرنجي ، وفاقة الدم بعوز الحديد ، واضطراب الغدة الدرقية والغدد الصم الأخرى . وإذا كان هناك شك بوجود حالة انسمامية فيجب إجراء دراسات سمية (كشف التاليوم في البول ، والشعر والأظفار) . وفي حالة الشك بالثعلبة المعممة ، فمن الضروري إجراء خزعة من فروة الرأس .

المعالجة :

الجهازية : وتقوم على معالجة المرض المستبطن (المؤهب للإصابة) . لا توجد علاجات خاصة لسقوط الشعر عقب الولادة أو الحالات الخمجية وتوصف المستحضرات الهلامية *Gelatin* والفيتامين د ٣ (٦ ملغ يومياً ولمدة ٦ - ٨ أسابيع مع الحذر من مضادات الاستطباب) ، مستحضرات الفيتامينات المركبة ، وعلى أي حال فليس لواحد منها أثر أكيد . ومن الضروري إعطاء الحديد عن طريق الفم في حال عوز الحديد . أما المعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية فغير مستطبة هنا . وأثناء تطبيق المعالجة بموقفات نمو الخلايا ، فإن للمعالجة القرية *Cryotherapy* الوقائية نجاح كبير ، حيث تطبق قبل ١٠ دقائق من إعطاء الحقنة العلاجية وتكرر حسب مواعيد إجراء الحقن بالعقارات الموقفة لنمو الخلايا . ويتوفر في الوقت الحاضر مقنعة *Hood* الخاصة والخفضة للحرارة .

الموضعية : العناية بالشعر وفروة الرأس .

الحاصة المؤقتة المحوطة

: Circumscribed Temporary Alopecia

يظهر فقد الأشعار المحدد إثر أذية خارجية أو داخلية تصيب الجريب الشعري والتي تؤدي إلى وقف مؤقت في تكوّن الأشعار . الأسباب الممكنة لهذه الأذية : فيزيائية ، وكيميائية والرضوح الآلية المزمنة أو الالتهابات الموضعية .

الأنماط الفيزيائية للحاصات

: Physical Types of Alopecia

الحاصة الانضغاطية الطفلية

: Infantile Pressure Alopecia

في الأيام الأولى لحياة الوليد تكون أشعاره في مرحلة الراحة وتسقط هذه الأشعار في أشهر الحياة الأولى ويزداد هذا الفقد الفيزيولوجي للأشعار في مؤخرة الرأس بسبب الانضغاط والفرق على الرسادة . ويمكن لهذه الحاصة النموذجية (صلع الرضيع القذالي أو القفوي) أن يشغل بال الأم ، إلا أن الشعر هنا يظهر من جديد حال بدء الدورة الشعرية الجديدة .

هوس نتف الأشعار Trichotillomania :

[١٨٩٩ : Hallopeau]

المرادفات : شد الأشعار المرضي (Morbid Hair Pulling) .

التعريف : رغبة مرضية بنتف الأشعار من منشأ نفسي قد تترافق أحياناً بأكل الشعر Trichophagy (بلع الشعر : Swallowing Hair) .

الحدوث : شائع خاصة لدى الأطفال .

الموجودات السريرية : بقع محددة ، جبهة جدارية أو جبهة صدغية ، في الجهة اليسرى عادة لدى الأيمن وفي الجهة اليمنى عند الأيسر (راجع الشكل ٣١ - ٢١) . المريض نفسه يلف الشعر حول أصبعه وينزعه . والآفة أكثر شيوعاً لدى الأطفال بين سن الرابعة والعاشرة وتدل على مشاكل انفعالية وأحياناً على اضطرابات نفسية خطيرة . وغالباً ما يقوم الطفل بهذا العمل وهو في السرير ولذا لا يشعر الأهل به . يشاهد في مناطق الإصابة أشعاراً قصيرة في أعمار مختلفة . ونقطة هامة تميزها عن الثعلبة وهي وجود نزوف حديثة في فوهة الجريبات ، وكذلك وجود نقاط تشبه الرؤان وهي علامة مميزة لهوس نتف الأشعار . الآفة نادرة لدى الكهول . وإذا وجدت فإنما تدل على وجود اضطرابات نفسية خطيرة أو على التمارض . وكثيراً ما يتزع المريض أشعار حاجبيه أو أهدابه أو ذقنه ، وكثيراً ما تترافق الآفة لدى الأطفال ، كما لدى بعض الحيوانات ، مع أكل الشعر (يجب تحري ذلك في البراز) . وآلية هوس نتف الأظفار

وأكلها مشابه لذلك .

مخطط الأشعار Trichogram : نجد نسبة قليلة من أشعار مرحلة الراحة (٥٪ تقريباً) ، ونجد في المنطقة السليمة سريراً من الفروة أن غط جذور الأشعار هو طبيعي بالنسبة للأطفال (٩٥٪ في مرحلة النمو و ٥٪ في مرحلة الراحة) وغالباً ما تكون الأشعار التي يجلبها المريض معه متقصفة أو حثلية .

التشريح المرضي النسيجي : تلاحظ نزوف نموذجية ضمن الجريب وحوله دون وجود علامات النهائية . وكذلك فإن سقية الأشعار تكون مبرومة ، ملتوية دودية الشكل Vermiform . الجريبات ضامرة وملينة بمواد ناجمة عن تحلل رحم الشعرة كالقراطين وجزيئات صباغية أو بقايا غمد الجذر الداخلي ، وهذا ما يعرف بتلين الأشعار (Miescher) Trichomalacia . وقد نلاحظ عدداً من الأشعار في مرحلة التراجع .

الإنذار : حسن لدى الأطفال .

المعالجة : نفسية باستشارة طبيب نفسي ، وإيضاح الآفة للأهل ، يفيد حلق الشعر لدى الصغار لتخليصهم من عادة التنف ، المعالجة النفسية غير ضرورية عادة .

هوس قطع الأشعار Trichotemnomania :

[١٩٦٨ : Vogel و Braun - Falco]

رغبة لا تقاوم في تقطيع الأشعار في مناطق معينة ، وقد لوحظت لدى المصابين بأعراض زورانية (Paranoid) ، وفي إصابة الدماغ بمتلازمات عضوية (تصلب مخي ...) . يلاحظ هذا الاضطراب بشكل طاع عند النساء بعد الإياس وهو مشابه لرهاب الطفيليات Parasitophobia . وتصبح الفروة هنا هدفاً لرفض المحيط . والمعالجة الوحيدة هي المعالجة النفسية .

الحاصة المحوطة عقب الحمجية

: Circumscribed Postinfection Alopecia

وتحصل عقب تخريب سمي يصيب بصلة الجريبات الشعرية في القوباء السارية ، والدمامل ، والجمرة ، والحمرة ، والفطارات ، والاندفاعات الإفرنجية وغيرها ... وإذا كان الجريب متخرباً فالآفة الناجمة حاصة ندية غير عكوسة . أما إذا لم يتم التخرب فإن الشعر يعود للنبت من جديد خلال أسابيع . وإن ما يحصل هو حثل يصيب رحم الشعرة ناجم عن الديدانات الجرثومية مع فقد أشعار تالي .

الحاصة المحوطة الالتهابية

: Circumscribed Inflammatory Alopecia

وتحدث هذه الحاصة في مناطق مصابة بجلادات التهابية

مزمنة ، والآفة عكوسة إذا لم تسبب ضموراً : الإكزيمة مزمنة ، والحزاز البسيط المزمن ، والصُّدَاف الشائع . ويمكن تخريش الفيزيائي كالفرك المستمر والحكة في الجلادات الحاكّة ن تسبب خفة في الأشعار إضافة إلى الالتهاب .

الحاصة البقعية (الثعلبة) Alopecia Areata :

مرادفات : الثعلبة (Pelade) ، الحاصة المحوطة (Alopecia Circumscribed) .

التعريف : هي فقد أشعار بؤري التهابي ، وهي عكوسة عادة ، سببها مجهول ويمكن أن تؤدي إلى فقد أشعار معمّم وتبدلات ضغرية .

الحدوث : شائعة ، وهي الحاصة الالتهابية الأهم ، تصيب لأطفال والكهول من كلا الجنسين بنسبة متساوية ، إلا أن بعض التقارير تفيد أنها تصيب الذكور أكثر من الإناث . وهي عتية في ٢٠٪ من الحالات وكثيراً ما ترتبط مع التأتب .

البيات : مجهولة السبب . ويؤخذ بعين الاعتبار بعض عوامل المؤهبة . ويساند فكرة التأثير الوراثي وجودها في بعض تعائلات وترافقها مع الأمراض الولادية كتثلث الصبغي ٢١ (متلازمة داون Down) أو (متلازمة Vogt - Koyanagi) . كما لوحظت الآفة بعد حالات من نشدة النفسية . لم تثبت علاقتها الوثيقة مع بعض اضطرابات تغدد الصم وخاصة الغدة الدرقية ، وكذلك بالنسبة للأخماج البؤرية . ويعتبر البعض أن العامل المسبب هو عوز كامن لنزك ، كما أمكن الكشف عن عوامل مناعية مسببة لم تتوضع بعد بالتحديد . ويدعم هذا الرأي وجود التهاب باللمفاويات نشائية في منطقة الجريب الشعري ، وهذا ما يمكن إيضاحه نسجياً . وقد ترافق الثعلبة مع التأتب ، والشرى ، أو مع اضطرابات في الحملة المناعية الذاتية كالذآب الحمامي والبهاق وفقر الدم الوبيل (الخبيث) . وقد أمكن إثبات وجود خلل في مناعة الخلوية . ويدل وجود اضطراب في نمو الأظفار أن الثعلبة ليست آفة محددة في الجريبات الشعرية .

الإمراض : الثعلبة هي حاصة التهاية ناجمة عن تفاعل التهابي في منطقة بصلة وحليمة الشعرة الأدمية يغلب فيه اللمفاويات النائية . يضطرب الاستقلاب في الخلايا التي تكوّن مطرق Matrix الشعرة وتتوقف فعاليتها الانقسامية ، ويتوقف أيضاً تركيب الملانين . ويمكن أيضاً وجود تفاعل من النوع المتأخر المتواسط بالخلايا : شكل من التهاب جلدي في الجريب الشعري . ويتعلق التأثير على تشكيل الشعرة بشدة التخريب الالتهابي الخلوي واستمراره ، ويقوم التبدل على دخول مطرق الشعرة في مرحلة الراحة والخلل والتعكس الحاد ، إلا أنه بعد

توقف الحالة الالتهابية يعود الجريب إلى إنتاج الشعر من جديد .
الموجودات السريرية : بقعة أو عدة بقع ، مدورة أو بيضاوية ، واضحة الحدود بدون أعراض شخصية ، فلا يلاحظ المريض سوى فقد مفاجيء وكامل للأشعار في هذه البقع (راجع الشكل ٣١ - ٢٢) . يكون الجلد مكان البقع غائراً بسبب فقد الأشعار وتراجع حجم بصلاتها ، ويكون لون الجلد عادة عاجياً أو قد يكون عمراً احمراراً التهايباً خفيفاً . لا يوجد ضمور وتبقى فوهات الجريبات موجودة . وإن فحص الأشعار في محيط الآفة هام للتشخيص ولوضع الإنذار . وإن سحب الأشعار من محيط الآفة بسهولة ودون ألم يدل على أن الآفة مترقية ؛ وإذا كانت الأشعار عالقة بشدة فإن ميل الآفة للترقي والانتشار يكون خفيفاً . والأشعار المحيطية التي يمكن سحبها هي غالباً حثلية تستدق باتجاه نهايتها وخالية من أععدة الجذور (الشعرة بشكل علامة التعجب) . ويتعلق طول هذه الأشعار النحيلة بالمدة التي انقضت على إصابة مطرق الشعرة بالخلل . وكذلك ننظر إلى وجود الأشعار الثعلبية (راجع الشكلين ٣١ - ٢٣ و ٣١ - ٢٤) في محيط البؤرة المترقية دليلاً على سوء الإنذار ، وتكون هذه الأشعار بطول ٠,٢ - ٠,٧ سم ، صباغها خفيف ونهايتها متفتحة أو مترققة . وعلامة أخيرة تدل على سوء الإنذار ، هي وجود الأشعار الجيفية (Cheveux Cadaverisées) [راجع الشكل ٣١ - ٢٥] . وتبدو هذه الأشعار سريراً كسدادات سوداء تشبه الزؤان في فوهة الجريبات ويظهر الفحص المجهرى على أنها عبارة عن استحالة تلينية شعرية لبقايا مطرق الشعرة مع جزيئات صباغية ، والأععاد الداخلية للجذور ، وبقايا الشعرة . ودلالاتها الإنذارية سيئة حيث أنها المعادل الشكلي السريري للاستحالة الحادة في مطرق الشعرة ، وتوحي بالانتشار السريع للبؤر . هذا ويمكن لبؤر الإصابة أن تظهر في أي منطقة ، إلا أن المناطق الأكثر إصابة على الفروة هي القفوية والصغية ، ويمكن أن تصيب أيضاً منطقة الذقن والحاجبين والأهداب (راجع الشكل ٣١ - ٢٢) أو أي منطقة مشعرة من الجسم . والعلامات السريرية المرافقة هي غير ثابتة وتلاحظ تبدلات في الأظفار في ٢٠٪ من الحالات ، مثلاً : أظفار منقطة ، وحثل أظفار ، وبش الأظفار أو Trachyonychia . وإن مسير وشدة هذه الآفات الظفرية متوافقان مع سير الثعلبة ، ولا تعطي الفحوص المخبرية أية تبدلات نوعية .

التشريع المرضي النسجي : تكون الجريبات الشعرية في المناطق فاقدة الأشعار في مكانها ، غير أنها متأذية . وتكون بصلات الأشعار ضامرة بسبب حثل مطرق الشعرة (جريبات قزمة) ، وتتوضع في أعلى الأدمة وتنتج قرأتين خلل تقرني . وهناك نقص

متناسب واضح بين الحليات الواسعة نسبياً ومطرق الأشعار الضامر . وتكون سقية الشعرة الهشة مكونة من خلايا المطرق وتتواجد حتى فوهة انفتاح الغدد الزهمية ، وفي بعض الجريبات يتوقف إنتاج الشعرة بشكل كامل وتكون فوهات الجريبات متوسعة وملية بمواد متقرنة من بقايا الأشعار المصابة بالتلين القرآتيني Keratomalacic . ويتوقف إنتاج الملانين ، ويمكن أن نجد في الحليمة الأدمية . تحاط بصلات الأشعار في المراحل الأولى برشاحة لمفاوية كثيفة « كعش النحل » وتدخل هذه الرشاحة حتى حليمة الشعرة . وفي مرحلة متأخرة تحصل استحالة هياينية في الحليمة .

السير والإنذار : سير الثعلبة متبدل ولا يمكن تقديره في كل الحالات ، ولا يمكن التنبؤ لا بمدة تطور الآفة ولا بزم من عودة نبت الأشعار . ويبدأ نبت الأشعار عادة بعد عدة أسابيع في البقع الصغيرة التي هي بحجم قطعة النقود ، وفي البدء يظهر شعر زغبى ناقص الصباغ ثم يصبح الشعر قوياً مصطبغاً . أما لدى المرضى ذوي الشعر الشائب فكثيراً ما تسقط الأشعار السوداء فقط وتبقى الأشعار البيضاء . في الحالات الحادة من الثعلبة التي تشمل مساحات واسعة يحصل لدينا الانطباع بتحول الشعر إلى اللون الأبيض خلال ليلة واحدة ، وإن عودة نبت الأشعار غير المصطبغة في الثعلبة تؤدي إلى ما يسمى بالشيب المبكر الموضع Poliosis وكثيراً ما يستمر . وفي بعض الحالات يتوازن ظهور بقع جديدة من الثعلبة مع شفاء البقع القديمة . وفي ثلث الحالات تبقى الهجمة الأولى أقل من ستة أشهر ، وأقل من سنة في نصف الحالات ، وفي ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات لا تشفى لعدة سنوات ، ويحصل النكس في ٤٠ - ٥٠٪ من الحالات خلال أسابيع وحتى ٥ سنوات بعد شفاء أول هجمة . وتبلغ نسبة المرضى الذين يشفون دون حدوث نكس حوالي الثلث . وتكون الثعلبة لدى المصابين بالتأتب وخاصة الإكزيمة التأتبية معقدة ، وهذا صحيح وخاصة في الشكل الثعباني من الثعلبة . وإذا كانت الآفة مترقية ، سرعان ما تظهر بقع جديدة تتسع وتتحد مع بعضها لتشكل سطوحاً جرداء . ونجد عادة في المناطق الهامشية من الثعلبة أشعاراً حثلية وثلعية وأحياناً أشعاراً جيفية ، ويمكن نزع خصل من الشعر دون ألم .

الحاصة البقعية المنتشرة (Alopecia Areata Diffusa) : في حالة الحاصة البقعية المترقية ، من الشائع أن نجد في نفس الوقت النفحة المنتشرة لمرحلة الراحة والتي تكشف بمخطط الأشعار الجرى على مناطق غير مصابة من فروة الرأس . وقد تظهر الثعلبة كحاصة منتشرة صرفة عندما يصعب تمييزها عن الأشكال الأخرى من الحاصات إذا لم يثبت التشخيص بالفحص النسجي .

الثعلبة الثعبانية Ophiasis : يظهر هذا الشكل الخاص من الثعلبة في المناطق المحيطة من فروة الرأس ، والنقرة ، والصدغين والجبهة . وتميل لأن تكون مترقية لكي يبقى أخيراً بقعة صغيرة من الشعر في منطقة الإكليل (التاج) وتشبه بليدة الأسد Lion's Mane . وتترافق غالباً مع التأتب . ويغلب أن يكون إنذار الثعلبة الثعبانية غير جيد .

الحاصة البقعية : الثعلبة الكلية Alopecia Areata Totalis أو الثعلبة الخبيثة A.A. Maligna : يبدأ هذا الشكل الشديد ببقع محدودة تتسع بسرعة وتنتهي بفقد كامل أشعار الرأس ، وفي الأشكال الأكثر خطورة من الثعلبة المنتشرة ، تسقط كل أشعار الجسم بما في ذلك الحاجبين والمهدين (راجع الشكل ٣١ - ٢٦) وأشعار العانة . الإنذار في هذا الشكل محفظ به ، وعلى أي حال ، فإن عودة نبت الأشعار كاملاً هو ممكن حتى بعد عقود والأسباب مجهولة .

التشخيص : تتميز الآفة ، بالقصة السريرية ، وبالمظهر السريري حيث تشاهد الأشعار الثعلبية والجيفية ، وخاصة في محيط الآفة . ويؤدي مخطط الأشعار في الأشكال ذات الترقى البطيء طرازاً اعتيادياً أو طراز جنود أشعار مرحلة الراحة . وإذا كان الترقى سريعاً فيبدو مخطط الأشعار من الطراز الحثلي لمرحلة الراحة ، ونادراً ما يكون حثلياً صرفاً . وفي حوالي ٦٠٪ من الحالات يكون طراز جذر الشعرة رضحياً حتى في أقسام الفروة التي تبدو سليمة . ويمكن للفحص النسجي أن يميز الحاصة الندية عن هوس تنف الأشعار . ويمكن نفي الحاصة النوعية في الإفرنجي الثانوي بواسطة الاختبارات المصلية .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق خاصة عن الثعلبة الكاذبة لبروك ، وحالة الثعلبة الكاذبة ، والحاصة النوعية في الإفرنجي الثانوي ، والحاصة الفطرية (السعفة الجازة) وعن هوس تنف الأشعار .

المعالجة : بما أن سبب الثعلبة ما تزال مجهولة فليس هناك معالجة سببية ، إضافة لذلك ، وبما أن السير العفوي للثعلبة يختلف من حالة لأخرى ، فمن الصعب تقدير نتائج المعالجة .

المعالجة الجهازية : تشكل الستيرويدات القشرية معالجة موقفة لتطور المرض ، فبتأثيرها القوي المضاد للالتهاب والكابت للمناعة ، ينمو الشعر ، إنما غالباً ما يتساقط من جديد بعد وقف العلاج . ويمكن التفكير بإعطاء الستيرويدات القشرية داخلياً إذا كانت الآفة مترقية بسرعة ، أو إذا كان الإنذار مشكوك به ، وقد ثبتت فائدة البردنيزولون ، وميتيل بردنيزولون ، وتريامسينولون ، والدكساميتازون . نبدأ عادة بجرعة يومية من ٢٠ - ٤٠ ملغ متيل بردنيزولون أو ما يعادلها من ستيرويدات أخرى . وبعد ٢ - ٣ أسابيع تنقص الجرعة تدريجياً حتى بلوغ

جرعة الصيانة . وإذا كانت هذه الجرعة مرتفعة وتسبب تحسناً جانبية توقف العلاج داخلياً ونعطي علاجات موضعية فقط أو نوصي باستعمال شعر مستعار ، إنما غالباً ما تكفي جرعات الخفيفة والتي يمكن إنقاصها لاحقاً . في حوالي ٢٠٪ من المرضى يستمر نمو الشعر حتى بعد إيقاف العلاج . وإن فائدة المعالجة بالزنك والذي وصف حديثاً لا يزال موضع نقاش . ويمكن إعطاء الساليسيلات عن طريق الفم كما في التهاب خفص .

نعالج الموضعية : يفضل العلاج الموضعي بالستيرويدات القشرية ، والحقن البوري ضمن الجلد بمعلق التريامسينولون . نبيّر والمدد ١ : ٢ وحتى ١ : ٥ والممزوج بمبنج موضعي هو أفضل طريقة لمعالجة البور القليلة . وفي حال إجراء الحقن في لصدغين والجهة فيجب أن يتم بحذر شديد وبشكل أكيد داخل الجلد . فقد ذكرت حوادث انتقلت فيها البلورات إلى لشرايين الشبكية مما يؤدي إلى العمى . يبدأ نمو الأشعار من جديد بعد ٤ - ٦ أسابيع من بدء المعالجة . ويمكن استعمال ستيرويدات بشكل رهيمات وتحت ضماد كيمي باستعمال ملاعق لدينية Plastic أو قبة سباحة تترك طوال الليل حتى في حالة الثعلبة المنتشرة ، ويجب الاستمرار بها مدة أسابيع . قد تحدث أخماج ثانوية وعدّ ستيرويدي على الجهة . بالنسبة للبقع الوحيدة يمكن دهنها صباحاً ومساءً ولعدة مرات (٢ - ٥ مرات) بستيرويد قشري على شكل صيغة كالتريامسينولون ونييتاميتازون ، وبعد ذلك تستبدل برهم ستيرويدي . ويجب تطبيق العلاج الموضعي بمقدار ١ سم في الجلد السليم زيادة عن محيط الآفة .

وقد ذكرت حوادث نجح فيها إحداث التهاب جلد قاسمي أرجي موضعي بواسطة مرهم دي نثروكلوربتزين أو Squaric Acid Dibutylester أو دي فينيل سيكلوبروبينون بعد تحسيس المريض المسبق لها إلا أن هناك اعتراضات في الوقت الحاضر حول تحسيس المريض بسبب الشك بالتأثيرات المولدة للسرطان أو المولدة للطفرات والتي تتلو الاستعمال المذكور للدي نثروكلوربتزين (DNCB) . ويؤمل حالياً أكثر باستعمال Diphencyprone كعلاج يمنع موضعي . وإن إحداث التهاب جلد انسمامي بواسطة الأنترالين (ديترانول ٠,١ - ١٪) هو أقل محذور من السابق . وإذا أمكن المحافظة على التهاب جلد حمامي خفيف ولفترة طويلة ، نجد أن الشعر عند ٢٠٪ - ٣٠٪ من المرضى ينمو من جديد بعد ٦ - ٨ أسابيع . إضافة لما سبق ، قد نحصل على عودة نمو الأشعار في الثعلبات القديمة بالعلاج الكيميائي - ضوئي الموضعي باستعمال محلول المسلايين ٠,١٥٪ بحذر شديد . وحتى مع هذه المعالجات فإن إيقاف سير المرض هو مؤقت .

أما الثعلبة المنتشرة فهي غالباً ما تنجم عن رضح انفعالي شديد وخاصة لدى النساء والأطفال . ومن المهم توجيه المريض نفسياً . ويجب عدم إعطاء المريض آمالاً قد لا يمكن تحقيقها . وهذا المرض مزعج جداً من الناحية الترويقية إلا أنه لا يؤثر مطلقاً على الصحة العامة . وينبغي عدم وصف علاجات تؤدي إلى نمو الأشعار على حساب محاذير جانبية خطيرة . ومن الأفضل تشجيع المريض على وضع شعر مستعار تتحمل ثمنه التأمينات الصحية إذا كان المريض يشكو من اضطرابات نفسية خطيرة .

الفصل الثاني والثلاثون

آفات الأظفار

Diseases of the Nails

د . سبل دياب

لمحة تشريحية فيزيولوجية :

تتكون وحدة الظفر Nail Unit من أربع بُنى ظهارية :
رحم الظفر Nail Matrix ، سرير الظفر Nail Bed ، الأشعر (تحت الظفر Hyponychium) ، والطية الدانية للظفر Proximal Nail Fold . ويشكل عظم السلامة الانتهاية قسماً من مظهر الظفر . ويتواجد الظفر بين أخدودين : الداني والجاني ، وهذه الأخاديد هي انفلاقات للطيات الظفرية الموافقة (راجع الشكل ٣٢ - ١) . وإن ما يعطي الظفر شكله النهائي هو كل من شكل وحجم العظم القاصي Distal Bone ، والصفحة الظفرية . والنسيج المحيط بالظفر . وتتولد الصفحة الظفرية من مطرق الظفر الذي يمتد ٣ - ٦ ملم تحت طية الظفر الدانية ، ويشاهد قسمه القاصي على شكل بنية نصف دائرية بيضاء تسمى الهليل Lunula . تلتصق طية الظفر الدانية بصفحة الظفر خاتمة هذه الرتبة Cul-de-sac . وتنزلق الصفحة الظفرية فوق سرير الظفر الذي تلتصق به بشدة ، يكون سرير الظفر غني بالأوعية ويحوي أجساماً كلبية Glomus . وتكون الصفحة الظفرية شافة يبدو من خلالها سرير الظفر ذو اللون الأرجواني . ويتعلق اختراق الأشعة للصفحة الظفرية بطول الموجة وبخانة الصفحة الظفرية ، حيث يمر عبر الصفحة الظفرية أقل من ١ - ٣٪ تقريباً من الأشعة فوق البنفسجية ب (U.V.B) ، وحوالي ٥ - ١٠٪ من الأشعة فوق البنفسجية آ (U.V.A) فقط ١٠ - ٢٠٪ من النور المرئي . والقسم القاصي من سرير الظفر هو الأشعر (تحت الظفر) وهو يشكل امتداداً للبشرة تحت الصفحة الظفرية ويُنهي الأخدود القاصي . ويترآكم أحياناً تحت النهاية الحرة للصفحة الظفرية مواد متقرنة . ويتشكل ١٥٠ - ٢٠٠ ملم من نخانة الظفر من حوالي ١٠٠ - ١٥٠ طبقة من خلايا متقرنة مرصوفة دون نظام . ويمكن الحصول على الخلايا المتقرنة لإجراء الاستقصاءات الشكلياتية بطريقة نزع الشريط اللاصق وتكون الخلايا المتقرنة غير منوأة وهي مسطحة ذات أشكال غير منتظمة يبلغ قَدُّها ٦٠٠ ن م عند الأطفال ، و ٨٠٠ ن م لدى الكهول و ٩٠٠ - ١١٠٠ ن م لدى الشيوخ .

تنمو الصفحة الظفرية حوالي ٠,٩ ملم أسبوعياً ، وينمو ظفر الأصبع الثالث بسرعة أكبر . وتزداد سرعة نمو الأظفار في عدد من الأمراض الجلدية كالصداف الشائع ، بينما تتناقص في آفات أخرى كالحزاز المسطح . وتكون الشعيرات الدموية مرئية عبر الصفحة الظفرية الشفافة وفوق الظفر Eponychium . وإن الدراسة المجهرية للشعيرات هي طريقة لتشخيص التبدلات الوعائية في عدد من الأمراض الجلدية (الصدف ، التهاب الجلد والعُضَل ، تصلب الجلد المجموعي المترقي) . وعلاوة على ذلك ، فإن خلل التصبغ ، وفقر الدم ، ووجود الميتموغلوبين في الدم Methemoglobinemia ، والوحامات ، والملائومات الخبيثة ، والأورام الكبية يمكن كشفها غالباً عبر الصفحة الظفرية . ومن المعروف حدوث المران السافع (Actinic Elastosis) في سرير الظفر كتفاعل ضوئي سمي يؤدي لانفكاك الظفر الضوئي السمي Phototoxic Onycholysis (مثلاً : بعد تناول ثاني ميتيل كلورتراسيكلين ، أو دوكسي سيكلين أو ٨ - ميتوكسي بسورالين) . وإن فقد الماء عبر الطبقة المتقرنة لسرير ظفر سليم هي عالية لدرجة مذهشة ، ويبلغ حوالي ١٠٠ مرة أكثر من الطبقة المتقرنة للجلد الأجرد . ويختلف شكل الظفر كثيراً ، كما يختلف نمو الأظفار لدى الأشخاص البدنيين عما هو عليه لدى الرياضيين أو لدى المصابين بالعملاقة الجزئية أو المتعممة ، أو لدى نخيلي الأجسام . ويتعلق شكل الظفر بشكل السلامي الانتهاية . ويصبح كثير من الأظفار منحنياً ومحدباً قليلاً باتجاه الطول ، إنما الانحناء المحدب بشدة هو القاعدة ، وقد تظهر لدى كبار السن أخاديد طولانية على الصفحة الظفرية . وكثيراً ما نشاهد سطح ظفر مُحَصَّص (Onychodystrophia Schindlamoides of Stuhmer) أما حجم ونخانة الأظفار فيختلف من شخص لآخر ويشاهد تمسك في الأظفار في ثخن الأظفار الولادي (Pachyonychia Congenita) .

آفات الصفحة الظفرية Diseases of the Nail : plate

انشقاق الظفر Onychoschizia أو Onychoschisis :

وهو انشطار الصفحة الظفرية إلى صفائح مرصوفة أفقياً بدءاً من الحافة الدانية الحرة ، (راجع الشكل ٣٢ - ٢) وسببه مجهول . وقد بحثت تأثيرات بعض الشذوذات كتقص التحام طبقات الخلايا المتقرنة ، والعوامل الرضحية كالعرف على بعض الآلات الموسيقية كالبيانو والآلات الوترية . وهناك تحرب فيزيا - كيميائي مفرط يصيب الصفحة الظفرية ناجم عن الغسل المتكرر أو كثرة استعمال طلاء الأظفار أو مزيلات

حسية . ولكنها أسباب ممكنة ويجب التفكير بعوز الحديد
بعض .

نصائح : تجنب الآليات المسببة أو معالجتها . مراهم الأظفار أو
حمضات لأظفار في زيت الزيتون الحار . ويجب عدم استعمال
مزيلات لونها .

هشاشة الأظفار : Onychorrhexis :

وهي أخذود طولاني ضيق يعطي الظفر مظهراً وكأنه تُخدش
ببرق أو « بورق الزجاج » . يلاحظ انعدام لمعان الظفر وتفتته
حيث يتأثر قطعاً ، أو تشطر حافته الحرة . ونادراً ما تكون
لأفة عدسية ووراثية ، والغالب أن يكون السبب عاملاً
حرجياً : كالفصل المتكرر والعمل في وسط رطب ، وحالات
لحمية ونكحول (الغول) ، والعناية المفرطة بالأظفار مع
لاستعمال المتكرر لمزيلات الطلاء وتحدث هشاشة الأظفار
أيضاً في بعض الأمراض كقرط الدرقية ، وعوز الفيتامين آ
و ب . وسوء التغذية ، والآفة شائعة في عوز الحديد وكثيراً ما
تترافق مع تقعر الأظفار . وقد نوقش عوز الكالسيوم كسبب
محتمل . إنما يغلب بقاء السبب مجهولاً .

معالجة : تتحسن الأظفار بعد تجنب العوامل المسببة وباستعمال
مصريت : الودلين ، ومراهم الأظفار ونقع الأظفار في زيت
زيتون الحار .

انفكاك الأظفار : Onycholysis :

كثيراً ما يحصل انفكاك جزئي للصفحة الظفرية عن سرير
الظفر أما السقوط الكامل فهو نادر (سقوط الأظفار
Onychomadesis) . وغالباً ما نشاهد انفكاك الأظفار
هلالاني Onycholysis Semilunaris (راجع الشكل
٣٠ - ٣١) . ولا يبدأ انفكاك الظفر اعتباراً من الحافة الحرة في
كل حالات ويمكن لدميوم Hematoma تحت الظفر والناجم
عن إرضاح أن يؤدي لفك الصفحة الظفرية عن سرير الظفر .
ويحدث أن الدميوم ينتشر إلى الأمام فإنه يصل أخيراً إلى الحافة
خرة . ويبدو الظفر في المنطقة المنفكة أبيض اللون رغم أن بنيته
لا تتغير . وقد تراكم بقايا قرآتينية في الحيز الحر بين الصفحة
الظفرية وسرير الظفر .

وكثيراً ما يشاهد انفكاك الأظفار الهلالي لدى بعض
الأشخاص الذين يتعرضون ، بفعل مهنتهم ، للماء والصابون
والنظفات لفترات طويلة (ربات البيوت مثلاً) .

تنمى الحافة الحرة تحت الظفر ، السوائل ولا تطلقها من
جديد (خاصة الشعرية) . وإن حدثت تعطن تحت الصفحة
نظيرية يمكن أن يزيد من انفكاك الظفر . وتشاهد هذه
تسيلات عادة في المهن التي تسبب ضغطاً قوياً على حواف

الأظفار . الأكثر مشاهدة هو الانفكاك الهلالي . وإذا بدأ
الانفكاك في نقطتين أو ثلاثة من الحافة الحرة للظفر ، فإن هذه
الانفككات الهلالية تتحد مع بعضها البعض معطية منظراً
متموجاً . وبهذا الشكل يصبح كامل القسم القاصي من الظفر
منفكاً . وأكثر ندرة أن يأخذ الانفكاك شكل نفق بعرض
٣ - ٤ ملم باتجاه مطرق الظفر (انفكاك الأظفار نفقي الشكل
Onycholysis Canal Formis) .

التشخيص التفريقي : انفكاك الأظفار الصدافي أو بسبب خمج
فطري أو جرثومي يصيب المنطقة تحت الظفرية .
المعالجة : إزالة السبب وإبقاء الأظفار قصيرة وتجريب المعالجة
بصبغة من الستيرويدات القشرية .

هوس قضم الأظفار Alkiewicz] Onychotillomania [
١٩٣٤ :

وهو حفر الأظفار بسبب عصائي حتى تشوه بشكل دائم .
ويمكن إجراء الحفر بالمقص أو السكين أو أية أداة أخرى . وهي
آفة ظفرية محدثة تشبه هوس تنف الأشعار .

سقوط الأظفار : Onychomadesis :

تطلق هذه التسمية على انفكاك الأظفار الكامل
Onycholysis Totalis . وغالباً ما ينفك الظفر بسرعة إثر
رضح (دميوم) ، أو التهاب (داحس) ، أو آفة خمجية ،
وخلال سير الحاصات ، والحمى القرمزية ، والحزاز المسطح
والأحمريات ، والتفاعلات الضوئية السمية (التراسيكلين) أو
متلازمة لايل .

حتل الأظفار : Onychodystrophy :

تعبير شامل لاضطرابات متنوعة كثيرة الحدوث تصيب
الأظفار مثل ضمور الصفحة الظفرية ، وثخانة الصفحة
الظفرية ، وتقعر الأظفار مع انشقاقها . وغالباً ما يحدث حتل
الأظفار كجزء من متلازمات أخرى مثل خطوط ميز Mees
Stripes وخطوط بو - ريل Beau - Reil . وأول ما وصفت
هذه التخطيطات (الخطوط) من قبل ريل Reil عام ١٧٩٢ ثم
ذكرها بو Beau عام ١٨٤٦ ثم ميزها Mees عام ١٩١٩ . تمتد
التخطيطات العرضية لميز لتشكل قوس قزح عبر الظفر ، بينما
تشغل التخطيطات البيضاء الناصعة في الوبش (ايضاض
الأظفار) عرض الظفر فقط وغالباً ما تكون الخطوط مدببة من
طرفها . ولنعلم أن تخطيطات Mess لا تكون بيضاء بل إن
الهيل يكون ملوناً .

يتبدى تشكل تخطيطات وبش الأظفار بشكل متجانس
على قاعدة الظفر ولا تسير بشكل محدب عبر كامل الظفر

وتتجه تدريجياً نحو الحافة الحرة مع نمو الظفر (راجع الشكلين ٣٢ - ٤ و ٣٢ - ٥) .

شوهت التخطيطات في الأصل إثر الانسحاق الزرنخي (غالباً ما يزداد تركيز الزرنخ الظفري في مناطق التخطيطات) وبعد ذلك في الانسحاق بالتاليوم . وتنجم عن تخرب سمي فجائي يصيب رحم الظفر . ويظهر فوج جديد من التخطيطات إذا تكرّر الانسحاق . وتشاهد خطوط Mees أيضاً إثر الحمى القرمزية والحصبة ، والحمى التيفية ، وتشاهد أيضاً بالوبش أو ايضاض الأظفار المستعرض (Transverse - leukonychia) .

وإذا كان التخريب السمي أكثر حدة ، يحصل توقف كامل ومؤقت في تشكل الأظفار بسبب تخرب خلايا مطرقها ويؤدي ذلك إلى ظهور خطوط Beau - Reil (راجع الشكل ٣٢ - ٦) ، أو الأنفاق المستعرضة . وإن ظهور حرف محدب ومنحني يمتد من جهة لأخرى هو نموذجي . وإضافة لتبدلات اللون ، تظهر انخسافات خطية ، وإذا توقف كامل نمو الظفر مؤقتاً فإن هذا التوقف يحدث في محور مستعرض ، وبعد فترة قصيرة يبدأ نمو ظفر جديد . ويعزى هذا التخريب السمي إلى أخماج حمية حادة (حمى قرمزية ، حصبة ، حمى تيفية ، نزلة وافدة ، حمرة ، وذباح حاد) ، أو مواد سمية (الزرنخ ، التاليوم ، الفلور ، موقفات نمو الخلايا) ، أو إلى اضطرابات معدية معوية ، أو التهاب كبد ، أو عوز فيتاميني (بلفرة = Pellagra) ، أو إلى هجمات حادة لجلادات (مثل داء رايتز ، الذأب الحماسي المجموعي ، الصدف البشري المتعمم أو الأحمريات الحادة) . وإن تأكيد التشخيص ليس سهلاً دائماً . والانسحاق الزرنخي لا يكون وحيد العرض ويصح هذا أيضاً على التاليوم (الحاصبات ، التهاب الأعصاب) .

الوبش (ايضاض الأظفار) Leukonychia :

التنقطات الظفرية البيضاء هي أكثر تبدلات الأظفار مصادفة ، وأكثر ما تشاهد لدى اليافعان . وتأخذ النقاط أو الخطوط البيضاء إما شكلاً محدداً وهو الأكثر شيوعاً ، أو الشكل النادر والمسمى الوبش الكامل (Total Leukonychia) . ولم يفسر بعد سبب هذه النقاط البيضاء ، وربما كان بسبب انجذاب الهواء ضمن الصفيحة الظفرية . ومن المعروف أنه بعد تكسّر الحافة الحرة للظفر فإن منطقة الظفر المهشم تبدو بيضاء ، وينجم هذا غالباً عن خلايا متقرنة مصابة بخطل التقرن . وكثيراً ما يصادف الوبش في الأظفار المحتنى بها ويمكن لقطع أو كشط الجلدة أن يسبب حدوثه .

الوبش النقطي *L. punctata* : وهو شائع . حيث نجد عدداً

متفاوتاً من نقاط صغيرة بيضاء تظهر على ظفر أو على عدة أظفار . وتقوم معالجة الوبش النقطي على تجنب العوامل الآلية المسببة والمداخلات التزويقية ذات العلاقة بالجلدة .

الوبش المخطط *Leukonychia Striata* : تبدأ عادة في الليل ، وتتقدم هذه الخطوط المستعرضة إلى الأمام باتجاه الحافة الحرة وكثيراً ما تتكرر مما يجعل الظفر مخططاً . وقد تنحصر الخطوط في جزء من الظفر . ويختلف عرضها ، ويكون لونها أبيض غيمياً ومستندقاً من نهايتها وتشخيصها سهل (راجع الشكل ٣٢ - ٧) .

الوبش الكامل : تصيب جميع الأظفار وحدوثها عائلي ، وتورث هذه التبدلات بالصبغي الجسدي السائد وتكون كامل الصفيحة الظفرية بلون أبيض حواري متجانس ، وهي هشّة لدرجة أن الحافة الحرة للظفر نادراً ما تصل إلى ما فوق الظفر *Eponychium* . ويؤدي أكثر المرضى كيسات بشرية أيضاً .

شرائط موهرك Muehrcke's Bands :

شرائط مزدوجة بيضاء اللون تصيب كامل الظفر ، وتوزع موازية للهيل ، وتعتبر علامة مميزة لنقص الألبومين الدموي الشديد والمزمن . وعلى أي حال فقد شوهدت هذه الشرائط لدى مرضى ليسوا مصابين بنقص ألبومين الدم ، وتشاهد أيضاً لدى المعالجين بموقفات نمو الخلايا .

انعقاف الأظفار Onychogryphosis :

ويسمى أيضاً بالظفر الخليلي Claw Nail وهو تشوه ظفري شديد (راجع الشكل ٣٢ - ٨) ، نادراً ما يصيب أظفار الأصابع ولكنه يصيب أظفار الأباخس غالباً ، وخاصة الأباخس الأول . وقد يحدث لدى الكثيرين تشوهات ظفرية أكثر شدة من انعقاف الأظفار أو أقل تشوهاً ناجمة عن التقدم في العمر . وهناك أشكال شاذة من الظفر الخليلي ذات سماكة وقساوة في مادة الظفر مع انحراف في اتجاه نموه . ففي الحالة السوية يكون الظفر منحنيًا قليلاً ويلتصق بسرير الظفر . أما الظفر الخليلي فإن اتجاهه يكون في مطرق الظفر نحو الأعلى ولذا فإن الظفر ينمو باتجاه الأعلى منحنيًا بشكل مائل إلى الأمام . ولذا يظهر فراغ تحت الظفر يمتلئ بمادة لينة مفرطة التقرن . ولكي ينمو الظفر فوق هذه المادة عليه أن يأخذ سيراً مدوراً شبيهاً بالخلب . ولا يكون انحناء الظفر طولانياً فقط وإنما عرضانياً أيضاً ، وبهذه الطريقة يتشكل نفق نصف دائري يمتلئ بإفرازاتية . وغالباً ما يفقد الظفر اتجاهه وينحرف إلى جهة واحدة تاركا فراغاً في الجهة المقابلة . ويكون الظفر الخليلي سميكاً وقاسياً ويصعب قصه .

الجلد التسفنجي ، مع خطل تفرق بؤري يشبه المدخنة ويصيب الصفيحة الظفرية . وإذا أمكن نفي كل هذه الأسباب يمكن التحدث عن خشونة أظفار غامضة (أساسية) *Trachyonychia Idiopathica* (راجع الشكل ٣٢ - ٩) . وفي حالة الضرورة يجب إجراء خزعة .

المعالجة : الستيروئيدات الموضعية وتحت غطاء كيم .

حثل ظفر الأبنس الأول لدى الأطفال *Great Toenail Dystrophy in Childhood* [Samman ١٩٧٨] :

تبدلات الأظفار في هذه الآفة قد تكون دائمة ، وهي ولادية أو كسبية تظهر مبكرة . تشاهد لدى الأطفال ولها بعض الشبه مع انثقاف الأظفار . وتكون الصفيحة الظفرية للأبنس الأكبر وحيدة أو ثنائية الجانب ، ملونة بلون رمادي مصفر وتبدى زيادة انحناءات في محوريتها وتسمكاً دون أن تصبح ضخامية . لا يكون شكل الظفر مستطيلاً بل مدور الحواف . ويكون طول الظفر أقصر من الظفر السوي ويكون الثلث الداني من الظفر فقط ملتصقاً بسترير الظفر . ويكون اتجاه نمو الأظفار ، بعكس انثقاف الأظفار ، سويّاً غالباً . وقلماً يبدى الظفر أي نمو . أما سبب هذه الآفة فهو مجهول .

المعالجة : جراحية .

سأف الأظفار *Hangnails* :

تكون الجليدة التي تلتصق عادة بشكل وثيق بالصفيحة الظفرية ، مرتفعة جزئياً . ويظهر بين الجزء الملتصق والآخر المنفصل شق مؤلم يمتد حتى الطية الظفرية *Nail Fold* . وقد تحصل أخماج كالتهاب حول الأظفار الجرثومي الحاد ، أو التأليل الشائعة . وأكثر ما تشاهد الآفة في التأتب .

المعالجة : رفع كامل الجليدة وإزالتها ، وفي حال الضرورة تطبيق مراهم مطرية وضادات لاصقة .

الظفر الحري *Ridged Nail* :

تملك الصفيحة الظفرية في هذه الآفة حرفاً طولانياً مستقيماً . وهذه الآفة شائعة لدى كبار السن ويختلف لون الظفر من الأبيض الرمادي الكامد إلى الأصفر العتم . ويكون الهليل غير مرئي عادة . وتسمى الأظفار البيضاء لدى كبار السن *Neapolitan Nails* بسبب وجود ثلاثة أسطر ملونة مشبهين بهذه التسمية بعض أنواع البوطة الإيطالية [Horan] ورفاقه [١٩٨٢] .

الأظفار المسطحة *Platyonychia* :

تكون الصفيحة الظفرية مسطحة (غير مقعرة ولا

الإمراض : قد يكون لبس الأحذية الضيقة باستمرار هو سبب في هذا التشوه ، لأن الضغط يخرّب ويعفن سريير الظفر ، ويخرّض على تشكيل خلايا متقرنة تحت الظفر . ويحصل هذا خاصة في ظفر الأبنس الأول . ويلعب التعطين الناجم عن التعرق والذي يصيب مادة الظفر دوراً في حدوث هذا التشوه . ونادراً ما تصاب الصفيحة الظفرية بالفطور . إضافة لذلك فإن عيوباً أخرى في وضعية القدم كالإبهام الأرواح *Hallux Valgus* ، أو قصور وريدي مع ظواهر احتقانية موضعية لها تأثير محرض .

أما الحالات النادرة لظهور ظفر مخلي في اليد فتكون ظاهرة وراثية ، كما يمكن أن يكون تظاهره لعيوب تفران وراثية كما في السمك الشوكي وعيوب بشرية أخرى .

المعالجة : يمكن إعادة الظفر لحجمه الطبيعي بملخه بفرزة دوّارة ، والمحافظة على شكله باستعمال لوحة السبازج *Emery Board* . ويمكن اللجوء إلى نزع الظفر مع مطرقه وإغلاق سريير الظفر جراحياً .

غلظ الأظفار *Onychauxis* :

فرط تنمي يصيب الأظفار فقط . وبالمقارنة مع انثقاف الأظفار فإن تطاول وتشوه الظفر هما من الأعراض الإضافية .

ضمور الأظفار *Onychotrophy* :

تشوهات متنوعة للأظفار تتميز بتطور فوضوي للصفيحة الظفرية . وتكون الأظفار في هذه الآفة صغيرة ورقيقة ومشوهة جزئياً . ويحصل هذا التشوه في الآفات الشريانية ، والالتهاب الوعائي الخناري المسد *Thromboangitis Obliterans* ، وداء رينو ، وفرط الدرقية ، ويرافق بعض الاضطرابات العصبية ، والدنف ، والمعالجة بالإيتريتينات والإيزوتريتينون ، ومتلازمة *Netherton* وفي الحزاز المسطح . ويشاهد ضمور الأظفار أيضاً في خشونة الأظفار .

خشونة الأظفار *Trachyonychia* [Alkiewicz] : ١٩٥٠ :

يكون سطح الظفر خشناً هشاً ، بلون رمادي معتم ، ويتزلق من حوافه الحرة . وتحدث هذه الآفة نتيجة اضطرابات تصيب رحم الظفر وسريره . وأحياناً ، وخاصة لدى الأطفال ، قد تصيب الآفة كل الأظفار (حثل الأظفار العشرين *20-Nail Dystrophy*) . وقد تقتصر الآفة على بعض الأظفار وقد تدلنا هذه الحالة على أمراض رئيسية كامنة : التعلبة ، والصداف الشائع ، والحزاز المسطح والتهاب الجلد التأتبي . والتشريح المرضي النسجي مشابه للحزاز المسطح والصداف والتهاب

معدية) ، وتترافق غالباً مع فرط تقرن تحت القسم المتوسط من الصفيحة الظفرية .

تقرن الأظفار Koilonychia [Heller ١٨٩٨] :

المترادفات : الأظفار الملغمية Spoon Nails (راجع الشكل ٣٢ - ١٠) .

وتكون كامل الصفيحة الظفرية تقريباً مقعرة أو بشكل الملغمة . ويصيب تقرن الأظفار عدة أصابع أو أباخس في الأغلب ، ومن النادر أن يصيب كل الأظفار . وتكون الصفيحة الظفرية رقيقة تميل إلى التهشم من حوافها الحرة (هشاشة الأظفار Onychorrhexis) . وذكر أن الأظفار الملغمية ترافق غالباً فاقة الدم بعوز الحديد ، وحيث يكون محتوى المادة الظفرية من السيستئين منخفضاً . وهناك أشكال أخرى من تقرن الأظفار تكون كمرض وراثي بالصبغي الجسدي السائد . وتشاهد أيضاً تبدلات مشابهة في داء رينو أو في ظاهرة رينو . وأخيراً قد تنجم الأظفار الملغمية عن أسباب آلية وخاصة العمل في جو حار رطب ، أو التماس الحديد مع المواد الكيميائية والمنظفات ، وكذلك نتيجة الرضح المتكرر (أظافر ميكانيكي السيارات ، أو أظافر أبخس سائق الدراجة الصغيرة Rickshaw) .

المعالجة : إذا كان السبب هو عوز الحديد ، فإن الأظفار الملغمية تتراجع بسرعة بعد المعالجة المناسبة . ويجب تجنب الأسباب الآلية المسببة . ويؤخر طلاء الأظفار تلين الظفر وحصول التعطيل ، إنما يعمل مزيل الطلاء على زيادة الحالة سوءاً . ويفيد ترطيب الأظفار بمزيج دهني طوال الليل ، كما تفيد حمامات الأظفار بزيت الزيتون .

الأظفار بشكل زجاجة الساعة والأصابع بشكل مضرب الطبل

: Watchglass Nails and Drumstick Fingers

في الأصابع بشكل مضرب الطبل Drumstick Fingers (راجع الشكل ٣٢ - ١١) تكون السلاميات الانتهائية عريضة بشكل المراهقة مسببة تغيراً في شكل الظفر (الأصابع الأبقراطية Hippocratic Fingers) ، وقد وصفها أبقراط عند المصابين بالديلة (Empyema) . وتكون الأظفار عريضة ومدورة ولها شكل محدب من كل حوافها (الأظفار بشكل زجاجة الساعة) . وينجم زيادة عرض السلامي الأخيرة على شكل المراهقة عن فرط تنسج في النسيج الخلوي تحت الجلد وفي الشعيرات . ويزداد حجم النسيج اللين ويغيب فرط التنسج العظمي . ويمكن للأصابع بشكل مضرب الطبل أن تكون وراثية . وعلى أي حال فإنها غالباً ما تشاهد في

آفات الرتين (التدرن ، تومع القصبات ، ذات الرئة الذئيلة وأورام الرئة) ، وكذلك في الاضطرابات القلبية الوعائية ، والآفات العصبية . ويمكن أن تشاهد أيضاً في داء كرون ، وفي التهاب الكولون التقرحي ، حيث أن علاقتها مع الآفات القلبية أو الرئوية غير ثابتة إذ ليس لهذه التبدلات دلالة مرضية نوعية .

الإمراض : مجهول ، وتدل الأظفار بشكل زجاجة الساعة أيضاً على ثخن الجلد والسمحاق Pachydermoperiostosis (متلازمة Golé - Solen - Touraine) والتي تصادف لدى الذكور فقط بين سن ١٠ - ٣٠ من العمر . وتتميز بتسمك متري في الجلد ، يبدأ على الفروة (كما في جلد الرأس المتسلف Cutis Verticis Gyrata) ، ثم على الراحين والأخمصين مع تضخم السلاميات الانتهائية للأصابع والأباخس على شكل الخلب وفرط تنسج الغدد الزهمية . ويشك فيه باضطراب في الغدد الصماء .

الأظفار بشكل قمع الحياطة Thimble Nails :

تشوهات بشكل ثَقَر صغيرة في الصفيحة الظفرية تشبه الأظفار المنقطة . يُظن أن السبب يعود إلى وجود بؤر من خطل التقرن والتي تنفصل بسهولة عن باقي الصفيحة الظفرية السليمة .

متلازمة الأظفار الملقطية [Pincer Nail S. Cornelius]

و Shelley ١٩٦٨] :

المترادفات : الأظفار الأنبوية ، الأظفار البرجية ، Unguis in Turriculo .

التعريف : تشوه ظفري غامض (أساسي) ومؤلم ، يصيب الكهول .

الإمراض : مجهول ، وقد ذكرت حوادث وراثية لأظفار أنبوية .

الموجودات السريرية : تحدث التبدلات في ظفري الإبهام والأبخنس الكبير بشكل خاص ، وتتأول كبار السن . وتصاب النساء أكثر من الرجال . وتترافق في الغالب بتشوهات في القدم كالإبهام الأرواح Hallus - Valgus . وإن ازدياد الانحناء المعرض للظفر يجعل الحواف الجانبية للصفيحة الظفرية بشكل الأنبوب بحيث تنغرس في سرير الظفر كالملقط مسببة ألماً شديداً . ومن غير النادر حدوث ارتكاسات النهاية في حواف الظفر على شكل داحس . ويؤدي استمرار هذه التبدلات لفترة طويلة إلى ترقق في العظام والسلاميات وإلى فصال عظمي Osteoarthritis في المفاصل بين السلاميات .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بالأظفار الأنبوية الولادية

وهي حالة تشمل إصابة كل الأظفار .

المعالجة : يطبق ضاغط معدني على الظفر لتعديل تحدبه أو يرد نفسه المتوسط من الظفر لتخفيف تحدبه وجعله مسطحاً . ويمكن في حال الضرورة استئصال الأظفار المصابة وتخريب سرير الظفر .

حل الأظفار الناصفي القنوي الشكل

Onychodystrophia Mediana Canaliformis

[Heller ١٩٢٨] :

انحماص طولاني يشبه الريشة أو قناة أنبوية الشكل تسير من رحم الظفر وحتى حافته الحرة . قد يصاب ظفر أو أكثر والأغلب إصابة ظفر الإبهام (راجع الشكلين ٣٢ - ١٢ و ٣٢ - ١٣) . وقد تكون الأسباب عيوباً ولادية ، أو رضحية أو بسبب التهاب يصيب مطرق الظفر . وهذا التشوه يغير مظهره مع مرور الزمن .

المعالجة : تجنب الرضوح ، وعدا ذلك لا توجد أية معالجة باستثناء تزييت الظفر .

تبدلات الصباغ والتلون Pigment Changes and Coloration :

قد تحدث تبدلات في التلون على الصفيحة الظفرية أو تحتها وفي خلاها ، وقد يشاهد تلون بني للظفر بشكل شريط ظفري طولاني لدى السود . وقد يظهر شريط أو أكثر بشكل متواقت وعلى أظفار متعددة . وإن تصبغ الخطوط الطولية للظفر لدى البيض يدل على وحة ملانية الخلايا (راجع الشكل ٣٢ - ١٤) أو وحة وحمية الخلايا (الملانين) أو ملانوم خبيث من نمط شامات النهايات يصيب رحم الظفر أو سريره أو طياته .

كما يحصل تصبغ بني منتشر في الظفر بسبب توضعات ملانية في داء أديسون . وهناك التصبغ الملاني المنتشر في الملانوم الخبيث . وقد يتطور تصبغ من منشأ خارجي بسبب تشربه لبعض المواد مثل (الأنترالين ، وبرمنغنات البوتاسيوم ، وتترات الفضة ، والحمض البيكري ، وحمض الآزوت ، ومواد تبيض الأفلام ، والرصاص المتضمن في بعض المراهم .. إلخ) . وتصاب في هذه الحالة الطبقات المتقرنة السطحية التي يمكن إزالتها بالبرد .

التصبغ الأخضر المسود أو البني المسود : وينجم عن تشكل جيب بين الصفيحة الظفرية وسرير الظفر (انفكك الظفر Onycholysis) وحبس جراثيم مولدة للون : الزائفة الزنجارية *Pseudomonas Aeruginosa* (*Pyocyaneus*) (راجع

الشكل ٣٢ - ١٥) ، والفطور (الرشاشية السوداء : *Aspergillus Niger*) .

التصبغ الأزرق لسرير الظفر : وخاصة الهليل وتصادف غالباً على الأصابع المعرضة للضياء . ووجودها في أظفار الأبخس فقط يدل على التفصض *Argyria* (الأظفار الزرقاء الفضية) ، (راجع الشكل ٣٢ - ١٦) . أما السبب المحدث فهو تناول الأدوية الحاوية على الفضة ك بعض الأدوية المستعملة في معالجة القرحة المعدية ، والقباضات الحاوية على الفضة وبعض القطرات الأنفية . وقد يحدث التلون المزرق بسبب الزرق *Cyanosis* في القصور القلبي الوعائي أو وجود الميثيموغلوبين في الدم لدى المعالجين بالدايسون . وعلاوة على ذلك قد يحصل تصبغ عثم منتشر في داء ولسون (النحاس) ، وفي المغرانية *Ochronosis* (حمض الهوموجنتريك *Himogentisic*) والصباغ الدموي (الهيموزيدرين والملانين) .

التصبغات المحرّضة بالأدوية : التي تصيب الأظفار قد تحصل بعد تناول مضادات الملاريا (كلوروكين) ، أو الذهب (التذهب *Chrysiasis*) ، أو الزئبق (التفصض المائي *Hydrargyrosis*) ، أو الفينول فائتين (الاندفاعات الدوائية الثابتة ، الهيموزيدرين ، الملانين) .

العوامل الفيزيائية : كالاشعة السينية (تصبغ الأظفار الأسود بأشعة رونتجن) والرضوح (الدميوم تحت الظفر) (راجع الشكل ٣٢ - ١٧) ، يمكن لها أن تؤدي إلى تبدلات تصبغية عتمة في الأظفار .

الظفر المتأصف الاصطبغ Half and Half Nail
[Beau ١٩٦٣ و Lindsoy ١٩٦٧] :

المترادفات : اعتلال الأظفار الآزوتيemi *Azotemic Onychopathy* .

التعريف : يلاحظ لدى المرضى المصابين باليوريمية تلون القسم القاصي من الظفر بلون أحمر بني والقسم الداني بلون أبيض وذلك في أظفار اليدين والقدمين . وتشاهد الأظفار متناصفة الاصطبغ في ٢٠ - ٤٠٪ من المصابين باليوريمية المزمنة . وتزول هذه التبدلات إذا تراجع المرض المستبطن . ويلاحظ زوال الهليل عند ٣٠٪ من المرضى الديالين (*Dialysis*) .

متفرقات Miscellaneous :

في تبدلات اللون المحصورة ، والمؤلمة بالضغط يجب التفكير بالوعاؤومات ، والشعيريات المتوسعة ، والشوكوم القرني ، والورم الكبسي ، والغضروم الداخلي *Enchondroma* ، والكيسات البشروية أو الخاطائية وكذلك التآليل الشائعة تحت

عيوب الأظفار في الآفات الوراثية Nail : Anomalis In Inherited Diseases

ثخن الأديم الظاهر Ectodermal Dysplasia :

تورث هذه المتلازمة بالصبغي الجسدي السائد ، وفي شكلها عديم التعرق تكون الصفيحة الظفرية رقيقة بطيئة النمو وغالباً لا تمتد حتى نهاية الأصبع . وقد تغيب الأظفار تماماً في كثير من حالاتها .

ثخن الأظفار الولادي Pachyonychia Congenita : [Lewandowsky و Jadassohn ١٩٠٦]

المرادفات : ثخن الأظفار سماكي الشكل ، التقرانات المتعددة الولادية Polykeratosis Congenita (Touraine) .

الصريف : خلل تنسج وراثي في الأديم الظاهر يترافق بأظفار متمسكة تشبه الخلب (شكل حدوة الحصان) علاوة على وجود اضطرابات تقرنية أخرى تصيب الجلد والأشعار والأغشية المخاطية والقرنية .

الحدوث : نادراً جداً مع ميل لإصابة الذكور أكثر من الإناث ، وغالباً ما تورث كافة متعلقة بالصبغي الجسدي السائد . وهناك حالات معزولة ترجع للوراثة الصاغرة أو الطفرات العفوية .

الإمراض : السبب مجهول . وهناك اضطراب وراثي يؤدي لتنشؤات تقرنية سوية أو خطلة التقرن . ويوجد عادة اضطرابات تقرنية جريبية .

الموجودات السريرية : وتتميز بتظاهرات في الأظفار والجلد والأغشية المخاطية والقرنية ، ونادراً ما تحدث اضطرابات في نمو العظام والتسنين المبكر واضطرابات في الذكاء .

تبدلات الأظفار : غالباً ما يحدث تسمك بالأظفار شبيه بكل من انعقاف الأظفار والأظفار المخلية الشكل (راجع الشكل ٣٢ - ١٩) . تصاب عادة أظافر اليدين والقدمين . وتنمو الأظفار المتسمكة والقاسية بشكل مائل وإلى الأعلى .

تبدلات الجلد : وتظهر عادة أثناء أو بعد فترة الطفولة وبشكل تقرانات خطية أو تشبه الجزر ، وتصيب الراحتين وأقل من ذلك الأخصمين وغالباً ما ترافق بفرط تعرق . كما قد تحصل تبدلات تقرنية ، أو جريبية ، أو النهاية محمرة على الأباخس والمناطق القرنية من الأخصمين أو العقين ، كما قد تظهر على المرفقين والركبتين ونادراً ما تظهر على المناطق الإبطية أو التناسلية . وهناك انعدام زهم واضح وتبدلات سماكية بدرجات مختلفة تصيب باقي أنحاء الجلد . وقد تظهر على الجلد نقاط مع تشكلات ثقبية ثانوية أو فرط تقرن .

الأظفار والتي تصيب عدة أصابع مرة واحدة وتكون حساسة باللمس ومؤلمة جداً بالضغط ، وتبتدىء بلطخة صفراء بنية مشابهة لبقعة زيت صدافية (Psoriatic oil spot) . أما الحليمومات المتقرنة فتتو في سرير الظفر وترفع ثانوياً الصفيحة الظفرية . وقد يحصل تخرب في الصفيحة الظفرية بشكل تالٍ ، مع فرط تقرن تحت الظفر وضمو في عظم السلامي الأخيرة ناجم عن الضغط . ويكون السير مزمناً ولأكثر من عام غالباً .

تبدلات الأظفار الولادية Congenital Nail : Changes

نادراً ما تكون تبدلات الأظفار الولادية معزولة ، والأغلب أن تشكل جزءاً من متلازمة .

تبدلات الأظفار المعزولة Isolated Nail : Changes

الإصبع الإضافي Digitus Supranumeralis :

تشير هذه الإصابة لوجود إصبع إضافي . الأصابع الرديمة Rudimentary وتظهر عادة على المفصل القاصي . وهي آفة شائعة عند السود ، ونادرة عند البيض . ويختلف هذا العيب التطوري من رديم يحتوي ما يوحي ببداية تشكل صفيحة ظفرية إلى تشكل أصبع كامل بعظمه وغضاريفه ومفاصله وصفيحته الظفرية . وتبقى علامات بصمات الأصابع موجودة . نسيجياً ، توجد الألياف العصبية الطولية والنهايات العصبية . والبنية الهيكلية هي معلمة تشخيصية .

هذا ويجب أن تميز عن الليفومات الأصبعية المكتسبة Acquired Digital Fibromas التي لا تحوي لا على البصمات الأصبعية ولا على الصفيحة الظفرية . كما لا يوجد فيها نسيجاً ألياف أو نهايات عصبية .

المعالجة : البتر .

الأظفار بشكل المضرب Racket Nails :

المرادفات : Nail en Raquette ، الأظفار بشكل مضرب التنس (راجع الشكل ٣٢ - ١٨) .

تقصر السلامي الأخيرة ، وغالباً ما تكون أعرض قليلاً . أما الصفيحة الظفرية فهي أقصر وأعرض . وتغلب إصابة الإبهام لوحده وأحياناً الأجنس الأكبر . تكون الوراثة بالصبغي الجسدي السائد . وتغلب إصابة النساء بهذا العيب . نادراً ما تشخص الآفة ، أو تزعم جمالياً وقد تشكل معوقاً نفسياً .

متلازمة الظفر – الرضفة Nail – Patella Syndrome
[Chatelain ١٨٢٤ ، Little ١٨٩٧ ، Turner و Rieger ١٩٢٥ و Turner ١٩٣٣ ، Kieser ١٩٣٩] :

تشكل هذه المتلازمة من حثل أظفار يصيب الإبهام خاصة كانهدام الظفر *Anonychia* ، أو انشقاقه مع لا تنسج في الرضفة أو نقص تنسج فيها ، ونقص تنسج في رأس الكعبرة مع تحت خلع فيها وتبدلات في عظام الورك (القرون الحرقفية *Iliac Horns*) ، مع عيوب كلوية ، وفرط تعرق راحي أخمصي . تورث الآفة بالصبغي الجسدي السائد . وتشمل الموجودات المرافقة ما يلي (ويعتبر مهماً منها للتشخيص ما أشير عليه بنجمة) .

الأظفار :

انعدام الأظفار .

نقص تصنع الأظفار .

انشقاق الأظفار .

الهلل المثلثي (واصم) .

الجهاز البولي التناسلي :

ثدن كلوي *Renal Dysplasia* .

تضاعف الخالب .

وهط كلوي .

متلازمة كلوية .

متلازمة *Goodpasture* .

التهاب حويضة وكلية مزمن .

العيون :

تبدل لون القرنية .

الزرق .

صغر القرنية .

الموجودات العظمية الجراحية : قرون حرقفية خلفية ثنائية الجانب (واصمة) .

نقص تنسج الوابلة *Capitulum* ورأس الكعبرة .

انعدام تنسج الرضفة .

نقص تنسج الرضفة أو تحت خلع .

نقص تنسج الكتف .

الجنف *Scoliosis* الركبة الروحاء *Genu Valgum* .

الققد الفحجي *Talipes Equinovarus* .

نقص تنسج اللقيمة *Epicondyle* العضدية الجانبية .

الظفرة الظفرية المنقبة Pterygium Inversum Unguis
[Caputo و Prandi ١٩٧٣] :

آفة نادرة ، أحياناً عائلية ، أكثر ما تصيب أظفار الأصابع . يغيب الثلم تحت الظفري ، ويصبح النسيج تحت الظفري

تبدلات الغشاء المخاطي القموي : تظهر هذه التبدلات على لسان وفي زاويتي الفم ، وعلى كامل الغشاء المخاطي القموي بما في ذلك البلعوم وعلى الغشاء المخاطي للأنف .

تبدلات العينية : وأكثر ما يتجلى خلل القرين في العين بتسمك وتكثف في القرنية مما قد يؤدي إلى العمى ، وقد شوهدت حيناً حوادث من الساد .

علامات المرافقة : وصف الشوك المشقوق الخفي ، والرتاج نعوية *Diverticulosis* ، وعيوب قلبية مع فرط حركية في تفاصيل .

أشكال متحولة : هناك شكل يتكون من ثخن أظفار ولادي مع داء نشواني جلدي وفرط تصبغ (*Pidman*) ورفاقه : (١٩٨٧) .

التشريح المرضي النسيجي : تتجلى المظاهر الجلدية بشواك وفرط تقرن ، مع خطل وخلل تقرن ، ووذمة في البشرة ، وترتيب غير منتظم للخلايا القاعدية ، والتهاب خفيف حول الأوعية في الأدمة السطحية .

المس : يتحمل المريض تطور المرض في البدء عادة ، غير أنه فيما بعد يصبح معوقاً في المشي وفي العمل اليدي وفي الرؤية .

التشخيص : العلامة الرئيسية هي ثخن كل الأظفار منذ الولادة أو في الطفولة الأولى . وحسب تظاهرات المرض يمكن أن تميز أنماطاً متنوعة :

– النمط I : تبدلات في الأظفار مع تفرانات راحية أخمصية وتفرانات جريية على الجذع .

– النمط II : تظاهرات النمط I مع إصابة الأغشية المخاطية (يسمى أيضاً نمط *Riehl*) .

– النمط III : ترافق تظاهرات النمط I مع تبدلات قرنية .

وإذا كان قبول هذا التصنيف منطقياً إلا أنه يبقى غير مؤكد . وإن النمط II هو الأكثر مصادفة .

التشخيص التفريقي : يجب تمييز هذه الآفة عن متلازمات ثدن الأديم الظاهر الأخرى .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : بما أن العيب الاستقلابي مجهول فالمعالجة تبقى عرضية ويمكن التفكير بإعطاء الريتينويدات العظمية .

المعالجة الموضعية : يمكن برد الأظفار المخلية التسمكة بواسطة فريزة دوارة ، وقد يستطب استئصال الظفر مع سريه . ويمكن التوصية باستعمال حالات القرنين الموضعية (حمض الصفصاف في مراهم أو شريط لاصق) .

بارزاً وقد يغزو نهاية الإصبع . وغالباً ما يكون هذا الاضطراب مؤلماً .

إن تعبير ما تحت الظفر يعني ، حسب المدرسة الألمانية ، كامل سرير الظفر من النهاية القاصية لرحم الظفر وحتى الحافة الحرة . بينما يعني ، حسب المدرسة الإنكليزية ، المنطقة القاصية من سرير الظفر . تتوافق هذه المنطقة مع فرط تقرن أخصي مع أظفار بشكل أظلاف الحيوانات . وقد يحصل منظر مشابه للظفرة الظفرية المنقبة في تصلب الجلد المجموعي من غط إصابة النهايات Acral (الخط I) .

تبدلات الأظفار في الآفات الجلدية Nail : Changes in Skin Diseases

ترافق كثير من الجلادات بتبدلات نموذجية في الأظفار ، تصيب غالباً أظفار اليدين ، تسبق أو تتلو أعراض المرض ، ويندر جداً أن تكون منفردة .

التهابات الجلد : كثيراً ما تحصل تبدلات في الأظفار نتيجة لإكزيمة التماس الأروحية المزمنة ، أو التهاب الجلد التأتبي ، أو إكزيمة اليد والقدم الانسامية التراكمية . فعندما تصاب الطيات الدانية والجانبية ورحم الظفر بالتهاب الجلد ، تحدث تشوهات الأظفار فيصبح سطحها غير منتظم مع خدوش وأخاديد ، وتقرات وتفتت ، وقد تتسمك الصفيحة الظفرية ، وانفكاك ظفري ، وتبدلات في اللون ... إلخ . تسمى كل هذه التبدلات بالتهاب جلد أو إكزيمة الأظفار . ويمكن أن تؤمن نمو ظفر سوي مع تطبيق المعالجة المناسبة للآفة الرئيسية المسببة .

الصداف : تقرات بشكل نقاط زيتية ، انفكاك أظفار ، حثل الأظفار ، الأظفار المعقوفة Crooked Nails وتظاهرات أخرى هي مميزة للصداف . هذا وإن التهاب جلد النهايات المستمر والمقيح Hallopeau هو شكل خاص من الصداف البثري يترافق مع تبدلات شديدة في الأظفار . كما يمكن لخشونة الأظفار Trachyonychia أن تنجم الصداف .

داء رايت : وتتطور فيه تبدلات النهاية عديدة تصيب مطرق الظفر وسريره ، وغالباً مع انفكاك كامل الظفر . وتحصل أحياناً إصابة بؤرية في منتصف سرير الظفر تؤدي لعب محد في الصفيحة الظفرية .

الحزاز المسطح : يجب أن لا نضع تشخيص الحزاز المسطح إلا بعد فحص الأظفار بسبب التبدلات التي يمكن أن تصيبها . وقد يصاب أيضاً مطرق الظفر ، وقد تشاهد هشاشة في الأظفار ، والخطوط الطولية والمستعرضة ، وخشونة الأظفار (راجع الشكل ٣٢ - ٢١) . وأخيراً فقد لظفر أو عدة أظفار ، ومن النادر فقد كل الأظفار . وإن انعدام الأظفار الثانوي والدائم مع

ظفرة وضمور كامل في سرير الظفر (الحزاز المسطح التآكلي) هي من نتائج هذه الآفة .

الحاصة البقعية (الثعلبة) : تقرات دقيقة ، أخدود طولاني وأحياناً خشونة سطح الظفر هي علامات واضحة للمرض (الشكل ٣٢ - ٢٠) . ومن علامات الحاصة البقعية : ايضاض الأظفار ، انفكاك الأظفار ، خشونة الأظفار ، سقوط الأظفار ، كما يشاهد الليل المنقط في مناطق يغيب فيها اللون الأبيض الرمادي للليل .

متلازمة Zinsser - Cole - Engman : يحصل مظهر مشابه للظفرة مع ضمور غير عكوس ، وغياب كامل للصفيحة الظفرية .

انحلال البشرة الفقاعي الحظي : يتطور خلال سير هذه الآفة فقد لبعض ، أو كل الأظفار مخلقة ندبات في سرير الظفر .

متلازمة لايل Lyell : يمكن أن يؤدي الشكل الناجم عن الأدوية لهذه المتلازمة إلى فقد حاد لكل الأظفار (سقوط الأظفار) ؛ إلا أن الأظفار تنمو من جديد بعد الشفاء ، أو أنها قد تتطور نحو الضمور .

الفقاع الشائع والفقاعالي الفقاعي : قد تؤدي هذه الآفات لفقد أظفار وإلى آفات تحت الأظفار . ويمكن للظفر أن يعود للنمو بعد السيطرة على المرض المسبب .

داء داريه Darier : يبدى بعض المصابين بهذا الجلاد الوراثي تبدلات نموذجية في الأظفار بشكل خطوط طولانية بيضاء تمر فوق الليل وقد تكون متعددة في الصفيحة الظفرية الواحدة . وقد تصبح هذه الأشرطة الفاتحة بلون أغم . وقد يرافقها انشقاق حافة الظفر الحرة مع فرط تقرن بشكل حرف V يتوضع تحت الظفر . وقد يكون الظفر متمسكاً بشدة بسبب فرط التقرن تحته .

الذآب الحمامي ، التهاب الجلد والعضلات وآفات المناعة الذاتية الأخرى : تتميز بتلون المناطق القريبة من الطية الظفرية الدانية باللون الأحمر البنفسجي مع توسعات شعيرية أنبورية الشكل Ampulla - like . مؤلمة بالضغط . وقد تحصل تبدلات أخرى في الصفيحة الظفرية كفقد اللعان وتشكلات خطية .

النخالية الحمراء الشعرية : يشاهد فرط تقرن شديد تحت الظفر مشابه للصداف مع تسمك شديد في الصفيحة الظفرية وانحراف كامل فيها .

الداء النشواني : و يترافق مع أظفار ضامرة ممتدة أو هشنة . متفرقات : هناك أمراض أخرى تعود لزمرة السمكات

و التهابات الجلد الشعاعية تؤدي إلى فرط تقرن الصفيحة الظفرية وفقد لمعانها ، واضطرابات في اللون ، إلخ . هذا وتبدل تشوهات الأظفار أثناء سير الآفة .

تبدلات الأظفار في الأمراض العامة Nail Changes in General Diseases

داء ومتلازمة رينو (Raynaud) : قد يحدث في هذه الآفة نوعائية ، رقة وتفتت وتقصف في الأظفار ، مع خطوط طولانية وتقرع وأعراض أخرى .

تصلب الجلد Scleroderma : يؤدي تراجع وسادات نهايات الأصابع إلى انحناء القسم القاصي من الصفيحة الظفرية على شكل المخلب ، وينمو ما تحت الظفر بشكل مفرط (تبدلات تشبه الظفرة المقلوبة الظفرية) كما يتطور ضمور كاذب في وسادة نهاية الإصبع وتوسع شعيري في الطية الظفرية .

متلازمة الظفر الأصفر Yellow Nail Syndrome [Samman و White ١٩٦٤]

آفة نادرة جداً لكنها معبرة . وقد تصاب جميع الأظفار مرة واحدة أو تصاب عدة أظفار . تتمسك الصفيحة الظفرية وتصبح صفراء مخضرة (راجع الشكل ٣٢ - ٢٢) وتنمو ببطء شديد . وقد يتوقف نمو الأظفار تماماً . ويصبح المهليل غير مرئي ، كما يتطور انفكك الظفر أثناء سير الآفة وذلك بدءاً من المحيط . ومن الأعراض المرافقة : التهاب القصبات المزمن ، وتوسع القصبات ، وتبدلات في الأوعية اللمفية مع وذمة دائمة . تختفي متلازمة الظفر الأصفر خلال عدة سنوات حيث يعود الظفر للنمو من جديد . ومن غير المعروف مدى تراجع باقي الأعراض . تلاحظ هذه المتلازمة لدى المعالجين بالبنسلامين والمخموجين بحمة عوز المناعة المكتسب .

الأظفار الأبقراطية : هي الأظفار بشكل زجاجة الساعة والتي تتطور في سياق الآفات الرئوية المزمنة .

الآفات المعدية المعوية : غالباً ما يغيب المهليل في التشوهات الكبدية ، وفي الذرب ، والتهاب القولون التقرحي ، وآفات داخلية أخرى . تشاهد الأشرطة الضيقة المزدوجة البيضاء الموجودة بشكل مواز للمهليل ، والتي تنمو مع نمو الظفر ، في التهاب الكبد الحاد وفي نقص ألبومين الدم وآفات عامة أخرى .

الآفات الكلوية : يترافق عديد من الآفات الكلوية بتبدلات في الأظفار . وإن الأشرطة المزدوجة البيضاء في المتلازمة الكلوية Nephrotic Syndrome ، ومظهر الظفر المتناصف الاصطباغ هما علامتان مميزتان ، وفي هذه الحالة ثمة منطقة دائية بيضاء كامدة لا يمكن فيها تمييز المهليل ، ومنطقة قاصية حمراء - بنية أو

وردية اللون تمتد شاملة نصف الظفر الآخر وتصل حتى الحافة الحرة .

تبدلات الأظفار المكتسبة Acquired Nail Changes

الرضح : يصاب عادة ظفر واحد ، والرضح هو السبب الغالب لتبدلات الأظفار المكتسبة .

الدميوم : تلون أزرق مسود ، مؤلم عادة ، يصيب غالباً ظفر الأنفيس الكبير . ويمكن أن نكتشف بالاستجواب ليس أحذية ضيقة أو وجود نشاطات رياضية (المشي ، الجري ، كرة مضرب ، تزلج ...) ويجب أن تفرق عن ملانوم النهايات تحت الظفر . وقد نحتاج لوضع التشخيص إلى طحن قطعة صغيرة من الظفر والتفتيش فيها عن الحديد (إيجابيته ليست حتمية) ، وقد نضطر لإجراء الخزعة .

التبدلات المحدثة بسبب الفرك : تؤدي عرّة الفرك الدائمة ، والتي تستقي ظفر الإبهام عادة ، إلى انكماش ، وإلى تحطيطات طولانية عريضة بسبب تخرب في منطقة الطية الظفرية الدانية . كما أن الالتهاب المزمن حول الظفر يؤدي إلى تخرب الجليدة مع تشكل جيوب تؤهب للتعلطن والحجم الثانوي .

التبدلات المحدثة ذاتياً Self - Inflicted Changes : نادراً ما يحدث تخرب في الأظفار وتترافق خاصة مع وجود اضطرابات نفسية شديدة .

قضم الأظفار : وهو عض الأظفار مع قصر نموذجي في القسم القاصي من الصفيحة الظفرية وأكثر ما تشاهد لدى الشبان . ومن اختلاطاتها الشائعة : الداحس والتآليل الشائعة وخاصة لدى التأتبيين . هذا ويزيد عض الأظفار من سرعة نموها .

الأظفار اللامعة : تكون الصفائح الظفرية ملساء لامعة وهذا ينجم عن الحك والفرك بواسطة لب الأصابع كما في الجلادات الحاكّة على البطن والصدر ، وخاصة في الجلود المعالجة بالمساحيق أو بمحلول الزنك . وقد تصبح الصفيحة الظفرية رقيقة ، وتشوه بسهولة .

انعقاف الأظفار : التبدلات التي تصيب سرير الظفر وصفيحته وصفت سابقاً وغالباً ما تستمر بسبب الوضعية الخاصة للأنفيس أو بسبب الأحذية الضيقة . والرضوح هي السبب في بدء تشوه الظفر على شكل مخلب .

العوامل الفيزيائية والكيميائية : يؤدي التخريش المستمر بالمواد الحادة ، والزيوت ، ومواد أخرى إلى فقد أو تخرب جزئي في الصفيحة الظفرية . تحدث نزوف تحت الظفر بسبب كثير من

متلازمة الظفر الناشب في الأجناس الكبير Ingrown Great Toenail Syndrome [Steigleder]
و Stober – Münster ١٩٧٧ : [

يترافق الظفر الناشب في الأجناس الكبير مع العلامات التالية
إنما بدرجات متفاوتة :

- نسيج حبيبي .
- داء سكري خفي .
- خمج الأجناس الكبير بالعنقوديات المذهبة .
- فرط تعرق الراحتين والأخصمين .
- ازرقاق النهايات في اليدين والقدمين .
- نقص في النمو الطولي مع أقدام وأيد كبيرة .
- تسود الإصابة لدى الرجال .
- الإصابة تحصل غالباً بين ١٢ - ١٦ .
- ويبدو أنه لا توجد زيادة عائلية بنسبة الحدوث .

المعالجة : ماثلة لمعالجة الظفر الناشب مع معالجة عرضية
للأعراض المرافقة .

العَرَن تحت الظفر Subungual Exostosis :

كما هو الحال في الظفر الناشب ، يسبب الضغط ألماً شديداً .
ويلاحظ أيضاً أن الطيات الظفرية الجانبية ملتهبة متورمة ، حمراء
عتمة (راجع الشكل ٣٢ - ٢٤) . وأكثر ما يصاب القسم
المتوسط ثم الجانبي للأجناس الأكبر ، هذا ويمكن كشف الأعران
شعاعياً .

المعالجة : الاستئصال الجراحي .

الأورام تحت الأظفار Subungual Tumors :

داء بوفن Bowen : يصيب كبار السن عادة ، وهو وحيد
الجانب وقد يصيب عدة أصابع خاصة الإبهام والأباجس
الكبيرة . وغالباً لا يوضع له تشخيص ولذلك يحصل خلل في
تطبيق المعالجة المناسبة لمدة طويلة . تلاحظ حمى خفيفة ،
وانفكاك ظفري في المناطق الجانبية من الصفيحة الظفرية . وإذا
لم يوضع التشخيص فقد تظهر سرطانة وسفية الخلايا . إلا أنها
تكون أقل اجتياحاً من التوضعات في أماكن أخرى .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الفطارات الظفرية ،
والدميومات ، وملانوم شامات النهايات ، والملانوم اللا
ملاني .

المعالجة : الاستئصال الجراحي الكامل للنسيج المصاب
والأفضل بطريقة المراقبة المجهرية .

الأعمال اليدوية غسل الأطباق أو العمل في ميكانيك
السيارات .

انحلال عظام النهايات : يحصل في داء البولي فينيل كلورايد
قصر في الأظفار واضطراب في نموها .

الآفات الحمجية : فطارات الأظفار بسبب الفطور الجلدية ،
وزمر المبيضات والجراثيم وقد درست في أبحاثها الموافقة .

الأدوية : تؤدي المعالجة بالإتريتينات والإيزوتريتينوين
المستعملان في معالجة الصدف ، واضطراب التقران والعد ،
إلى جفاف في الأظفار وهشاشتها مع رقة في الصفيحة الظفرية
وظهور نسيج حبيبي يشبه الحبيسوم المعنق (Caro Luxurians)
في الطيات الدانية والجانبية لدى بعض المرضى .
ومن الممكن حدوث أخماج ثانوية فطرية وجراثومية ، الآلية
الإمراضية شبيهة بالتكاثرات الوعائية الملاحظة على ظهر بعض
المرضى المصابين بالعد المكعب والمعالجين بالإيزوتريتينوين .

الظفر الناشب Unguis Incarnatus :

المترادفات : الظفر غير النامي .

التعريف : يصف هذا التعبير نمو الأظفار في الطيات الظفرية
الجانبية مع حدوث التهابات تالية .

الموجودات السريرية : شقوق مؤلمة تؤهب لحدوث أخماج
يظهر بعد حصولها التهاب موضعي يؤدي في الغالب إلى تشكل
فرط تنسؤ حبيبي (راجع الشكل ٣٢ - ٢٣) . وأكثر ما
يشاهد الظفر الناشب في الأجناس الكبير للقدم . والسبب الأهم
لهذه الظاهرة هو قص الأظفار غير الصحيح والدور ، أو بسبب
زيادة تحذب الصفيحة الظفرية ناجم عن رضوض آلية . وبما أن
الخافة الجانبية للظفر لا تستطيع تجاوز سرير الظفر ، فإنها تضغط
على طية الظفر . وتزداد الحالة سوءاً بلبس الأحذية الضيقة
والضغط الجانبي . ويحدث التهاب تفاعلي مزمن في المنطقة
المحيطة بالظفر . وتحصل هذه الآفة أيضاً بعد تداخل جراحي
غير ناجح بطريقة Emmet ، وذلك حين ينفرس قسم من
الصفيحة الظفرية كالشوك في طية الظفر الجانبية .

المعالجة : وتقوم على قص حواف الظفر الناشب ووضع قطعة
قطن مغمسة بمحلول معقم مثل صبغة كاستيلاني ، وذلك ريثما
ينمو الظفر من جديد فوق سرير الظفر . وإلا تجرى عملية
Emmet أو تطبق صفيحة معدنية ضاغطة (طريقة تقويم
الظفر) .

ملانوم شامات النهايات Acrolentiginous Melanoma :

ويحصل غالباً لدى كبار السن على إصبع (الإبهام) أو أنحس (الأنحس الكبير) . ويندر أن تكشف الإصابة في بدئها بسبب التلون الخفيف الرمادي البني المسودّ وذلك في الطيات الدّانية أو القاصية أو الجانبية أو فوق الظفر . يحصل تبدل في اللون تحت الظفر من البني إلى الأحمر إلى الرمادي . ولمعرفة التفاصيل راجع بحث الملانوم الخبيث في مكانه .

التآليل الشائعة تحت الأظفار : راجع البحث الخاص بأمراض الجلد بالحمات الراشحة .

الثوكم القرمي تحت الظفر Subungual

Keratoacanthoma : نادر ، وهو ورم مؤلم ينشأ جانبياً من الصفيحة الظفرية أو تحتها مباشرة مع انفكاك ظفري سريع ونخر

في النسيج الرخو والعظم .

الورم الكبي تحت الظفر Subungual Glomus Tumor :

ليس نادر المصادفة ، يصيب غالباً أصبعاً واحداً لدى اليافعان أو الكهول ، وقد يكون الألم شديداً . (راجع الفصل ٥٩ بحث الورم الكبي) .

المعالجة : الاستئصال الجراحي للآفة الوعائية ، وحدث النكس غير نادر .

الغضروم الداخلي تحت الظفر Subungual

Enchondromas : نادر ، والأعراض مماثلة للعرن تحت الظفر أو للورم الكبي .

المعالجة : الاستئصال الجراحي .

الفصل الثالث والثلاثون

أمراض الشفتين وجوف الفم

Diseases of the Lips and Oral Cavity

د . سهيل دياب

للغشاء المخاطي الفموي صفات مشتركة مع الجلد بسبب منشأهما المشترك من الأديم الظاهر Ectoderm . ومن ناحية أخرى ، يختلف الغشاء المخاطي الفموي شكلياً عن الجلد لأن ظهارته الوسفية بطبقاتها المتعددة تكون عديمة التقرن أو يأخذ تقرنها شكلاً مختلفاً . ويختلف الغشاء المخاطي وظيفياً بسبب قدرة طبقته القاعدية الكبيرة على التجدد مع مشعر انقسامي عال ، وبسبب ترطب سطحه المستمر باللعب والذي يلعب دوراً هاماً في المحافظة على صحة الفم . ويسمى النسيج الضام الموجود تحت الظهارة « الصفيحة المخصوصة Lamina Propria » بينما يغيب ما تحت المخاطية في بعض المناطق كما في اللثة والحنك القاسي .

وكما هو الحال في الجلد ، فهناك كثير من الجلادات ، تظهر في جوف الفم ، وقد تكون خاصة به . وفي بعض الأحيان يبدأ الاندفاع الأولي في جوف الفم كما يحدث كثيراً في الفقاع الشائع .

ويمكن للمظهر السريري الشكلي أن يتغير في اندفاعات جوف الفم متظاهراً بطراز خاص مثل الحزاز المسطح . وبسبب البنية الرخوة للمخاطية فإن الحطاطات لا تأخذ شكلها الاعتيادي ، ويندر للحويصلات أن تبقى سليمة حيث لا يشاهد مكانها سوى تآكلات . ويمكن لإصابة المخاطيات أن يساعد بشكل كبير على وضع التشخيص ، كما في الحماق مثلاً ، بينما ، وفي أمراض أخرى ، يكون غياب إصابة المخاطيات هو المساعد على التشخيص كما في الشرى الحطاطي الطفلي .

ونعدد فيما يلي الجلادات التي غالباً ما تظهر على الأغشية المخاطية ، أو تكون كثيرة المشاهدة فيها ، وستبحث بالتفصيل في فصولها المرافقة من هذا الكتاب .

الأمراض الجلدية التي يكثر حدوثها في الشفتين وجوف الفم :

الجلادات الوراثية Genodermatosis : انحلال البشرة الوراثي بأشكاله « داء داربيه ، داء أوسلر .

الوحمات Nevi : الشامه البسيطة ، الوحمة وحمة الخلايا ، الوحمة الزرقاء .

أمراض الحمات Virus Diseases : الحلا البسيط ، الحلا النطاقي (إصابة العصب الثلاثي التوائم II ، III) ، الحماق ، داء اليد - القدم - الفم ، الثآليل الشائعة ، الطلوان الفموي المشعر (في الخمج بحمة الإيدز) .

الأنحاج الجرثومية : الإفرنجي الأولي ، إصابة كامل الغشاء المخاطي الفموي في الإفرنجي الثانوي والثالثي ، التهاب اللوزتين البني ، الحمرة ، داء الشعيات ، بعض أشكال المل ، الجذام .

الأمراض الفطرية : كما في داء المبيضات .

الجلادات الفقاعية Bullous Dermatoses : الفقاع الشائع ، الفقاعاني الفقاعي ، الفقاعاني الندبي .

أدواء المغراء Collagenosis : الذأب الحمامي ، تصلب الجلد المجموعي المترقي ، الحبيوم الموائي الأنفي .

التفاعلات الأرجية Allergic Reactions : الاندفاعات الدوائية الثابتة ، الحمامي عديدة الأشكال ، الجلادات الأرجية بالتماس ، الوذمة الوعائية لكونيكة .

متفرقات : الحزاز المسطح الفموي .

الأورام السليمة (Benign Tumors) : الليفوم ، الليفوم العصبي ، الورم ذو الخلايا المحببة . العضلوم الأملس ، الوعاؤوم الدموي ، الوعاؤوم اللمفي ، الحبيوم المقيح ، الحليمومات الفموية المزدهرة .

الأورام الخبيثة (Malignant Tumors) : السرطانة وسفية الخلايا ، الملانوم الخبيث ، القرن (ساركوما) الوعاؤومي .

أمراض الشفتين Diseases of the Lips :

الغدد الزهمية المتبذة Ectopic Sebaceous Glands :

[Fordyce : ١٨٩٧]

المردافات : الغدد الزهمية الحرة ، داء فوردايس .

التعريف : تظهر الغدد الزهمية الحرة على مخاطية الشفتين والغشاء المخاطي للفم كحالة فيزيولوجية .

الإمراض : ظاهرة عديمة الألم تتطور أثناء تكون الغدد . Ontogenesis

الموجودات السريرية : حالة شائعة تتظاهر بمحطاطات صغيرة صفراء ، متفرقة أو متجمعة ، على باطن الشفتين العليا والسفلى وعلى مخاطية الخدين (الشكل ٣٣ : ١) . لا تترافق بأعراض أو بعلامات التهابية .

التشريح المرضي النسجي : فصيصات لغدد زهمية ناضجة وموَّية متصلة مباشرة بمخاطية الفم . وتسمى بالغدد الزهمية خَرَّة لعدم علاقتها بالجريب الشعري .

المعالجة : غير ضرورية ، ويجب أن نشرح للمريض الطبيعة سليمة لهذه الحالة .

الناصور الولادي للشفة السفلى

Congenital Fistula of the Lower Lip :

التعريف : تشوه ولادي نادر ، يتطور خلال نمو المضغة ، وقد يكون وراثياً .

الإمراض : السبب المحتمل لتكونه هو حدثية تشدّد Segmentation مرضية للشفة السفلى . مشابهة لتكون الشفة العليا .

الموجودات السريرية : يجب التمييز بين الناسور جَنَيب الناصف Paramedian وبين الناسور الجانبي للشفة السفلى ، والشكل الأول هو الأكثر مصادفة ، حيث تشاهد فتحة نقطية على القسم الأرجواني من الشفة متناظرة على الجانبين (الشكل ٣٣ : ٢) ، تخرج منها بالضغط مفرزات مخاطية ، ويحيط بهذه الفتحة النقطية انخماص دائري .

المعالجة : الاستئصال بعد رسم مسار الناسور بحقن مادة ملونة .

الكيسة المخاطية الرضحية (الرضية) والحبيبوم المخاطي

Traumatic Mucous Cyst and Mucous

: Granuloma

التعريف : كيسة انخباسية لغدد لعابية متمزقة ، يتلوها تشكل حبيبوم لجسم أجنبي .

الإمراض : تنشأ هذه الكيسة من العض نتيجة انزباح رضحي لموضع القنوات المفرغة للغدد المخاطية والتي تتمزق بسهولة ، وتتر المادّة المخاطية إلى النسيج الضام المحيط مؤدية إلى حبيبوم مخاطي .

الموجودات السريرية : عقيدة متميزة ومجسوسة تنطور خلال زمن قصير وتتوضع غالباً على الشفة السفلى (الشكل ٣٣ : ٣) ، وبشكل أندر على الشفة العليا أو في مخاطية الخد أو على حافة اللسان ، ويختلف حجم هذه الكيسة ولكنها حتى في الكيسات والحبيبومات الصغيرة تكون مزعجة وهي غالباً ما تضغ مما يسبب تحربات إضافية .

التشريح المرضي النسجي : تتواجد خلايا عملاقة لجسم أجنبي لها هيولى رغوية وبلاعم كثيرة تبلعم المخاط (تفاعل PAS وتفاعل Hale - PAS) في النسيج الضام المحيط بالآفة .

المعالجة : الاستئصال الجراحي .

الكيسات الظهارية الحقيقية True Epithelial Cysts :

إن الكيسات البشراية Epidermoid والجلدانية Dermoid الحقيقية التي تنشأ خلال تكون الغدد هي نادرة جداً وغالباً ما تتوضع في القسم المتوسط من قاع الفم وأحياناً على الخنك ، وفي جوف الفم ، أو المخاطيات ، أو الشفتين ، أو اللهاة .

المعالجة : الاستئصال .

التهاب الشفة الزاوي Angular Cheilitis :

المترادفات : الخمج الزاوي ، الصباغ Perleche ، التهاب الشفتين المهاجر ، شقوق زاوية الفم .

التعريف : هو التهاب في زاويتي الفم ، حاد أو مزمن ، تآكلي وتجلي وتشققي وينجم عن أسباب عدة .

السيببات : الأسباب متنوعة ، فعند الأطفال تعتبر من أهم مظاهر القوباء بالعقديات أو الأكرزمية التأتبية . أما عند الكبار فيجب التفكير أولاً بالتبدلات الفكّية الناجمة عن الجبائر السنية سيئة التطبيق ، أو بالمذح الناجم عن المبيضات البيض . وكذلك باللاعصارية ، وبفقر الدم بعوز الحديد أو متلازمة بلومر - فنسون (Plummer - Vinson) .

أسباب التهاب الشفتين الزاوي :

العوامل الوراثية : النواسير الولادية في زاويتي الفم ، الإكرزمية التأتبية ، وخاصة في المنغولية (ضخامة اللسان) .

الأخماج : العقديات ، العنقوديات (القوباء المعدية) ، المبيضات البيضاء (السلاق القموي) .

العوامل الآلية : الفَقَم Prognathism ، الجبائر السنية سيئة التطبيق ، تبدلات الفكّين بسبب تقويم العظام ، الإلحاح في غياب إطباق فم كامل .

الاضطرابات الاستقلابية والأمراض العامة : نقص التغذية ، عوز فيتاميني وخاصة عوز الريبوفلافين ، عوز الحديد ، فقر الدم ناقص الصباغ ، اللاعصارية ، فقر الدم الخبيث ، متلازمة Plummer - Vinson .

الموجودات السريرية : بقعة صغيرة حمراء تظهر على زاوية الفم ، متناظرة ، متوضعة ما بين الجلد والغشاء المخاطي ، عليها شق تجلي (الشكل ٣٣ : ٤) . تنمو الآفة ببطء وتصبح الشقوق أشد عمقاً وتزداد التشكلات الجلدية ، وأخيراً يتشكل تآكل جُلبي معند ، بيضوي ، قطره من ٢ - ٣ ملم ، غالباً ما تخترقه شقوق عميقة ، يظهر على زاوية واحدة أو على زاويتي الفم . إن وجود غلالة مبيضة يوحى بالخمج بالمبيضات

(Lip – Licking Eczema) .

الموجودات السريرية : حسب درجة الحدة ، فالاحمرار ، والنفاطات، والتآكلات والخشونة، تحدث في القسم الأرجواني من الشفة توسف خفيف أو شقوق (الشكل ٣٣ : ٦) . وإن تعبير التهاب الشفتين التوسفي Cheilitis Exfoliativa يدل على حالة التهاب مزمن في الشفتين مع توسف الطبقات السطحية في المنطقة الأرجوانية من الشفة . وتكون الشفاه حمراء ، لماعة ، نازة ، مزرجة بلون الدم وتبدي شقوقاً وجلبات .

التشخيص : تشمل القصة مؤشرات على وجود التآب وعن العوامل الخارجية . وفي حالة الشك بالتهاب الشفة التماسي ، يجب إجراء اختبارات الرقعة واختبار الرقعة الضوئي .

المعالجة : تستجيب الشفاه المتشققة بشقوق مفتوحة ، والتهاب الشفة التوسفي بشكل جيد للمعالجة بالمراهم والرهيمات الحاوية على الستيروئيدات بتركيز خفيف . ويوصى للوقاية بتطرية الشفتين بمراهم رخوة أو شبه دهنية . وحين التعرض المديد لأشعة الشمس توصف معجونة الزنك أو حمرة الشفاه الحاوية على داريء للضوء للوقاية من الأشعة فوق البنفسجية .

التهاب الشفتين السّافع (الشمسي)

: Actinic (Solar) Cheilitis

الشفة السفلى هي الأكثر تعرضاً لأشعة الشمس ، وحيث لا تحوي المنطقة الأرجوانية من الشفة صباغاً واقياً ، فإن الأذيات بالأشعة فوق البنفسجية كثيرة التوضع في هذه المنطقة .

التهاب الشفة السافع الحاد : يحدث بعد التعرض الصريح لأشعة الشمس ، مثلاً بعد مسيرة في الجبال دون وقاية . يستمر زمن الكمون عدة ساعات تبدي الشفاه بعدها انتباجاً ودمياً حمراً ، ثم يحدث التحوصل أخيراً . وللمعالجة ، يجب في البدء استعمال ضمادات رطبة ، ثم مستحضرات جلدية خالية من الدسم ، وبعد ذلك تطبق مستحضرات جلدية مطرية وحاوية على الستيروئيدات ، ويجب الامتناع حتماً عن تعرض جديد لأشعة الشمس .

التهاب الشفتين السافع المزمن : ويظهر بعد سنين من التعرض للضوء وخاصة لدى المزارعين والبحارة والأدلاء في الجبال وذوي الأعمال المشابهة . يبدي الجلد في المنطقة الأرجوانية من الشفة ضموراً وأخيراً تقرانات محددة أو تشمل كافة القسم الأرجواني (الشكل ٣٣ : ٧) . وإن الشعور بارتشاح مجسوس خفيف يوحي ببدء ظهور سرطانة الشفة الوسفية الخلايا .

التشريح المرضي النسيجي : نجد ضموراً في الظهارة ، ومران

البيضاء ، بينا يوحي وجود جلبة صفراء بالمنشأ الجرثومي (الشكل ٣٣ : ٥) .

التشخيص : إضافة لأخذ لطاخة من الآفة للتفتيش عن خمج جرثومي أو بالمبيضات البيض في جوف الفم والبراز ، يجب التفتيش - إذا وجد ما يوحي بذلك سريرياً - عن مستوى الحديد في الدم ، والتعداد الدموي . ويجب إجراء استقصاءات معدية ، وكذلك يجب مراجعة طبيب الأسنان لفحص الأسنان وإطباق الفم .

التشخيص التفريقي : الحطاطات التآكلية في الإفرنجي الثانوي المتوسطة على زاويتي الفم .

المعالجة : يجب معرفة السبب ومعالجة الآفة البدئية ، يفيد المسح الموضعي بالمحلول المائي لنترات الفضة (٢ - ٥ ٪) والمفيد إجراؤه قبل الذهاب إلى السرير . وبصرف النظر عن الأسباب ، يستطب التطبيق الموضعي للمطهرات ، المرديات ، مضادات الفطور في محاليل قليلة الدسم (صبغات ، رهيمات ، معاجين) ومحلول ٠,٥ ٪ Clioquinol - Zinc ، ويمكن إضافة الستيروئيدات إنما لفترات وجيزة .

التهابات الشفتين Cheilitis :

يمكن أن نميز سريرياً أشكالاً مختلفة لالتهابات الشفتين (شفة = Cheilos) وهي تختلف عن بعضها أحياناً بحداثتها ، وأحياناً أخرى بسببباتها وإمراضها .

التهاب الشفتين البسيط Cheilitis Simplex :

المردفات : التهاب الشفتين الجاف .

الإمراض : ينجم التهاب الشفتين البسيط عن عوامل خارجية كالطقس البارد الرطب أو التعرض الشديد لأشعة الشمس (التهاب الشفتين السّافع Actinic Cheilitis) ، وبشكل غير نادر ، يكون التهاب الشفتين مظهراً للأكزيمة التآنية وأحياناً المظهر الوحيد للتآب . وقد تكون مظهراً لأرج تماسي أو أرج ضوئي أو انسغام ضوئي لمكونات حمرة الشفاه أو الأدوية المستعملة موضعياً لعلاج الحلاّ البسيط الشفوي . وبالقياس على التهاب الجلد التماسي ، يمكن تشخيص التهاب الشفة التماسي السمي أو الأرجي .

وتؤدي محاولات المريض المستمرة لترطيب الشفتين باللعب إلى جعلها جافة ومتشققة نتيجة حرمانها من الزهم defatting والتبخّر . فيعطي مظهر الشفاه المتشققة المفتوحة والمسّاة أيضاً « التهاب الشفتين بانعدام الزهم » ، ونرى لدى الأطفال الذين يمسّون شفاههم باستمرار أو يلعبونها باللسان ، حدوث تخريش مزمن واضح الحدود (إكزيمة لعق الشفتين

مترق في النسيج الضام للقسم الظاهر من الشفة كما نجد شذوذات في الخلايا القاعدية أو تبدلات شبيهة بداء بوفن ، وفراط تقرن مع خطل تقرن بوري . وأخيراً ، تتطور سرطانة وسفية خلايا غير نموذجية تغزو الأدمة .

المعالجة : ضرورة الوقاية من الضوء ، استئصال القسم لأرجواني من الشفة أو الاستئصال السطحي (كشط الشفة : Lip Shaving) وهو مستطب في حالة ظهور التقرانات . وفي حالة وجود السرطانة نلجأ إلى استئصالها مع هامش أمان مناسب وتجريف العقد الرقية إذا لزم الأمر .

التهاب الشفة الساحج مقدمة السرطاني Cheilitis Abrasiva Precancerosa : [Manganotti : ١٩٣٤]

وهو شكل خاص من التهاب الشفة السافع المزمن ، يصيب شفة السفلى خاصة حيث أنها الأكثر تعرضاً للضياء ونجد تآكلات التهابية جلدية مستمرة ومعندة على المعالجة وقد تتطور إلى سرطانة وسفية خلايا . وإن الشعور بالجلس بأقل ارتشاح في الشفة السفلى يدعو إلى الشك .

التشخيص : يجب إجراء خزعة في حالة الشك بالسرطانة . تعتبر طريقة التلوين بزرقة التولويدين مفيدة للتشخيص .

طريقة التلوين بزرقة التولويدين : ينظف الموضع بمحلول حمض خل ١٪ ثم يغسل بالماء ثم يجفف وتدهن المنطقة المشبوهة بمحلول مائي ١٪ من زرقة التولويدين ، ننتظر ٢ - ٣ دقائق نصح بعدها بمحلول حمض الخل ١٪ .

تفسير : - لون أزرق فاتح : مقدمة سرطان خفي
- لون أزرق داكن ولعاع : سرطانة .

المعالجة : ينصح بالاستئصال المبكر للقسم الأرجواني من شفة .

الأشكال الغدية لالتهابات الشفتين

: Glandular Forms of Cheilitis

التعريف : تنجم هذه الأشكال من التهابات الشفتين عن تبدلات التهابية في الغدد اللعابية الصغيرة المتوضعة في الشفتين (الغدد الشفوية Glandulae labiales) .

التهاب الشفتين الغدي البسيط Cheilitis Glandularis Simplex : [Volkman : ١٨٧٠ ، Sutton : ١٩٠٩]

الإمراض : فرط تنسج في الغدد المخاطية يؤدي إلى تفاعلات التهابية .

الموجودات السريرية : نجد على السطوح القاسية للشفتين

وخاصة الوجه الداخلي للشفة السفلى ، حطاطات صغيرة حمراء بحجم رأس الدبوس تشبه الوعاؤومات الصغيرة ، في مركزها فتحات صغيرة يخرج منها بالضغط قطرات مخاطية . وحين تكون الأعراض أشد ، تُجس هذه الغدد مثل حبات الخردق . وتكون الشفاه دبكة أو رطبة تتورم في الحالات الحادة مؤدية إلى ضخامة الشفة .

المعالجة : يمكن تصليب هذه الغدد بالإنفاد الحراري (Diathermy) .

التهاب الشفتين الغدي الحرجي Cheilitis Glandularis Apostematosa : [Volkman : ١٨٧٠]

المترادفات : التهاب الشفتين لفولكمان .

الإمراض : قد يتطور بدءاً من خمج معند بالعنقوديات أصاب التهاب شفة غدي بسيط .

الموجودات السريرية : بالضغط على الشفة المنتجة يخرج القيح ، يضاف لذلك تقرحات وتشكلات جلدية وهذا الشكل هو الشكل المؤلم والالتهابي الوخيم لالتهاب الشفة .

المعالجة : العلاج الناجع الوحيد هو الاستئصال الجراحي للمنطقة من الشفة الحاوية على الغدد المتهبة وبعد تطبيق العلاج المناسب بالصادات .

التهاب الشفة الحبيبي Cheilitis Granulomatosa : [Miescher : ١٩٤٥]

التعريف : هو انتباغ مزمن في الشفة ناجم عن التهاب حبيبي مجهول السبب ، وهو أيضاً أحد أعراض متلازمة ملكرسون - روزنتال .

الحدوث : نادر في الطفولة ، يظهر عادة لدى الشبان البالغين ، الإصابة متساوية في الجنسين .

الإمراض : آفة مجهولة السبب . تفسر هذه الظاهرة كمتلازمة لها أسباب متنوعة تشمل عوامل وراثية وشذوذات تشريحية ووظيفية والتهابية في الجهاز العصبي المستقل ، وربما آليات أرجية خمجية . وقد نوقش أيضاً إمكانية وجود أرج تماسي للجباير السنية ، أو وجود خمج موضعي أو أخماج حموية . ليس لهذه الآفة علاقة بالسل أو بالغرناوية .

الموجودات السريرية : يظهر انتباغ التهابي في الشفتين (الشكل ٣٣ : ٨ و ٣٣ : ٩) متبدل في البدء ، ثم تصبح أكثر ثباتاً ، أي الصورة السريرية لضخامة الشفاه . والشفة العليا هي الأكثر إصابة . وهو وحيد الجانب عادة وقد يمتد إلى الحد . يشعر المريض بملس مخملي . لا يدي الجلد أية تبدلات على سطحه ويكون بلون عادي أو أنه يميل إلى اللون الأزرق

الحمر . ونادراً ما يتشقق وتتطور الحالة إلى الأسوأ بهجمات متقطعة وإذا أصيبت الشفتان معاً يصبح شكل الفم متطاولاً (فم الخنزير) .

وعند جسّ الشفتين نلاحظ ازدياداً في قساوة قوامها وقد تتضخم عقد الناحية قليلاً . وفي بدء تطور الآفة قد يحصل ترفع حروري خفيف مع تعب عام .

التشريح المرضي النسجي : في البدء نجد وذمة ورشاحة لمفية منسجة خفيفة حول الأوعية . وفي مرحلة متأخرة نجد رشاحة النهائية كثيفة مختلطة مؤدية لتشكيل حبيوم غرناوي .

الجدول ٣٣ - ١ : الأسباب الأكثر أهمية لضخامة الشفة

اضطرابات ولادية	ضخامة الشفة العائلي الغامض ، متلازمة Asher S. ، الذمة الوعائية الوراثية ، الوعاؤوم اللمفي الكهفي ، الوعاؤومات الدموية .
الرضع	الورم الدموي (الدميوم) Hematoma .
الأخماج	الحلأ البسيط الناكس ، الحمرة الناكسة ، الجذام ، التهاب الشفة الغدي .
الأرج	الوذمة الوعائية (وذمة كونيكة) .
الأورام	الليفوم العصبي ، الغرن ، اللمفومات الكاذبة ، اللمفومات الخبيثة .
منفرقات	الغرناوية (الساركوتيد) .

متلازمة ملكرسون - روزنتال - Melkersson - Rosenthal Syndrome [١٩٣١/١٩٢٨]

التعريف : تتكون الصورة السريرية المدرسية من مثلث عرضي : التهاب شفة حبيومي ، خزل وجهي ، ولسان مشقق .

الإمراض : مثل التهاب الشفة الحبيومي .

الموجودات السريرية : لا نجد منذ البدء كل العلامات المذكورة في التعريف . وغالباً ما يحدث شكل وحيد العرض ، يسبق تكامل باقي الأعراض والعلامات بعدة سنوات . وإذا كان البدء بخزل متردد للعصب الوجهي فلا يوضع التشخيص إلا بشكل راجع وبعد مضي عدة سنوات على تطور الآفة . أما خزل العصب الوجهي فيكون غالباً وحيد الجانب ومن النقط المحيطي ، وقد تصاب أعصاب قحفية أخرى ووظائف مستقلة (Autonomic Functions) . وإضافة لوذمة الشفتين قد يصاب الخدان (Pareitis Granulomatosa) ، الجبهة (Metopitis Granulomatosa) ، الأنف (Blepharitis Granulomatosa) ، والحنك (Uranitis Granulomatosa) .

(Granulomatosa) بتورم وذمي النهائي معاود .

السير والإنذار : سير الآفة مزمن ومتقطع ، الإنذار جيد للحياة وليس للشفاء . وعندما يصاب المريض بخزل العصب الوجهي يمكن أن تسوء وظيفة الأكل والكلام ، ومن الممكن ظهور هدئات عفوية (Spontaneous Remissions) .

التشخيص التفريقي : قد تنجم ضخامة الشفاة عن أسباب متعددة (الجدول ٣٣ : ١) ، وفي حال التهاب الشفة الحبيومي بالخاصة يجب التفكير بالأسباب المؤدية لانتباج مزمن في الشفتين (داء الفيل البلدي (Elephantiasis Nostras) بسبب حمرة معاودة أو حلأ بسيط راجع .

المعالجة : تعالج الحالات الشديدة بإعطاء الستيروئيدات القشرية داخلياً (٤٠ - ٦٠ ملغ) بريدنيزولون يومياً ولمدة ٢ - ٤ أسابيع ثم إنقاص الجرعة تدريجياً . ويمكن إضافة مضادات الالتهاب (أسبرين ، أندوميتاسين) . ويوصف أيضاً النيكوتيناميد (١٠٠ X ٣ يومياً) مشتركاً مع حمض الفوليك (٥ ملغ X ٣ يومياً) ، والفيتامين ب١٢ . إلا أن نتائج هذه المعالجات لم تثبت . الحقن الموضعي لمعلق التريامستولون (معلق بلوري ١٠ ملغ ممدداً بنسبة ١ : ٥ مع بنج موضعي) قد تعطي بعض النتائج لتخفيف الهجمات . وذكرت نتائج جيدة للدابسون (١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً) والكولفازيمين . يعتبر الكولفازيمين العلاج الأمثل . في الحالات الشديدة يمكن التفكير بالعلاجات الكابتة للمناعة (آزاثيوبيرين) . وفي الحالات المتقدمة جداً لضخامة الشفة يجب التفكير بالعلاج الجراحي لإنقاص حجم الشفة عبر استئصال شقوق إسفينية على جانبي الغشاء المخاطي .

أمراض أخرى تصيب الشفتين :

كثيراً ما يتوضع على الشفتين الحلأ البسيط ، الخزاز المسطح ، الاندفاع الدوائي الثابت ، الحمامي عديدة الأشكال ، الذأب الحمامي ، الإفرنجي ، الحبيوم المخاطي ، السرطانة وسفية الخلايا ، وتوصف في فصولها الموافقة .

أمراض اللسان Diseases of the Tongue :

اللوزات اللسانية غيرية الموضع Heterotopic Ligual Tonsils [Levinstein : ١٩١٢]

المترادفات : اللوزات اللسانية غيرية الموضع المتناظرة .

التعريف : هو النسيج اللمفي الظهاري الذي يتوزع عادة عند جذر اللسان ، ويشكل جزءاً من الحلقة اللوزية لفسالداير (Waldeyer's tonsillar ring) ، ويسمى بكامله اللوزة

نسانية ، ويشكل عقيدة صغيرة غير مؤلمة ومتناظرة وتتوضع عمق النسيج على جانبي قاعدة اللسان .

الموجودات السريرية : تبارزات نصف كروية بحجم عدة مليمترات أو أكثر ، تشاهد ونحس عند قاعدة اللسان ، على حدود بين القسمين الجانبي والخلفي من اللسان ، وتبدو بلون "حمر أرجواني ، مقارنة مع اللون الأحمر الرمادي الفاتح المحيط بها ، سطحها لفائفي وتسمى باللوزات اللسانية غيرية الموضع ، وتصاب في الأخماج وفي تفاعلات الحلقة اللوزية ، ويتعلق حجمها وقوامها بالحالة الوظيفية للنسيج اللمفي .

وفي أخماج الحلقة اللوزية ، يمكن أن تكون الإصابة وحيدة أو ثنائية الجانب أو تصاب وحدها : ذباح اللوزات اللسانية غيرية الموضع *Angina Tonsillae Linguae Heterotopicae* (هالتر ١٩٥٢) حيث تبدي اللوزات لسانية احمراراً وانتباجاً التهابي ، وتصبح حركة اللسان مؤلمة .

التشريح المرضي النسجي : لا تؤخذ خزعة في حال التهاب خاد . وفي حالات استثنائية ، وفي حال الشك بأورام اللسان تجرى الخزعة للتمييز . عندها نشاهد نسيجاً لمفياً ظهارياً سوياً أو التهابياً يتوافق مع ما يشاهد في باقي اللوزات .

المعالجة : الصادات في الأخماج الحادة ، والغرغرة بالفسولات لغوية ، ولا تحتاج لأكثر من ذلك .

دوالي اللسان *Varices of the Tongue* :

كثيراً ما يشاهد لدى كبار السن ، أوردة زرقاء بنفسجية تمتد متعرجة على جانبي اللسان وعلى قاع الفم ، وليس لها أية دلالة مرضية (الشكل ٣٣ : ١٠) .

اللسان المشقق *Lingua Plicata* :

مرادفات : اللسان الصفني ، اللسان الأخدودي (*furrowed Tongue*) .

التعريف : زيادة الأخاديد على سطح اللسان .

الإمراض : آفة ولادية غير مؤلمة وقد تكون وراثية ، تقدر نسبة حدوثها بـ ١٠ - ١٥٪ من عامة الناس .

الموجودات السريرية : للسان السوي عادة مظهر ناعم مخملي ومتجانس . تتعثر عليه حلقات خيطية وكمية . يتغير المظهر عند قاعدة اللسان بوجود الحلقات المحوطة *Circumvallate Papillae* ويتجلى التبدل الأخف بشكل أخدود طولاني على الناصف ، سطحي أو عميق جداً (الشكل ٣٣ : ١١) ، قد تنفرغ من أخاديد جانبية ومنها أخاديد ثانوية . وقد تتجلى الآفة بمظاهر أخرى كالأخاديد جنب الناصف *Paramedian* أو

تلفيفية كالتخبيخ حيث تغير هذه الأخاديد من مظهر سطح اللسان إلى الشكل المشقق الذي يشبه بالمظهر جلد الصفن ومنها سمي باللسان الصفني (الشكل ٣٣ : ١٢) . تشاهد هذه الأخاديد بوضوح على اللسان الممدود وتصيب الثلثين الأماميين فقط ويكون باقي اللسان طبيعياً .

التشخيص التفريقي : قد يكون اللسان المشقق أحد أعراض متلازمة ملكرسون - روزنتال ، عندها يعتبر - استناداً للمظهر النسجي - كالتهاب لسان حبيبي . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار التهاب اللسان في الإفرنجي الثاني أو متلازمة كالودن (Cowden) في التشخيص التفريقي .

اللسان الجغرافي *Geographic Tongue* :

المرادفات : اللسان المتوسف البقي (الباحي) *Exfoliatio Linguae Areata* ، اللويحات العابرة الهاجرة والسليمة .

التعريف : بقع حمراء ملساء ، لامعة ، جغرافية ، تظهر على سطح اللسان ، وتغير مكانها باستمرار .

الحدوث : نادر نسبياً ، و يترافق اللسان الجغرافي في ٤٠٪ من الحالات مع لسان متشقق صريح ، ويبدى لويحات هاجرة في ٢٠٪ من الحالات .

الإمراض : السبب مجهول ، وقد يكون تبديلاً فيزيولوجياً ، وهو عائلي غالباً ، ولا شيء سوى ذلك . وقد نوقشت أيضاً احتمالات وجود سبب خمجي (عقديات ، مبيضات بيض) أو نفسي المنشأ أو عصبي هرموني أو وراثي . تصادف هذه التبدلات بنسبة أعلى لدى المصابين بالصداف أو التأتب .

الموجودات السريرية : يبدى سطح اللسان ذو الغلالة البيضاء الطبيعية ، مظهر خريطة واضحة الحدود مكونة من بقع حمراء ، سطحها أملس وبحجوم مختلفة (الشكل ٣٣ : ١٣) . يبدى يحيط هذه البقع غلالة أكثر ايضاضاً وكأن هذه الغلالة البيضاء قد كشطت إلى المحيط . تهاجر هذه البقع أو اللويحات من مكان لآخر مغيرة شكلها وحجمها من يوم لآخر ومنه جاءت تسميتها باللويحات الهاجرة . لا توجد أعراض ونادراً ما يشكو المريض من حس حرق في اللسان وخاصة لدى تناول الأطعمة الحامضة أو الساخنة .

التشريح المرضي النسجي : كثيراً ما يشاهد في القسم العلوي للنسيج الضام رشاخة النهاية لمفية منسجة تتوضع خاصة حول الأوعية ، ونلاحظ أحياناً بثوراً إسفنجية الشكل .

المسار : قد يبدأ التوسف في أي عمر حتى لدى الصغار ، وغالباً دون أن تلاحظ . وتزول عفوياً بعد أشهر أو سنوات .

التشخيص : سهل ، وقد تجرى تحريات جرثومية إذا لزم الأمر .

المعالجة : يجب إخبار المريض أن هذه الآفة غير نادرة ، وغير ضارة . وأن نظمته بأن لا علاقة لها بالسرطان كما يخشى غالبيهم ، وفي حال وجود حسّ حرق نوصي بغسولات فموية خفيفة . تعالج بمضادات الجراثيم إذا وجدت العقديات أو المبيضات البيض في البراز . ونوصي بتجنب الأطعمة الخمرشة كالأناناس الطازج والليمون .

التهاب اللسان المعيني المتوسط Glossitis Mediana Rhombica : [Pautrier و Brocq 1914]

الإمراض : خلل تطوري يظهر حين بدء تكون الفرد ، حيث يفترض توقف نمو الخديبية (Tuberculum Impar) لعدم تغطيتها بشكل كامل وسوي من القوس الغلصمية الأولى والثانية .

وتكون هذه المنطقة من اللسان معرضة للتخريش بسهولة بالعوامل الخارجية وكثيراً ما تستعمرها المبيضات البيضاء . وقد نوقش احتمال وجود خمج مزمن بالمبيضات البيض . الحالة نادرة المصادفة وتصيب الذكور من الكهول بنسبة ٣ : ١ .

الموجودات السريرية : يكتشف هذا الخلل اللاعرضي صدفة حيث يلاحظ على المحور الطولي في الثلث الخلفي والمتوسط لظهر اللسان بقعة معينة محددة يحيط بها غالباً أخدود هامشي (الشكل ٣٣ : ١٤) يتميز سطحها عن باقي سطح اللسان بلونه الأحمر أو الأبيض الطلواني . وقد تكون أيضاً ملساء منخفضة أو مرتفعة أو مثألة .

التشريح المرضي النسجي : فرط تنسج ظهاري مع غياب الحليمات وزيادة في عدد الأوعية الدموية موحية بورعاؤوم دموي ، يلاحظ غالباً وجود تفاعل التهابي .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بأدواء المبيضات البيضاء ، ويجب نفي سرطانة اللسان . وفي حال وجود شك سريري يجب إجراء خزعة .

المعالجة : غالباً غير ضرورية ويمكن أن ننصح بالغسولات الخفيفة حين وجود حسّ حرق شديد . وفي حالات استثنائية يمكن إجراء حقن موضعي بمعلق مبلر وممدد للتريامسينولون . ولا يستطب الاستئصال الجراحي إلا نادراً . ومن الضروري تطبيق المعالجة المضادة للفطور إذا ثبت وجود المبيضات البيضاء .

اللسان المشعر Hairy Tongue :

المرادفات : اللسان الأسود الوبري Lingua Villosa Nigra ، اللسان نشعر الأسود ، اللسان الأسود .

التعريف : فرط تفرغ خيطي الشكل وكثيف ، يرتفع مقدار قد يصل إلى ٢ سم عن سطح اللسان .

الإمراض : من الأسباب التي يجب الانتباه إليها : المعالجة الجهازية والموضعية بالصادات ، السكر ، الأصبغة النباتية ، داء المبيضات البيض ، تخريش المخاطية المزمن بالتدخين المفرط أو بمزوقات الفم ، الاضطرابات الاستقلابية ، السكري ، والأمراض العامة المتقدمة . ويجب دراسة ظروف كل مريض على حدة . السبب الإمراضي للآفة هو فرط تفرغ شديد للحليمات الخيطية والتي تكون متقرنة من نهايتها فقط والتي تشكل وسطاً ممتازاً لنمو الأحياء المجهرية .

الموجودات السريرية : فرط تقرنات خيطية كثيفة قد يصل طولها إلى ٢ سم تغطي كامل سطح اللسان إنما يغلب وجودها في قسم اللسان المتوسط الخلفي . ويأخذ اللسان بذلك مظهراً مشعراً وتكون هذه الخيوط مائلة على المخاطية باتجاه ذروة اللسان ويميل لون هذه التشكلات المتقرنة إلى الأسود وقد يكون محمراً ، بنياً ، أو مصفراً حسب عوامل الترسب أو فعالية الأحياء المجهرية المولدة للصبغ (الشكل ٣٣ : ١٥) لا توجد أعراض شخصية إلا أن المريض قد يشعر بطعم مزعج .

التشخيص : المظهر السريري غوذجي ومن المهم أخذ قصة دقيقة وإجراء التحريات الجرثومية وخاصة للمبيضات البيض .

المعالجة : من المهم حذف العوامل المعجلة (المرسية) ، حيث يوقف استعمال المواد الخمرشة للعناية بجوف الفم . ويمكن إجراء حلك منتظم لسطح اللسان بواسطة فرشاة أسنان لينة ، وكذلك يمكن استعمال محلول البولة المائي بنسبة ٥٠٪ . كما يفيد مسح اللسان بمحلول التريتينوين (Tretinoin) ٠,٠٥٪ (فيتامين أ الحامضي) . ويمكن اللجوء إلى التجريف إذا كان فرط التقرن كتلياً ، كما ذكر إعطاء النيكوتيناميد جهازياً (١٠٠ × ٣ ملغ يومياً لعدة أسابيع) .

طلوان الفم المشعر Oral Hairy Leukoplakia :

[Greenspan و مجموعته : ١٩٨٤]

التعريف : طلوان الفم المشعر هي آفة ابيضاضية ، سطحها مشعر أو متموج ، تشاهد على الحواف الجانبية للسان ، وتغلب عند المصابين بحمة H.I.V. وقد ذكرت حديثاً عند أشخاص مضعفي المناعة وغير مصابين بحمة H.I.V. .

الإمراض : يعتقد أن التكاثر الظهاري والتقرن ناجمان عن خمج مشترك من حمة Epstein – Bar وحمة الحليمومات الإنسانية لدى المصابين بحمة H.I.V. أو لدى مضعفي المناعة .

الموجودات السريرية : يشاهد غالباً على أوجه اللسان الجانبية وأحياناً على سطحه البطني ، لويحات مبيضة مرتفعة قليلاً أو حطاطات مسطحة ، سطحها متموج يشبه أسنان المشط ولا

تكون زنتها بالكشط ، لا توجد أعراض شخصية (راجع
عصر : ٢) .

تشريح المرضي النسيجي : تكون الظهارة شواكية على
سطحها ارتسامات قرأتين بشكل الشعر . ويشاهد في القسم
نعوي من الطبقة الشائكة كمية وافرة من خلايا قرأتينية باهتة
تصبغ نواها تغلظية Pyknotic تشبه الخلايا المقعرة الموجودة
في اللقموم الناجم عن الحمات الحليمومية Papilloma
Virus . ويمكن للمجهر الالكتروني أن يكشف جزيئات من
مجموعة الحمات الخلوية (بشتاين - بار) داخل وخارج
خلايا . ويمكن أن تكشف على السطح أيضاً متعضيات
نبيضات البيض (بالتلوين بال PAS) وذلك كظاهرة ثانوية .
التشخيص التفريقي : تفرق عن الطلوان ، داء المبيضات ،
نوحمة الإسفنجية البيضاء ، الحزاز المسطح ، اللسان الجغرافي .

السرير والإنذار : يبدي بعض المرضي سوريات وهذات بفاصلة
سابع ورغم أن الآفة غير مزعجة إلا أن دلالتها هامة للخمج
بالحمة H.I.V. وقد تكون عرضه الأول . وقد يشير ظهور الطلوان
نغموي المشعر إلى إنذار جدي للمخموجين بحمة H.I.V.

المعالجة : غير مرضية . ويفيد الأسيكولوفير جهازياً لدى أغلب
نغمموجين بحمة H.I.V. . ويمكن لتطبيق التريتينوين موضعياً
مرة واحدة يومياً أن يكون له فائدة مؤقتة . وغالباً ما يفيد
العلاج الموضعي بالنستاتين أو الكلوتريمازول والعلاج الجهازى
بالكيتوكونازول .

التهاب اللسان لموللر - هنتر

Moeller - Hunter Glossitis : [١٩٠٩/١٨٥١]

التعريف : احمرار التهابي يصيب اللسان كعلامة مبكرة ومراقبة
لفقر الدم ذي الأرومة الضخمة (فقر الدم الخبيث
Pernicious Anemia) .

الإمراض : ينجم هذا النوع من فقر الدم عن عوز مزمن
للفيتامين ب١٢ أو الحمض الفولي أو كليهما . ويحصل في التهاب
انعدة الضموري خلل في امتصاص الفيتامين ب١٢ ، إنما بسبب
ضول فترة اختزانه في الكبد فلا يحدث التأثير إلا بعد مضي
سنوات ، هذا وإن للفيتامين ب١٢ وحمض الفوليك أهمية خاصة
في استقلاب الحمض النووي في الأنسجة ذات التكاثر الخلوي
النسريع (نقي العظام ، الخلايا الظهارية) . وإن غيابهما يسبب
اضطرابات متنوعة : دموية وعصبية وظهارية .

الموجودات السريرية : التهاب اللسان لموللر - هنتر هو غالباً
نعلامة الأولى لفقر دم وشيك الوقوع . والعرض الأول هو
حس حرق مع ألم في اللسان حين تناول الأطعمة الحريقة
وانقاسية . وحين مدّ اللسان نلاحظ أنه أملس ولماع بشكل

ملفت للنظر مع غياب كامل لغلالته حيث يشبه منظر اللحم
النبيء (الشكل ٣٣ : ١٦) . ويندر أن يحصل ضمور كامل
الخلويات . وعلى أي حال يلاحظ غالباً ضمور في الخلويات
الخطية على حواف اللسان . وتكون الخلويات الكمية منتجة
وتشبه الحويصلات . اللسان غير متوذم ويعطي الانطباع بأنه
أصغر حجماً . وحين مدّ اللسان تظهر بسرعة بقع بيضاء
اقفارية Ischemia (علاقة : Arndt) . إلى جانب المظهر
الدرسي التكامل لالتهاب اللسان لموللر - هنتر فإن الأعراض
التالية التي تصيب غشاء الفم تكون دلائل لفقر الدم الخبيث :
مذل اللسان Paresthesia ، حس حرق في الفم واللسان
(Glossopyrosis, Stomatopyrosis) ، اضطرابات في
الدوق (Dysgeusia) ، جفاف الفم وعدم تحمل الجبائر
السنية .

التشخيص : المثلث الذي يوحي بفقر الدم الخبيث : ألم
اللسان ، نقص غلالته وأعراض الإقفار . ويؤكد التشخيص
الجازم لالتهاب اللسان لموللر - هنتر : الموجودات اللسانية ،
فقر الدم ، تلون الجلد بالأصفر (لون القش) وكشف
الكريات الحمر الضخمة ، المفرطة الصباغ . ويمكن أن نجد
مظهراً مشابهاً في فقر الدم بعوز الحديد المترافقة مع وجود ديدان
معوية ، أو البلاغرا ، أو الذرب Sprue .

المعالجة : المهم معالجة المرض البدئي .

ضخامة اللسان Macro glossia :

التعريف : ضخامة واضحة في اللسان بالنسبة لجوف الفم .

الإمراض : يمكن لضخامة اللسان أن تكون ولادية ، وقد
تكون معزولة أو كعرض . وأهم الأسباب الممكنة هي :

ضخامة اللسان الولادية : الوعاؤوم الدموي الكهفي ،
الوعاؤوم اللمفي ، ضخامة اللسان في متلازمة Down .

ضخامة اللسان المؤقتة : الشرى ، الوذمة الوعائية
(كونيك) ، الوذمة الوعائية الوراثية .

ضخامة اللسان الكسبية : متلازمة ملكرسون - روزنتال ،
الغرناوية ، التنكس الهيايني الجلدي المخاطي ، الداء النشواني ،
داء الشعيات ، التهاب اللسان الخلالي (الإفرنجي الثاني) ،
الصموغ ، سرطانة اللسان ، أورام اللسان الأخرى .

ألم اللسان البسيط Glossodynia Simplex :

المرادفات : ألم اللسان ، حرق اللسان Glossopyrosis .

التعريف : ألم وحرق في الغشاء المخاطي للفم واللسان .

الحدوث : نسبة الحدوث عالية لدى النساء ، حوالي الإياس أو

بعده ، والمصابات بحالة اكتئاب Depression أو رهاب الأورام .

الإمراض : لا يشكل حس الحرق في اللسان مرضاً واضحاً بل هو تفاعل غامض لحالة موضعية ، مجموعة و/أو نفسية . في غالب الأحيان لا يمكن إثبات التشخيص موضوعياً بالفحص أو التحريات المخبرية . ويجب أن نفسر هذه الحالة كتفاعل نفسي بدني أو تفاعل بالاعتلال النفسي وخصوصاً إذا شوهدت خلال حالة اكتئاب أولي : (Involutional depression) . وتزداد حالة رهاب السرطان الموجودة لدى المريض والتي تعزى لإعطاء أهمية كبيرة لأية تبدلات ولو زهيدة في حالة اللسان . وقد نجد أحياناً تبدلات طفيفة كالتهاب احمراري خفيف في اللسان مثل حالة التهاب اللسان البسيط بسبب تماس حمض الليمون مع لسان مشقق ، أو محرصة بسبب كمون غلفاني بين أنواع مختلفة من المعادن الموجودة في الحشوات أو الجبائر السنية . وهناك أسباب آلية كقلع الأسنان . ومص السكاكر أو المضغوظات الفموية أو العلكة . ويجب الانتباه إلى الأرج التماسي بمعدن الجبائر السنية . ويمكن للاضطرابات العامة كفقر الدم ناقصة الصباغ ، فقر الدم الخبيث ، عوز مجموعة الفيتامينات ب ، الفتق الحجابي والاضطرابات المعدية ، أن تكون السبب . ونجد في متلازمة بلومر – فنسون إضافة لحرق اللسان ، عسرة بلع مع تشنج وظيفي في المريء والقوادم ، وضمور في الغشاء المخاطي للفم والبلعوم والمريء والمعدة مع تبدلات في الصيغة الدموية .

أسباب ألم اللسان وحرق اللسان :

الأسباب النفسية : اكتئاب مقنع ، رهاب السرطان ، اضطرابات جلدية لا مرضية (Cotterill : ١٩٨٣) .

الأسباب العضوية الموضعية : اللسان المتوسف البقعي (اللسان الجغرافي) ، اللسان المشقق ، الحزاز المسطح الضموري ، الأرج التماسي لمواد الجبائر (غالباً على سطح التماس مع الجبائر) أو لمستحضرات العناية بصحة الفم ، التهاب اللسان الكهربائي الغلفاني (بحشوات أو جبائر سنية متعددة المعادن) متلازمة مفصل الفك السفلي (متلازمة Costen) .

أمراض عامة : فقر الدم الخبيث (التهاب اللسان لمولر – هنتر) فقر الدم ناقص الصباغ (متلازمة بلومر – فنسون) ، عوز الريبوفلافين ، الداء السكري (؟) .

المعالجة : يجب إزالة الأسباب العضوية المعروفة . ويمكن للغسولات الموضعية الخفيفة أن تكون مفيدة ، وكذا استعمال المحاليل المبتذعة قبل الوجبات ، ويوصى أيضاً بمجموعة الفيتامينات ب . وحتى يكون العلاج مفيداً ويجب أن نأخذ

بالحسبان العوامل النفسية البدنية لذا يوصى بالتعاون مع الطبيب النفسي والمعالج النفسي . وقد يفيد إعطاء الأدوية النفسية المركبة ، ومضادات الاكتئاب .

أمراض اللسان الشائعة الأخرى :

إن إصابة اللسان في الجلادات أو الاضطرابات العامة ستناقش في فصول أمراضها المسببة . وإذا ظهر في اللسان عقيدات أو تقرحات فمن المهم نفي سرطانة اللسان ، الإفرنجي الأولي ، الصموغ في الإفرنجي الثالثي ، الطلوان ، والداء القلاعي .

أمراض اللثة Diseases of the Gingiva :

التهاب اللثة المفرط التنسج

Gingivitis Hyperplastica :

الصريف : التهاب مزمن مع فرط تنسج في اللتين .

السيببات : لهذه الآفة أسباب متنوعة ويؤخذ بعين الاعتبار كل من العوامل الوراثية ، الأمراض الدموية الأرومية Hemoblastosis ، الأمراض الاختزائية (الداء البروتيني الشحماني) ، متلازمة ملكرسون – روزنتال ، داء برنكل ، والحمل . وكثيراً ما يظهر فرط التنسج بعد المعالجة بالهيدانتوين لدى المصابين بالصرع . وهذه الحالة هي تأثير جانبي لا أرجي يغلب أنه لا يستوجب وقف العلاج ، وتصبح واضحة (بتوضعاتها بين الأسنان) بعد ١ – ١٢ شهراً من بدء المعالجة وذلك حسب الجرعة الدوائية .

الموجودات السريرية : يتميز التهاب اللثة المفرط التنسج بانتاج النهائي إسفنجي يأخذ سيراً مزمناً . حيث تصبح اللثة بلون أحمر عبق مع فرط تنسج ، وتصبح الأسنان أحياناً مغطاة بشكل كامل بفرط التنسج الحاصل وهذا ما يسمى بالثة الضخامية Macrogingiva (الشكل ٣٣ : ١٧) .

المعالجة : من المهم التفتيش عن الأسباب . وفي الحالات الشديدة يمكن التفكير بخزع اللثة الجزئي . وإضافة لذلك من المهم جداً العناية بصحة الفم والفحص الدوري للأسنان لكشف التهابات الثانوية حول الأسنان .

أشكال أخرى لالتهابات اللثة :

التهاب النسيج الداعم حوالي السن وداء ما حول السن Periodontitis and Periodontosis : بعضها أخماج جرثومية ، وبعضها الآخر تنكسي ، وهي غالباً التهابات تتميز بتشكيل جيوب وأخيراً غياب الجزء من اللثة الذي يحمي عنق

صغيراً في اللثة . إلا أنه تعبير غير محدد ، فقد يتكون من ليفوم صغير (الورم اللثوي الليفي) أو ما يسمى بالورم اللثوي ذو الخلايا العملاقة (Giant Cell Epulis) أو الحبيبوم الموسع للشعيرات (المقيح Pyogenicum) . وإذا أخذ الورم اللثوي ككل فهو أحياناً ليس ورماً حقيقياً بل تفاعل تالٍ للرضح وقد ينمو على السنخ بعد نزع السن .

المعالجة : استئصال الورم وإجراء الفحص النسيجي .

آفات الأغشية المخاطية للخدين والحنك

Diseases of the Mucous Membranes : of the Cheeks and Palate

المصة القموية Morsicatio Buccarum :

يصف هذا التعبير آفة غير مؤلمة (شجن الأغشية المخاطية Mucous Membrane Callus) يظهر على الخد على مستوى انغلاق الفم وناجمة عن مص وعض الغشاء المخاطي إرادياً أو لإرادياً . وتفسر أحياناً على أنها ظاهرة عصبية ، إنما قد تتطور أحياناً على تبدلات مخاطية موجودة سابقاً . وتظهر سريرياً باندفاع لاطيء ، أبيض مزرق ومخطط وكثيراً ما يكون متناظراً .

الإنذار : سليم وفي أغلب الحالات يكون العلاج غير ضروري .

قرحة الفم العصائية Neurotic Buccal Ulcer :

لها نفس سببات المصة القموية ويمكن في الحالات الشديدة وخاصة عند النساء بعد الإياس واللواتي يشتكين من كآبة نفسية ، أن تتطور إلى تقرحات النهائية مزمنة في جوف الفم على مستوى انغلاق الأسنان . هذه الحالة المحدثه هي معادلة لحرق اللسان . في التشخيص التفريقي ، من الضروري نفي الحزاز المسطح التآكلي ، الذأب الحمامي ، التقرحات الناجمة عن الجبائر السنية والسرطانات . بالإضافة لشرح الأسباب للمريض والاستشارة والمعالجة النفسية يمكن التفكير بإجراء الاستئصال الجراحي .

التقران الالبيضاكي النيكوتيني Leukokeratosis Nicotina Palati : [١٩٢٧ : Laun]

التعريف : حطاطات بيضاء مرصوفة في مركز كل منها نقطة حمراء تظهر على الحنك لدى المفرطين بالتدخين .

المسببات : تُعزى التبدلات إلى التأثير المخرس للمواد الناتجة عن

نسن . وغالباً ما تحدث بدءاً من سن الثلاثين ، وقد تكون أحد أعراض الحمج بحمة H.I.V. . وتدخل المعالجة في نطاق جراحة السنية . وعند تشخيص هذه الأمراض يجب وضع مريض قيد المعالجة وإلا فقد أسنانه .

التهاب اللثة المترافق مع نزوفها : علامة كثيرة المصادفة في يعضاضات الدم الحادة والمزمنة . كذلك تصادف هذه الحالة في عور الفيتامين ث والذي أصبح نادراً .

التهاب اللثة الهامشي Gingivitis Marginalis : يمكن أن يؤدي التهاب الحافة اللثوية إلى شقوق فيها (الشكل ٣٣ : ١٨) . وهذا ما يحدث في قلة الإلحاب Sialopenia والذي ينجم بدوره عن أسباب متنوعة . فبالإضافة إلى متلازمة سجورغن Sjogren ، وإلى الحمج بالحمة H.I.V. ، يجب التفكير بالتأثيرات الجانبية للأدوية . فمن الأدوية المثيرة لقلّة الإلحاب : الأتروبين ، السكوبولامين ، المورفين وقلوانياته المشابهة ، المسكنات ، مضادات الدّهان Neuroleptics ، المركّبات Sedatives ومضادات الاكتئاب ، والمنعّشات Analeptic Agents والأدوية المهلّسة (سوء الاستعمال الدوائي) وبعض مضادات الهستامين والصادات واسعة الطيف .

التهاب الفم واللثة الحلثي : (راجع بحث آفات الجلد بالحمامات الراشحة) .

متلازمات نادرة مترافقة بإصابة لثوية :

متلازمة Papillon – Lefevre : في هذه المتلازمة ، يؤدي التهاب اللثة إلى فقد الأسنان . وتوصف في بحث التقرانات .

انعدام الكاتالاز Acatlasia [Takahara : ١٩٥٢] : وهي آفة عوز إنظيمي ، نادرة جداً ، تورث بالصبغي الجسدي الصاغر ، تظهر في ٥٠ - ٨٠٪ من متاثلي الزيموت Homozygotes . تظهر تقرحات في اللثة منذ الطفولة وتؤدي إلى تنخرات حادة تنتشر إلى مخاطية الفم واللوزتين ومؤدية إلى موت الأسناخ Alveolar . لا يحوي دم المرضى على الكاتالاز ويصبح أسوداً حين إضافة H₂O₂ وهذا اختبار بسيط يمكن أن يجري أثناء الممارسة حين الشك بانعدام الكاتالاز .

داء برنكل Pringle : في هذه الآفة الوجيهانية المجموعية (الغدومات الزهية) يكون فرط تنسج اللثة الخطاطي علامة هامة .

الورم اللثوي Epulis :

المرادفات : الورم اللثوي المشقق (Epulis Fissuratum) .

التعريف : يصف هذا التعبير ، الذي وضعه Virchow ، ورماً

التبغ ، وذكر أن للتبغ الناقص التخثير تأثير فعال بشكل خاص كما ذكر حدوث تبدلات مشابهة لدى الاستعمال المديد للسكاكر والعلكة الحاوية على مادة النعناع .

الموجودات السريرية : يلاحظ لدى المدخنين بكثرة ، حطاطات مسطحة قاسية ، بيضاء رمادية ، قطرها من ١ - ٣ ملم ، قد تكون معزولة أو مرتصة إلى جانب بعضها البعض ، تظهر عادة على الحنك القاسي وتمتد أحياناً إلى الحنك الرخو ، مركز هذه الاندفاعات منخمس أو يدي احمراراً نقطياً يتوافق مع فتحات الغدد المخاطية (الشكل ٣٣ : ١٩) . لا توجد أعراض مرافقة لهذا الداء .

الإنذار : يجب عدم الخوف من الاستحالة السرطانية ويحصل التراجع حين إيقاف التدخين .

المعالجة : غير ضرورية ويجب العناية بصحة الفم .

أمراض أخرى تصيب الغشاء المخاطي الفموي :

طلوان الأغشية المخاطية للفم Leukoplakia of the Oral Mucous Membranes [١٨٧٨ : Schwiwimmer]

التعريف : الطلوان بمعناه الضيق والذي يعود إلى التعريف السريري المحض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية هي بقع بيضاء لا تزول بالمسح تصيب المخاطيات ولا يمكن ربطها بأفة محددة (الشكل ٣٣ : ٢٠) . والطلوان ليس مرادفاً لحالة مقدمة للسرطان ، ومن جهة أخرى ، لا يمكن اعتبار أي طلوان سليماً تماماً . ويجب إجراء خزعة حتى لا نهمل بدء سرطان محتمل (راجع الصفحة ١٠٢٩) .

الطلوان بمعناه الواسع :

هو أية بقعة بيضاء مفرطة التقرن تتوضع على الأغشية المخاطية . ويمكن أن نجد هذا المظهر السريري للطلوان في عدد من الأمراض . والسبب يمكن أن يكون ولادياً أو وراثياً كالوحمه المخاطية البيضاء (الوحمه الإسفنجية البيضاء) ، خلل التقرن الجريسي (داء داريسه) ، ثخن الأظفار الولادي (Pachyonychia Congenita) أو خلل التقرن الولادي (Zinsser - Engman - Cole) وقد تنشأ من حديثات تخريشية داخلية كالغضارات الحبيومية ، الإفرنجي ، الحزاز المسطح على الأغشية المخاطية ، الذأب الحمامي ، والاندفاعات الدوائية الثابتة . وأغلب هذه الطلوانات غير مؤذية ، إنما في حالات انفرادية ، يمكن للحالات الالتهابية المزمنة أن تتطور إلى

حالات مقدمة للسرطان . فالتطور إلى سرطانة مثلاً كثيراً ما يحصل في التهاب اللسان الخلالي الإفرنجي ، إنما وصفت حالات أيضاً في انحلال البشرة الفقاعي الحثلي وفي الحزاز المسطح الفقاعاني . ومن الضروري إجراء فحص نسجي للآفات المخاطية المشبوهة .

الوحمه الإسفنجية البيضاء White Sponge Nevus : [Cannon : ١٩٣٥]

المترادفات : الوحمه الإسفنجية البيضاء المخاطية .

تسمك إسفنجي للظهارة ، واسع ، طلواني ، نادر المصادفة ، يظهر منذ الولادة أو في الطفولة الأولى ويصيب أحياناً مخاطية الفرج والمهبل . يدي الفحص النسجي شواكاً في الظهارة مع ودمة داخل وخارج الخلايا ، مع انحلال أشواك بشروي ، وخطل تقرن ورشاحة النهاية . ومن المعروف أن حدوثه عائلي ورأى بالصبغي الجسدي السائد . لم تذكر في هذه الآفة استحالة خبيثة .

متلازمة كاودن Cowden's Syndrome : [Dennis و Lloyd : ١٩٦٣]

المترادفات : متلازمة الأورام العاوية المتعددة Multiple Hamartoma Syndrome . وكاودن هو اسم أول مريض وصفت هذه المتلازمة لديه .

الحدوث : نادر . ويبدو أنه يورث بالصبغي الجسدي السائد . **الموجودات السريرية :** إن العلامات التي توجه طبيب الجلد نحو التشخيص ، هي وجود حليمومات متعددة سطحها متقرن تتوضع على القسم الأرجواني من الشفتين ومخاطية الفم ، وهي كثيرة التوضع على الحنك . ويمكن لها أن تتوضع على كامل السيل المعدي المعوي وهي تترافق أيضاً مع لسان متشقق ، وتوضع معيب للأسنان وفقد أسنان مبكر والتهاب جيوب مزمن والتهاب أنف وبلعوم وكثيراً ما تشاهد حطاطات تتوضع على القسم المتوسط من الوجه ، وهناك فرط تنسج كيمي في الثدي كثير المصادفة والذي يميل إلى الاستحالة الخبيثة (سرطان الثدي) . تصادف أيضاً كيسات متعددة وغدومات في الغدة الدرقية والكبد وكذلك هناك تبدلات كيسية في العظام . أما التبدلات العصبية فتشمل الرغ Ataxia واضطراب التناسق Coordination وأعراض الضغط ضمن المجموعة .

التشريح المرضي النسجي : تشمل التبدلات المخاطية حليمومات ليفية ظهارية سليمة ، وغالباً ما تكون الحطاطات الوجهية أوراماً لغمد الشعرة الخارجي .

السير : المهم في هذه المتلازمة هو ترافقها بالأورام الخبيثة بنسبة

التهابات الفم والتهابات اللثة : Stomatitis and Gingivitis

التهابات الفم واللثة الحادة Acute Gingivostomatitis

التعريف : التهاب حاد ومنتشر يصيب مخاطية الفم .

السيببات : الأسباب عديدة ومتنوعة : نقص العناية بصحة الفم ، قلع الأسنان ، التخريش السمي لدى المدمنين على تناول الغول (الكحول) والمدخنين بإفراط ، العوز الفيتاميني ، الزئبق ، الزموت والانسام بالرصاص . إن التهاب بالخط اليزموتي الداكن والخط الرصاصي معروفان بشكل خاص .

الأرج التماسي : نادر على المخاطية ربما لوجود الفلم اللعابي الذي يجعل تماس مع المستضد صعباً . إن المستأرجات بالتماس الرئيسية التي يجب أخذها بالحسبان هي : مواد الجبائر السنية ، الأدوية السنية كالمنجات والمطهرات ، الأدوية المستعملة عن طريق الاستنشاق ، الأدوية المأخوذة عن طريق الفم ، مضغوطات المص ، الرذاذات Sprays ، الضبوبات Aerosols ، المستحضرات المزوقة للفم : السكاكر ، العلكة ، التوابل . ولا يمكن لاختبار الرقعة الاعيادي أن يغطي هذا النوع من الأرج التماسي ولذا فقد وضعت اختبارات خاصة بالمخاطيات . وإن اختبارات الرقعة المخاطية Epimucosal Tests صعبة التطبيق ويجب الاحتفاظ بها لاستطبابات خاصة . ويمكن للأدوية أن تسبب التهاب فم لأرجي عبر ترسبها بسبب قلة اللعاب ، اضطرابات النبيت (الفلورا) الفموي بسبب تناول الصادات ، اضطراب الترم الفيزيولوجي بسبب استعمال كابسات المناعة والاضطرابات السمية كما في التهاب الفم الذهبي .

الموجودات السريرية : إن سطحاً واسعاً من مخاطية الفم بما في ذلك اللثة يدي التهاباً حاداً عمراً ومتبجاً . وفي الحالات الشديدة نجد تآكلات وتقرحات . ويكون اللسان أيضاً وذمياً ويتجلى ذلك من الانطباع العميق لأثر الأسنان . ويمكن أن يظهر في أي مكان من المخاطية غلالة بيضاء رمادية . ويشكو المريض من حس حرق أو/أو ألم .

السير : تأخذ الآفة سيراً حاداً ومحدوداً إذا أمكن تجنب المؤذبات . وإذا أخذت الآفة سيراً مزماً (التهاب الفم واللثة المزمن) مع احمرار التهابي وحرق ، عندها يجب الشك بعدم تحمل الجبائر السنية .

المعالجة : يجب تجنب العوامل المسببة بشكل حازم . العلاج العرضي بالغسولات الفموية . وفي الحالات الحادة المترافقة بألم شديد أثناء تناول الطعام . نوصي بالمحاليل والهلالات المبنجة الموضعية . وذكرت نتائج جيدة للمعالجة بالليزر .

عنية . وهي تصيب الإناث خاصة . وأكثر الأورام مصادفة سرطان الثدي (ثنائي الجانب) وسرطان الغدة الدرقية .

المعالجة : يمكن التخلص من الخطاطات الوجهية المشوهة بالكلي كهربيائي أو بواسطة الليزر . عدا ذلك ، يجب إجراء مراقبة دقيقة ومستمرة بسبب إمكانية حصول استحالة سرطانية . ومن الضرورة إجراء استشارة لمعرفة الناحية الوراثية .

فرط تصبغ مخاطية الفم

: Hyperpigmentation of the Oral Mucosa

إن وجود بقعة وحيدة ، أو بقع متعددة مفرطة التصنع على لغشاء المخاطي للفم هو كثير المصادفة (الشكل ٣٣ : ٢١) . ونيس له دوما دلالة مرضية . هذه التصبغات تكون عرقية لدى دكتي البشرة . وإن النقاط الهامة لوضع التشخيص التفريقي هي : القصة (وراثية ، ولادية ، أو عفوية ، ثباتها أو تبدلها بنون والحجم) حالة المريض العامة ، الأدوية المستعملة ، تعرض المهني ، التداخلات السنية ، تركيب سطح المخاطية (سوية ، ملتبة ، مسطحة ، متآكلة ، حويصلية أو متندبة) ، نون (أسود ، رمادي ، أزرق رمادي ، مزرق Livid أو بني) ، الشكل ، الحدود ، توضع الاندفاعات ، الموجودات سريرية العامة لنفي آفة مجموعية . وفي حال الشك ، تساعد موجودات النسيجية لإثارة التشخيص .

تشخيص التفريقي لفرط التصبغات المحددة والمتوضعة على مخاطية الفم :

يقع مصطبغة متجانسة : التصبغات العرقية ، التمشات المقلوبة ، لوشم .

تشوهات والتشموات : الوحمة البقية Nevas Spilus ، الوحمة وحمة الخلايا ، الوحمة الزرقاء ، وحمة سبيتر ، الملانوم خبيث ، الوعاؤومات الدموية ، ورم المنسجات Histiocytoma .

تصبغات في الأمراض المجموعية : داء أديسون ، داء بازو ، داء فون ركلنفهاوزن (الداء الليفي العصبي) متلازمة أنبرايت ، متلازمة بوتز - جيكروز ، الكلف ، داء الأشواك لأسود ، داء الصباغ الدموي Hemochromatosis الدنف لعام .

تصبغات الناجمة عن الأدوية والمواد الكيميائية : الاندفاع ندوائي الثابت التالي لختلف الأدوية مضادات الملاريا ، مانعات حمل ، الفضة ، الزئبق (الوشم الأزرق المسود إثر المداخلات سنية) (الشكل ٣٣ : ٢٢) اليزموت ، الرصاص ، زرنين .

التهابات الفم التقرحية Ulcerative Stomatitis :

المترادفات : التهابات الفم التقرحية الغشائية ، التهاب الفم بلوت - فنان Plaut Vincent Stomatitis .

التعريف : التهاب فم حاد يترافق بزيادة حرارة ودعت مع كشف متعضيات سميت بمتعضيات بلوت - فنان .

الحدوث : نادر .

السميات : يكشف بالمجهر في لطاخات مأخوذة من بقايا التقرح وملونة بالغرام كمثل لمتعضيات Plaut - Vincent وتشمل خليطاً من بورية فنان ومن عصيات مغزلية سلبية الغرام (Fusobacterium - Plauti) . وإن أهمية هذه المتعضيات الموجودة عادة بأعداد قليلة في إحداث هذه الآفة لا يزال قيد النقاش . وهناك عوامل إضافية هامة ، كنقص العناية بصحة الفم ، نقص المقاومة العامة ، سوء التغذية والآثار الجانبية للأدوية .

الموجودات السريرية : يترافق التهاب الفم الحاد بارتفاع حروري وسوء في الحالة العامة وهناك ازدياد في الإلحاح ، رائحة فم كريهة وألم . تبدي مخاطية الفم واللثة التهاباً محمراً ، ويلاحظ على هذا الانتاج عدد من التقرحات متفاوتة العمق ، مدورة ، وقد تأخذ عبر اجتماعها شكلاً خطياً . تظهر هذه التقرحات غالباً على جانبي اللسان وكذلك على الخنك واللوزتين ، ويكون قاع التقرح أزرقاً أو أحمر رمادياً ، يزف بسهولة ومغطى بغلالة تقيحية ، لينة الملمس أو متخثرة ويمكن كشطها بسهولة . تكون حواف التقرح لينة واحدة . والهامش المحيطي محمراً . تنوضع التقرحات غالباً على محيط الأسنان . وعندما تكون الحالة متكاملة ، يكون الألم شديداً والرائحة جيفة مع إلحاح غزير ، وتتضخم العقد الناحية وتصبح مؤلمة . ويمكن للآفة في حال عدم تطبيق المعالجة المناسبة أن تستمر لأسابيع .

التشخيص التفريقي : يجب تمييزها عن التهاب الفم القلاعي ، والتهاب الفم واللثة الحلي حيث تكون التقرحات أكثر سطحية وغير ملائمة للأسنان وليس لها غلالة يمكن كشطها . وكذلك يجب نفي الآفات الأكثر أهمية كايضاض الدم النقيلي Myeloid Leukemia .

المعالجة : غسولات الفم بالمحاليل المطهرة والقابضة كمحلول الماء الأكسجيني H_2O_2 (١٪) لمدة قصيرة فقط ، محلول البابونج ، كبريتات ٨ - كينولين ، وفي الحالات الشديدة والمترافقة بارتفاع حروري ، تعطى الصادات داخلاً وخاصة البنسلين الذي يعطي تأثيراً سريعاً ، مع إعطاء الفيتامينات ومن المهم معالجة المرض البدني إذا وجد .

التهاب الفم الموائي أو أكلة الفم

: Noma or Gangrenous Stomatitis

المترادفات : الموت الأنفي ، قرحة الفوهات (Cancrum . Oris)

يستعمل هذا التعبير لوصف الحالة الأكثر حدة من التهابات الفم التقرحية حيث نجد بفحص اللطاخة نفس المتعضيات ويتشكل بسرعة تنخر مخرب على باطن أحد الخدين ، يمتد ويتشر بسرعة إلى الخارج مؤدياً لموات وانتقابات تشمل سطحاً واسعاً من الوجه . وعندما تأخذ الآفة هذا المنحى - وهذا نادر في الوقت الحاضر - نجد دوماً آفة بدئية حادة أو عوزاً بروتينياً شديداً كما تغيب علامة أي دفاع موضعي أو عام . وتشاهد هذه الآفة خاصة في البلاد التي يشيع فيها سوء التغذية وفي غياب علاج سريع بالصادات ، فإن الإنذار يكون سيئاً حتى على الحياة . وإضافة لما سبق يجب تطبيق الستيرويديدات القشرية .

متلازمة سجوجرن Sjögren's Syndrome :

[Gougerot : ١٩٢٥ و Sjögren : ١٩٣٣]

المترادفات : المتلازمة الجافة ، داء سجوجرن ، التهاب القرنية والمتلحمة الجاف .

التعريف : مرض عام يتميز بنقص إفراز كل الغدد خارجية الإفراز ، مع حدوث جفاف وتقران في الأغشية المخاطية . يتكون المثلث العرضي المدرسي من : جفاف القرنية والمتلحمة (العيون الجافة) ، جفاف الفم Xerostomia ، التهاب المفاصل الرثواني ، وآفات أخرى تصيب النسيج الضام .

الحدوث : تصاب النساء عادة (٩٥٪) غالباً بين ٣٠ - ٦٠ من العمر وذكرت حوادث عائلية . المهم ترافق هذه المتلازمة مع HLA - B8 و HLA - DR3 .

الإمراض : مجهول . والغالب وجود آلية مناعة ذاتية خاصة عندما لوحظ ترافقه مع تصلب الجلد المترقي المجموعي ، الذأب الحمامي المجموعي ، والغلوبولينات القرية .

الموجودات السريرية : جفاف غير اعتيادي وميل للتقرن يصيب مخاطية الفم والأغشية المخاطية الأخرى وخاصة المخاطية التناسلية والمجرى التنفسي . ويوجد نقص في إفراز الدمع والعرق والزهم والغدد المخاطية . وهناك ألم في العينين نتيجة التهاب القرنية والمتلحمة الجاف (اختبار Schirmer > ٩ ملم/٥ دقائق) ويصعب على المرضى البكاء . أما العلامات الجلدية فهي : نقص التعرق ، انعدام إفراز الزهم ، احمرار وتوسع الجلد مع أشعار متفرقة وهشة . ويلاحظ ، إنما بنسبة أقل ، تبدلات بلغرائية ، تصبغات ، اضطراب في

الدوران المحيطي مع أعراض داء رينو. ويمكن للصورة السريرية أن تتكامل بالتهاب المفاصل المزمن مع إيجابية العامل الرثواني ، فقر دم ناقصة الصباغ ، قلة البيض ، زيادة الغاماغلوبيولين في الدم ، وجود خلايا الذأب الحمامي والعوامل المضادة للنوى ، ارتفاع سرعة التثفل مع ارتفاع حروري خفيف .

هذا الوصف يترافقه مع تصلب الجلد المترقي المجموعي ، الذأب الحمامي المجموعي ، التهاب الشرايين العقد ، وأمراض المناعة الذاتية الأخرى قد تصنف هذه الحالات كمتلازمة سجورغن الثانوية .

الموجودات المخبرية : ارتفاع IgG و IgM ، إيجابية الأضداد المضادة للنوى بنماذج متجانسة ، مرقطة أو نووية (أكثر من ٧٠٪) . ومن الدلالات الواضحة في متلازمة سجورغن البديئة وجود أضداد Ro/SS.A و La/SS.B ، ونجد أحياناً الغلوبولينات القرية . كما لوحظ أيضاً وجود أضداد للغدد المخاطية السوية وراصات دموية Hemagglutinins ضد الغلوبولين الدرقي .

التشريح المرضي النسجي : يلاحظ في الأغشية المخاطية والغدد خارجية الإفراز ، رشاحة بلغمية كثيفة يحدث فيها وفي مرحلة متأخرة تليف شديد .

المسار : مزمن وسليم . وفي حالات نادرة لوحظ تنشؤ لمفومات خبيثة .

المعالجة : يمكن في الحالات التي تأخذ سيراً حاداً تجربة المعالجة الجهازية بالستيروئيدات القشرية ، أو كابتات المناعة أو الكلوروكين ، عدا ذلك لا يبقى سوى العلاج العرضي بالدمع الاصطناعي ، ومستحضرات لعابية وغسولات فموية بالماء الفليسيريبي ١٠ - ٢٠٪ ويوصى أيضاً بالبرومكسين Bromhexine موضعياً أو عن طريق الفم لتخفيف جفاف الفم والعينين .

الأمراض القلاعية Aphtous Diseases :

الاندفاعات القلاعية هي تقرحات واضحة الحدود ، مدورة أو بيضاوية ، مؤلمة ، تصيب الأغشية المخاطية ، قد تبقى معزولة بقطر ٢ - ٥ ملم ونادراً أوسع من ذلك ، يحيط بها حافة حمراء مزرقمة ، تغطي هذه التقرحات السطحية بغلالة هي غشاء كاذب ليفي ، متجانس ، أبيض مصفر ، لا يمكن كشطه . وقد يكون الاندفاع وحيداً أو تظهر على أفواج وخاصة على مخاطية الفم . الاندفاع الرئيسي هو مشترك لكل الآفات القلاعية . وقد يسبق الاندفاع القلاعي بقعة صغيرة حمراء عليها تشكل نقطتي عكر يفتح بسهولة ولذا يندر أن تشاهد في هذه المرحلة ، ويشفى القلاع خلال أسبوعين أو أسبوع واحد .

التسمية Nomenclature : إن الآفة القلاعية بمعناها الضيق ليست ناجمة عن حمة الحلاّ البسيط . أما الأنماط فهي :

- القلاع الوحيد (النمط I) .
- القلاع المزمن الراجع (الاعتيادي) (النمط II) .
- داء بهجت (النمط III) .

وبسبب التشابه السريري بين هذه الآفات القلاعية . فإن تعبير التهاب الفم القلاعي (والأفضل التهاب الفم واللثة الحلي) والقلاعي ، أصبحت ثابتة في تسمية بعض تظاهرات الحنج بالحلّ البسيط وستناقش هذه الآفات تحت عناوينها .

القلاع الوحيد Solitary Aphtae :

يصيب هذا الشكل من القلاع الغشاء المخاطي الفموي ولا ينكس . الأسباب الممكنة : الأخماج الحادة ، الاضطرابات المعدية المعوية . وقد يظهر القلاع الوحيد إثر رضح كالعض أو الرضح السني .

قلاع بدنار Bednar's Aphtae :

يحدث هذا الشكل لدى الأطفال إثر رضح ، لا يأخذ الاندفاع شكلاً دائرياً وإنما يأخذ غالباً شكل الفراشة . الإنذار : يشفى القلاع الوحيد عفوياً .

المعالجة : غير ضرورية ، ويمكن تطبيق المحاليل المطهرة أو الغسولات الفموية الممددة .

القلاع المزمن الراجع Chronic Recurrent Aphtae :

[Mikulicz : ١٨٨٨]

المرادفات : القلاع الشائع (Flusser : ١٩٣٠) ، القلاع المزمن الراجع المتقطع ، قلاع Mikulicz .

التعريف : قلاع شائع يظهر على مخاطية الفم ويستمر بالظهور لمدة تزيد عن سنوات .

الحدوث : القلاع المزمن الشائع ليس نادر المصادفة . يبدى أحياناً زيادة في نسبة حدوثه العائلية . قد يظهر بأي عمر ، وغالباً لدى اليافعين ، ويصيب النساء أكثر من الرجال .

الأمراض : السبب مجهول . وقد تردد كثيراً وجود عامل نفسي أو اضطراب معدي معوي كزيادة حموضة المعدة ، التهاب المعدة مزمن ، قرحات معدية ، التهاب القولون التقرحي ، إنما لم يثبت ذلك . وتدلتنا زيادة نسبة حدوث العائلية على تدخل عوامل بنوية . ويدلّ تفاقم الآفة قبيل الطمث على وجود تأثيرات هرمونية . وكذلك فإن التأثير الجيد للستيروئيدات القشرية وكابتات المناعة والليفاميزول يوحي بتدخل عوامل مناعية ومناعية ذاتية . وقد يلعب دوراً ، المناعة المتواسطة بالخلايا

والتفاعلات الخلطية . تبدي اللمفيات التائية عند هؤلاء المرضى - بالزجاج - سمية خلوية متميزة ضد الخلايا الظهارية المأخوذة من مخاطية فم نفس المريض . وتصبح متحوّلة بعد تحريضها بمخاطبات من مخاطية الظهارة . وقد أمكن إيجاد أضداد التراص الدموي ضد مستحضرات مأخوذة من مخاطية فم جنينية . تفسر الآفات كنتيجة لالتهاب أوعية بمقعد مناعي موضعي ، حيث أمكن الكشف في الأوعية الدموية للآفة عن مكونات غلوبولينية مناعية ومتممة .

الموجودات السريرية : ينكس القلاع على مدى عشرات السنين ، عدد العناصر التي تظهر كلّ مرة ليس كبيراً ، وغالباً من ٢ - ٤ عناصر ، تتوضع في مخاطية الفم والثلث الأمامي للسان (الشكل ٣٣ : ٢٣) . وإزعاج هذه الآفات بالألم الذي تسببه ، وبسببها المديد . ولذلك فهي مزعجة غالباً على الرغم من سلامتها .

المعالجة : من المهم التفتيش عن العوامل التي تسبب أو تساعد على استمرار الآفة ، وتشمل العلكة ، الذرة المتفخخة (Popcorn) ، السكاكر ، التدخين ، الغول (الكحول) وأطعمة متنوعة .

المعالجة الجهازية : تعتبر المعالجة بالستيروئيدات القشرية أو كابتات المناعة فعالة . ويجب المناقشة الجادة مع المريض حول تأثيراتها الجانبية . يعطى حمض الفوليك (٥ X ٣ ملغ يومياً) مشتركاً مع النيكوتيناميد (١٠٠ ملغ ٣ X يومياً) إنما تأثيرهما غير ثابت . وقد يوصى أحياناً بتجربة المعالجة بالدايسون . كما يمكن محاولة المعالجة بالإيزوبرينوزين والتراسيكلين .

المعالجة الموضعية : قد يفيد تطبيق مضادات الالتهاب ، الغسولات الفموية ، الأدوية المسكنة والمبنجة قبل الطعام . حيث يوصى بمحلول أنتراسيكلين ١ - ٥ ٪ بالماء أو الغليسرين . ويمكن استعمال مضغوطات المص أو المراهم الستيروئيدية القشرية اللاصقة ولمدة محدودة .

داء بهجت Behcet's Disease : [١٩٣٧]

المرادفات : قلاع بهجت ، متلازمة بهجت ، القلاع ثنائي القطب .

التعريف : مرض عام التهابي ومزمن ، يتميز بثلاث عرضي : قلاع في مخاطية الفم ، تقرحات تناسلية قلاعية الشكل ، والتهاب القرنية والبيت الأمامي .

الحدوث : تشاهد هذه الآفة غالباً في بلاد شرقي المتوسط (تركيا) واليابان ، ويندر في وسط أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية . يصاب الرجال ٥ - ١٠ مرات أكثر من النساء . ومع اعتبار الحالات المجهضة تصبح هذه النسبة مشكوك بها .

وتبدأ الآفة في الشباب المبكر .

الإمراض : مجهول ، نوقش ضمن الأسباب كل من المناعة الذاتية ، والحمج بالحماض الراشحة أو بتشارك الآليتين كما نوقش وجود تربة وراثية بزيادة نسبة حدوث المرض مترافقة بنماذج خاصة من HLA .

الموجودات السريرية : المثلث العرضي الموصوف سابقاً لا يتكامل غالباً ويمكن مصادفة حوادث مجهضة ووحيدة العرض ، وإن كل هجمة فيها أكثر من خمسة اندفاعات قلاعية تجعلنا نشك بدءاً بهجت . وخاصة حالة إصابة القمم الخلفي من جوف الفم ، أو كانت الاندفاعات واسعة ، أو تأخذ أشكالاً غريبة أو معتدة . ومن ناحية أخرى فإن وجود عدد صغير من الاندفاعات القلاعية أو قصر زمن سيرها ليس دليلاً ضد التشخيص ، يتأكد التشخيص بظهور تقرحات تناسلية قلاعية الشكل (الشكل ٣٣ : ٢٤) ، إضافة إلى الأعراض الرئيسية قد يتطور في داء بهجت عدد كبير من تظاهرات تصيب أعضاء أخرى منها .

التظاهرات الجلدية : الحمامى العقدية ، تقيح الجلد ، التهاب الوريد الخثاري الهاجر ، الإيجامية الكاذبة للاختبارات الجلدية ، البثور العقيمة (بثور بهجت) .

العيون : التهاب المشيمية والشبكية المتقطع والتي قد تؤدي إلى التهاب العين الشامل والعمى . إضافة لذلك قد يحصل التهاب العنبية Uvitis ، مع تبدلات شبكية ونزف في الجسم الزجاجي .

الجهاز العصبي : أعراض جذع الدماغ Brain Stem ، متلازمات نفسية ، التهاب السحايا والدماغ ، التهاب الدماغ والنخاع . وهذه الأعراض العصبية المرافقة لداء بهجت نسبة وفيات عالية .

الجهاز الوعائي : التهاب الوريد الخثاري (الأجوف العلوي) أمهات دم (الأبر ، شرايين الكليتين ، الشرايين المساريقية) .

السييل المعدني المعوي : عسرة بلع ، آفات مريئية ، عسرة هضم ، التهاب معوي قولوني ، التهاب المستقيم .

المفاصل : التهاب المفاصل سلمي الاختبار المصلي Seronegative Polyarthrits ، آلام مفصالية مع احمرار وتورم ، التهاب المفصل العجزي الحرقفي .

الجهاز البولي التناسلي : اعتلال كلوي ، التهاب خصية ، التهاب برخ .

أعراض عامة : يلاحظ خلال الهجمات دعث عام وترفع حروري ، نقص وزن وتعرق ليلي وزيادة سرعة تفنل الكريات الحمراء .

• لا يعمل مشترك في كل ما سبق وبشكل واضح هو داء
تسبب الأوعية الدموية .

التصنيف : تميز حسب النسيج أو العضو المصاب ، الأنماط
التالية

تمدد حسي مخفي : ويتميز بتقرحات قلاعية في الفم والمنطقة
تتسبب مع أو بدون أعراض جلدية .

تمدد عصبي : يتحدد هذا النمط بإصابة مفصلية مع تظاهرتين
في كبر حدية مخاطية .

تمدد عصبي : إصابة دماغية مع بعض أو كل الأعراض الجلدية
مخفية والنمط انفصلي .

تمدد عصبي : يغلب عليه التهاب العنينة ، وإضافة لذلك بعض أو
كل أعراض الأنماط السابقة . ومن المهم أن نلاحظ أن HLA
تمدد الفردي HLA - B5 - Haplotype يرافق النمط العيني ،
HLA B2 يرافق النمط المفصلي ، و HLA.B12 يرافق النمط
حسي المخاطي لداء بهجت . أما الأعراض الأخرى كالتبدلات
لوعائية (الخثرات ، أمهات الدم ، الآفات المعوية) فتصادف
في كل الأنماط .

التسليم والإنذار : لا يمكن التنبؤ بزمان حدوث الهجمات أو
حتم أو الأعضاء المختلفة التي يمكن أن تصيبها . ويجب اعتبار
داء بهجت كافة خطرة دائماً ، ويُخشى خاصة من العمى ،
وآفات الجهاز العصبي المركزي .

تشخيص : حينما تكون المتلازمة متكاملة لا يمكن حدوث
حسناً في التشخيص وخاصة حينما توجد أعراض عامة
ومجموعية ، أما العرض الوحيد أو الأعراض القليلة فيمكن أن
تخفف مصاعب تشخيصية . إن زيادة الحساسية للالتهاب مكان
إجراء الحقن هو مُشخص ، فمثلاً بعد إجراء حقن ضمن الجلد
محور فيزيولوجي ملحي ، تتطور مكان الحقن بثرة صغيرة أو
رشحة التهاية (Pathergy) . وإن وضع التشخيص هو صعب
وخاصة لدى النساء .

تعديل التشخيصية لداء بهجت :

تعديل الرئيسية : القلاع والتقرحات على مخاطية الفم والمخاطية
تناسلية (القلاع ثنائي القطب) ، التهاب العنينة ، التهاب
الأوعية الجلدية .

تعديل الثانوية : التهاب المفاصل ، الأعراض المعدية المعوية ،
لأعراض العصبية ، الآفات الوعائية (التهاب الأوردة
خثارى ، أمهات الدم) ، زيادة نسبة الحدوث العائلي .

ثبت التشخيص : يلزم ثلاثة معايير رئيسية ، أو معيارين
رئيسيين ومعايير ثانويين .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الحالات وحيدة أو قليلة
الأعراض من داء بهجت عن القلاع المزمن الراجع . ولا تزال
المنافشات محدثة فيما إذا كان يجب تصنيف المرضين كطرفين
متباعدين لنفس المرض . ويبدى داء بهجت المظهر الأكثر حدّة
وهذا ما يسمّى بالداء القلاعي الكبير لتورين Grande
Apthose (Touraine : ١٩٤١) .

المعالجة :

الجهازية : يعتقد البعض أنه لا يمكن إيقاف سير الداء . أما
إعطاء الستيروئيدات القشرية لوحدها أو مشتركة مع موقفات
الخلايا أو كابسات المناعة (ميتوتركسات ، أزاثيوبرين ،
سكلوفوسفاتين) فهي معالجة عرضية فقط . وفي حالة وجود
إصابة وعائية فمن الضروري إعطاء مضادات التخثر بشكل
مبكر . وأخيراً . وحسب الحاجة ، يوصى بالإنظيمات
المعشكليه ، بدائل الحديد ، المستحضرات الفيتامينية العديدة ،
غاماغلوبولين ، تراسيكلين . وذكرت حوادث فردية تحسنت
على إعطاء الليفاميزول والكولشيسين (١ - ١,٥ ملغ
يوميّاً) .

الموضعية : كما في القلاع المزمن الراجع .

الذبّاحات Anginas :

**تعني بتعبير ذباح Angina (من Angere = يخنق) ، التهاباً
في اللوزتين وما حولهما بينما تعبير « التهاب اللوزتين
Tonsillitis » يصف التهاب اللوزتين فقط . وللذبّاح أهمية
لدى أخصائي الأمراض الجلدية وذلك للتشخيص التفريقي .**

الذبّاح الزلي Angina Catarrhalis :

قد يظهر مفرداً أو مرافقاً لنزلة في الطرق التنفسية العلوية .
يصيب التهاب اللوزات الحنكية بالخاصة ، فتصبح حمراء
ومتبحة يرافقها عسرة بلع شديدة ، وعند الأطفال يصاحبها
ترفع حروري . الآفة غير سارية وتشفى خلال أيام قليلة ولا
تحدث مضاعفات . تعالج بالغرغرة بالمقنضات الخفيفة ورفادات
الحلق .

الذبّاح الحوي والحريبي

Angina Lacunaris et Follicularis :

السبيات : هو التهاب بالعقديات الحالة للدم نموذج أ وأكثر
ندرة بالمكورات الرئوية أو بالمكورات العنقودية .

الموجودات السريرية : هذا الشكل من الذبّاح هو دوماً ثنائي
الجانب . يبدأ بشكل حاد بحمى وعسرة بلع ، نجد في مخاىء

Crypt اللوزات المحمرة والمتبجة تشكلات غشائية رمادية بيضاء أو رمادية مصفرة ، وغالباً ما تصبح متراصة . تطورها اللاحق إلى التنخر والتقرح هو نادر . تبقى الحرارة من ٣ - ٥ أيام مع بلوغ ذروتها بين اليومين الثاني والرابع . تكون العقد اللمفية الرقبية متضخمة ومؤلمة .

المضاعفات الموضعية : خراج حول اللوزة مع ترفع إضافي لدرجة الحرارة ، صعوبة بلع وحيدة الجانب ، تثبت الفك .

الأمراض المضاعفة **Complicating Diseases** : يمكن للذباح الجواني أن يؤدي إلى آفات تالية ، خمجية تقيحية أو أرجية مثل التهاب الشغاف ، الحمى الرثوية ، التهاب كبيبات الكلى ، التهاب الأذن المتوسطة . وعلى الجلد : الحمامى العقدية ، الحمامى عديدة الأشكال ، الفرغرية الرثوية وأشكال أخرى من التهاب الأوعية الأرجي . وقد تكون الهجمة الأولى للصداف البشري تالية لذباح حاد بالعقديات .

التشخيص التفريقي : يجب الانتباه إلى الذباح النوعي في الإفرنجي الثانوي ، ففي هذه الحالة يلاحظ غلالة رمادية ، وتأخذ الحالة سيرها دون حدوث ترفع حروري . إضافة لذلك تلاحظ علامات الإفرنجي المرافقة وإيجابية التفاعلات المصلية (TPHA, VDRL) . ومن المهم نفي الخناق البلعومي .

المعالجة : تعطي الصّادات جهازياً وخاصة البنسلين تأثيراً سريعاً . الفرغرة بالمحاليل المطهرة وضادات العنق لها تأثير مساعد . وفي حال الضرورة يعطى البنسلين للوقاية .

الذباح الخنثي **Angina Diphtherica** :

الموجودات السريرية : من المهم جداً التشخيص المبكر لهذه الآفة . البدء بصعوبة خفيفة بالبلع تزداد تدريجياً ، ويظهر على الأقسام المتنخرة من اللوزتين غشاء كاذب أبيض رمادي ينتشر إلى عمادات الحلق إلى اللهاة . يظهر الغشاء الكاذب على اللوزتين وعلى درجات متفاوتة من الامتداد ، وغالباً مع أفضلية لجهة واحدة . قد يظهر الغشاء الخنثي ضمن الفم وباطن الشفتين وقد يكون البدء على الغشاء المخاطي ويمتد ثانوياً إلى اللوزتين ، يحصل ترفع حروري طفيف . وستوصف هذه الآفة في (الفصل : ٣) بالتفصيل .

التشخيص : يتم التشخيص مصلياً وبكشف العامل المرضي في لطاخة من الحلق واللوزتين وكذا بالزرع الجرثومي .

المعالجة : عزل المريض ، إعطاء المصل المناعي الخنثي ، الصادات ، والآفة يجب الإبلاغ عنها .

الذباح التقرحي الغشائي

Angina Ulceromembranacea :

المردافات : ذباح بلوت - فسان .

التعريف : التهاب لوزتين تقرحي حاد ناجم عن متعضيات **Plaut - Vincent** (جراثيم مغزلية وبورليات) .

الحدوث : أكثر ما يصيب هذا الشكل النادر من الذباح ، الشباب .

الإمراض : ينجم عن مشاركة بورليات - **Borrelia Vincenti** وعصيات مغزلية **Plauti - Fusobacterium** .

الموجودات السريرية : يتميز البدء بترفع حروري طفيف ، صعوبة في البلع وتعب عام . يظهر في البدء غلالة لزجة على إحدى اللوزتين ، تحتها تقرح لين ، واضح الحدود ، مشرشر ، يظهر حوله بسرعة احمرار شديد وغلالة لينة الملمس **Pulpy Coating** . ينتشر التقرح إلى قوس الحنك وإلى مخاطية الفم . وتكون العقد اللمفية الرقبية متبجة بشكل واضح ومؤلمة . في الذباح التقرحي الغشائي لا يوجد التهاب فم .

الإنذار : غالباً ما تأخذ الآفة سيراً سليماً وتشفى بسرعة .

التشخيص : نجد في لطاخة ملونة بالغرام أو غيمزا أعداداً من المتعضيات الموصوفة سابقاً .

التشخيص التفريقي : تميزها عن الذباح الجواني سهل ، بينما هو أصعب عن الذباح الخنثي . ويفيد هنا كشف العوامل المرضية . كذلك يجب تفرقه عن الإفرنجي الأولي التقرحي والذي يكون كقاعدة ، وحيد الجانب . كذلك تجرى الاختبارات المصلية (TPHA - VDRL) . أما الصمغ في اللوزة فهو قاسر ويأخذ سيراً مزمناً ولا يوجد ترفع حروري ولا انتباج في عقد الناحية .

المعالجة : يفيد استعمال البنسلين والصادات واسعة الطيف . وللفرغرة بمطهرات الفم الخفيفة ولكمادات العنق تأثير مساعد .

ذباح ندرة المحبيات

Agranulocytosis with Angina Granulocytotica :

تحت التعبير العام (قلة الكريات البيض **Leukocytopenia**) نجد مجموعة من الأمراض تكون إحدى علاماتها الرئيسية ، نقص شديد في عدد العدلات في الدم المحيطي (> من ٤٠٠٠ - ٢٠٠٠/مل) وينجم هذا النقص عن قلة المحبيات ، أي قلة العدلات . وقد ينجم أيضاً عن قلة اللمفيات ، وفي هذه الحالة لا توجد أعراض جلدية .

وحيثما يظهر قلة البيض لدى الأطفال يجب التفكير بالاضطرابات الوراثية مثل ندرة المحبيات الطفلي الوراثي (**Kostmann**) ذو الحدوث العائلي . ويتميز بانعدام كامل

البيض واضحة مع ندرة محبيات شديدة مع زيادة في نسبة المحبيات تصل إلى ٨٠ - ٩٠٪). وبخزعة النقي (نقي تغلب عليه الخلايا سليفة النقية Promyelocyte Hypoplastic) . ويجب محاولة التفريق بين الشكلين اللاتنسجي Aplastic وناقص التنسج .

التشريح المرضي النسجي : التهاب منخر لانوني .

المسير : ويتميز النمط الناجم عن الأميديويرين بسير حاد ، كبير أية آفة إنتانية خطيرة . أما في النمط الناجم عن الفينوتيازين فتأخذ الآفة سيراً متدرجاً ولا تظهر إلا بعد فترة من استعمال العلاج .

المعالجة :

الجهازية : من المهم التفتيش عن الأسباب . والهدف الأول من العلاج هو مكافحة الأنحاج وذلك حسب مشعر الصادات . أما في الأشكال المثبتة بأنها مناعية المنشأ (اختبار ترص الكريات البيضاء وكشف العوامل المتممة الرابطة للخلايا) فيمكن إيقاف هذه التفاعلات بإعطاء الستيروئيدات القشرية (٤٠ - ١٠٠ ملغ بريدنيزولون يومياً أو ما يعادلها من ستيروئيدات أخرى) والتي تعطى أيضاً في ندرة المحبيات السمي . يشير بعض المؤلفين بإعطاء الغاماغلوبولين رغم أن المقاومة الخلطية للأنحاج أمر غير ثابت .

الموضعية : يطبق لعلاج التقرحات في الفوهات ، قواعد المعالجات الجلدية مع أفضلية لتطبيق الصادات موضعياً . توصف المطهرات والغسولات والغرغرات الفموية ، وتدهن التقرحات بنفسجية الجانسيان (٠,٥٪ في محلول مائي) ، ويستعمل لتخفيف الألم غسولات فموية بالمبيجات أو بالدي فهدرامين .

كثرة الوحيدات الحمجية

Infectious Mononucleosis : [Pfeiffer : ١٨٨٩]

المترادفات : الذباج بالوحيدات Monocyte Angina ، الحمى الغدية ، الحمى الغدية لبفير Pfeiffer .

الحدوث : تحدث الآفة بوافات خفيفة مع انتشار أوسع في فصل الربيع ويصاب اليافع بشكل خاص .

الإمراض : هو خمج عام بحمة أبشتين - بار وتبدأ الآفة بذباج ، تنتقل الحمى بالقطرات المخمجة أو بالتماس الفيزيائي . زمن الحضانة من ٤ - ١٤ يوماً وتصيب الحمة بشكل انتقائي النسيج اللمفي وهذا هو سبب ظهور خلايا لمفية وحدانية Monocytoide غير ناضجة في الدوران المحيطي .

محبيات وحيث يموت الطفل المصاب نتيجة للأنحاج التي تحدث سيراً خطيراً رغم إعطاء الصادات القوية والمعالجة الستيروئيدية . أما لدى الكهول ، فيجب التفكير أولاً بفراط حساسية تجاه الأدوية كالمسكنات والفينوتيازينات ، لسفوناميدات ، والمشتقات السلفوناميدية كالمدرات البولية . مضادات الداء السكري ، الأدوية الموقفة لنشاط الدرق ، سرتكت Sedative ، مضادات الاختلاج ، مضادات هشامين ، مضادات الجراثيم ، مضادات التدرن ، مستحضرات المضادة للبرداء ، وكابتات المناعة . قد تحرض هذه الأدوية على تشكيل راصات للكريات البيضاء . وقد تظهر ندرة المحبيات المحرصة مناعياً بعد نقل دم متكرر (أضداد إسوية Isoantibodies) أو كتفاعل لنقل الدم رافع للحرارة وغير حاد للدم . وكذلك في الأمراض ذاتية المناعة والمترافقة بشكل أضداد ذاتية نوعية ضد الكريات البيضاء (الذأب حمي ، داء قلتي) . وقد يحصل أيضاً ندرة محبيات عرضي في بعض الأمراض الحمجية كالحمي التيفية أو السل الدخني . ينطبق ذلك أيضاً على ندرة المحبيات النسبي في ايضاضات له . وأخيراً يجب أن لا يغيب عن ذهننا أن قلة المحبيات قد يكون من منشأ سمي ، أكثرها معرفة هو نقص عدد الكريات البيضاء التالي للمعالجة الموقفة للخلايا وكذلك بعد إعطاء نظائر المشعة أو إثر معالجة الأورام بالإشعاعات المؤينة . كما أن لانسامات المهنية (البتزين ، الأنيلين ، الذي نيتروفيول) قد تؤدي لنقص المحبيات السمي والناجم عن تحرب نقي العظام و مترافق غالباً مع قلة الصفيحات وقلة الكريات الحمراء . ينجم عن قلة المحبيات نقص في مقاومة الأنحاج وبالتالي إلى تطور علامات إلتان عامة وقد تظهر أعراض جلدية في مكان دخول جراثيم .

الموجودات السريرية : تتميز الصورة السريرية للآفة بأعراض خمجية عامة مع حرارة وقشعريرة وغثيان وإقياء ونقص شهية مع تسرع قلب وصداع ووهط دوراني . يرافقها ندرة محبيات في الدم المحيطي مع زيجان اليسار Left Shifting في تشكل محبيات في نقص العظام ، مع ظهور آفات جلدية مخاطية تحرية مواتية في فوهات الجسم نتيجة نقص المقاومة .

لتوضع الانتقائي هو جوف الفم وخاصة اللثة ، ومخاطية لغم وانوزات (الذباج بندرة المحبيات) حيث يتشكل بسرعة في اللبغوم والشفيتين والمتلحمة والقلفة ومناطق الفرج والشرج ، تنخرات لا تلبث أن تنقرح .

التشخيص التفريقي : الايضاض النقياني مع آفات خمجية (المتلويات المخزلية في جوف الفم) .

التشخيص : ويكشف من الصيغة الدموية (قلة في الكريات

الموجودات السريرية :

اللوزات : تبديان انتباجاً وتنخرات سطحية مغطاة بغلالة من الأغشية الكاذبة . وهذا المظهر يشبه الخناق .

الجلد : ويحدث عند ٣ - ١٥٪ من المرضى ، طفحاح متعممة ، غالباً شرورية أو حصيبة الشكل ، أو تشبه الحميراء وذلك بعد ٤ - ٦ أيام من بدء الآفة . وتصبح نسبة ظهور الطفحاح الجلدية أعلى (قد تصل إلى ١٠٠٪) بعد استعمال الأميسلين والصادات الأخرى . وتظهر بعد ٨ - ١٠ أيام من بدء العلاج .

الأعراض العامة : لا يوجد شعور واضح بالمرض ، وهناك انتباج موضعي أو متعمم للعقد اللمفية وعلاوة على ذلك فإننا غالباً ما نشاهد ضخامة في الكبد والطحال . ويمكن للآفة أن تأخذ سيراً متبدلاً .

التشخيص : ارتفاع عدد الكريات البيضاء

(١٠,٠٠٠ - ٤٠,٠٠٠ /مل) هو نموذجي مع كثير من الخلايا الوحيدة Monocyte غير النموذجية . ولذلك فإن فحص الدم يوحى بابيضاض الدم . تزداد غالباً الترانس أميناز كدليل على إصابة كبدية . وإن إيجابية الاختبار المصلي ل Paul - Bunnel هو غير نوعي لدى الأطفال [٤٠٪ - ٥٠٪] ، إنما يكون إيجابياً دوماً لدى الكهول . وقد أمكن كشف الأضداد IgG لحمة أبشتاين - بار بالمجهر المثاق وتبدي زيادة في عيارها بفواصل ١٠ - ١٤ يوماً . كما أمكن كشف الأضداد IgM وتدل على خمج حديث .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الآفات الخمجية كالحصبة والحميراء والاندفاع الجلدي الأساسي بالخمج بحمة (HIV) وعن التفاعلات الدوائية .

المعالجة : عرضية ، غسولات للفم ، راحة في السرير ، وقد ذكر تأثير الأسيكلوفير ضد حمات أبشتاين - بار .

الفصل الرابع والثلاثون

أدواء الحشفة والقلفة

Diseases of Glans Penis and the Prepuce

د . عبد الحكيم عبد المعطي

يصادف الطبيب صعوبات غير عادية عند تشخيص وعلاج تدوء الحيز القلبي Preputial Space . فمن جهة أولى هناك عدد كبير من أدواء القضيب الأولية ، ومن جهة ثانية يمكن أن يصاب القضيب بتبدلات ثانوية في سياق عدد لا بأس به من تدوء الجلد أو الأغشية المخاطية ، وأخيراً فإن معظم أخماج لإحليل الزهري واللا زهري يمكن أن تسبب آفات قضيبيّة .

الفيزيولوجيا : Physiology

يمثل الحيز القلبي غير المختون تشطراً Cleavage بين حشفة تقضيب والتلم الإكليلي والغشاء القلبي الداخلي . وليس هناك أي اختلاف نسجي بين الغشائين القلبيين الداخلي والخارجي ، فكلاهما يتألفان من بشرة متعددة الطبقات تنتهي بطبقة متقرنة نضامية . أما النسيج الضام تحت الظهارة فهو رخو جداً وغزير بالأوعية الدموية ، لذا فهو يتوذم سريعاً في سياق التفاعلات لانهائية .

سمن Smegma : لا يتألف اللخن المتجمع في الحيز التسمي من شحميات فقط ، بل يتألف من خلايا ظهارية متقرنة متوسفة يُضفاً . هذا وقد تبين أن للخن تأثيرات مسرطنة عند خيوانات .

حيز القلبي Preputial Space : يعد الحيز القلبي من الناحية فيزيولوجية منطقة مذحية - أي منطقة يتوضع فيها الجلد فوق جند - لذا فهو حيز دافئ رطب (حرارته مرتفعة ، ودرجة رطوبة فيه عالية) ، تميل قيمة باهاء PH السطح فيه إلى تقنوية أكثر ، كما أنه يحتجز ما يطرحه الجلد من مفرزات كالزهم والعرق بالإضافة للخلايا القرنية المتوسفة .

نسبت الجرثومي الطبيعي Microbial Flora : ليس النبيت الجرثومي في الحيز القلبي متائلاً ، فهو يختلف من شخص لآخر كثيراً ، إلا أنه كثيراً ما تتواجد العقنوديات السلبية المخثرة (الكواغولاز) والجراثيم العديدة الغروبيونية . كما يحتوي هذا حيز بشكل خاص على العصوانيات الملانة Bacterioides Melanogenicus التي تعد من الجراثيم النموذجية جداً له ، إلا أن أهميتها الإمبراضية ليست واضحة تماماً . هذا ولا بد من

الإشارة إلى أن الجراثيم تستعمر الحشفة المختونة على نحو أقل بكثير من الحشفة غير المختونة . وقد يحتوي الحيز القلبي أحياناً على الجراثيم المرضية التالية : العقنوديات الإيجابية المخثرة (الكواغولاز) ، والإشريكية القولونية E. Coli ، والمقلبة الرائعة Proteus Mirabilis ، والزائفة الزنجارية Pseudomonas Aeruginosa ؛ ويحدث ذلك خاصة عند الأشخاص الذين ينظفون مناطقهم التناسلية بصوابين مطهرة ، فينجم عن ذلك ازدياد الجراثيم السلبية الغرام على حساب الجراثيم الإيجابية الغرام . يعد اللخن المتجمع في الحيز القلبي مرتعاً ملائماً للأخماج الجرثومية والحموية والفطرية ، ويزداد حدوث هذه الأخماج عند إهمال النظافة الشخصية ، أو عند حدوث تضيق القلفة Phimosi .

الشذوذات الولادية Congenital Anomalies :

لن نبحث في هذا الموضع الأشكال المختلفة للمبال التحتاني Hypospadias ، بل سنقتصر على تلك الشذوذات المتعلقة بالجلد التي قد تسبب قلقاً للمريض يدفعه لاستشارة الطبيب .

الغدد الزهمية المغايرة الموضع Heterotopic Sebaceous Glands :

المرادف : الغدد الزهمية المتنبذة .

مثلما أن الغدد الزهمية المتنبذة يمكن أن تظهر في الجوف الفموي ، فإنها يمكن أن توجد على الغشاء القلبي الداخلي أيضاً . وهي عبارة عن حطاطات صفراء ، قدها ١ - ٣ ملم ، وتتواجد بأعداد كبيرة في الغالب (انظر الشكل ٣٤ - ١) .

تعد غدد تيسون Tyson المتوضعة على اللجم غدداً زهمية حرة أيضاً .

المعالجة : لا حاجة لعمل شيء ما . ويكفي عادة أن نشرح للمريض الطبيعة السليمة لهذه الموجودات .

حليّات الحوق (إكليل الحشفة) Papillae Coronae Glandis :

المرادفات : شعراية القضيب الحليمية ، حليموم القضيب الأشعراي (الزبائاني) ، الحطاطات القضيبية اللؤلؤية [Ackerman و Komberg ١٩٧٣] .

ليس لهذه التظاهرة السريرية أية دلالة إمبراضية . من خلال فحص الحافة الدانية للحشفة بالقرب من التلم الإكليلي نجد واحدة أو أكثر من الزوائد الحليمية المهذبة الرفيعة ، ذات لون أحمر مبيض ؛ وأحجام متساوية ، وتبدو موعاة إلى حد ما (انظر الشكل ٣٤ - ٢) . تعد هذه الحليّات المنشارية الدقيقة

موجودات سريرية طبيعية إلا أنها نادرة ، وهي عبارة عن ليفومات وعائية طرفية **Acral Angiofibromas** .

المعالجة : لا حاجة لعمل شيء ما . ويكفي أن يشرح الطبيب لمريضه الطبيعة السليمة لهذه الآفات .

التهاب الأوعية اللمفية للتلم الإكليلي **Coronal Sulcus Lymphangitis**

المترادفات : التهاب الأوعية اللمفية المصلب اللا زهري للقضيب ، التهاب الأوعية اللمفية اللا زهري للتلم الإكليلي ، التهاب الأوعية اللمفية الجاسيء الدائري ، توسع الأوعية اللمفية للقضيب ، الوعاؤوم اللمفي الكيسي ، توسع الأوعية اللمفية العابر للقضيب .

تعريف : هو التهاب موسع للأوعية اللمفية ، خطي المظهر ، معتدل الشدة ، يحدث قرب حشفة القضيب ، وينجم عن الجماع العنيف عادة .

الحدوث : ليس نادراً ، ويشاهد عند الشباب .

الإمراض : يحدث هذا الداء بسبب الجماع . ويزعم أيضاً أنه قد يحدث في سياق أمراض أخرى (التهاب الإحليل بالمتدثرات ، الأخماج البورية ، التهاب الموفة المزمن) ، ومع ذلك فإنه ليس بالإمكان تصنيف هذا الداء من الناحية الإمراضية بشكل كامل . وهذا الداء عبارة عن حيز لمفي متسع بشكل الدالية ، يترافق مع تفاعل التهابي عابر حيث يشبه بذلك التهاب الأوعية اللمفية الأخدودي الإكليلي **Coronal groove** . وعموماً فإن الاستقصاءات النسجية تدل على أن هذا الداء ليس التهاباً في الأوعية اللمفية ، بل قد يكون التهاباً مسدداً في بطانة الوريد (مثل داء موندور **Mondor**) ، أو تليفاً وعائياً لمفياً خشارياً مسدداً **Lymphangiofibrosis** و **Thrombotica Occlusiva** (Marsch ورفاقه ١٩٨٢) .

الموجودات السريرية : آفة جبلية بشكل النفاق ، يتراوح طولها بين ١ - ٢ سم ، تأخذ لون الجلد أو لوناً ضارباً إلى البياض (انظر الشكل ٣٤ - ٣) . تتشكل الآفة بصورة حادة ، وتمتد عبر المحور الطويل للقضيب أو بشكل مائل . تتسع الآفة وتعطي مظهراً زجاجياً عند مط الغشاء القلبي الداخلي الذي يمكن رفعه إلى الأعلى بسهولة . أما المظاهر الالتهابية الشديدة فهي غائبة .

الأعراض : لا توجد ، إنما قد تحدث وذمة خفيفة في الغشاء القلبي الداخلي . وعموماً فإن المريض يكون قلقاً لظهور مثل هذه الآفة غير المألوفة .

التشريح المرضي النسيجي : يجب عدم أخذ الخزعة النسيجية في

المراحل الباكرة من الداء خشية أن تتلوها وذمة قضيبية شديدة . تبدي المقاطع النسجية في الحالات النموذجية أحيازاً لمفية متسعة (دوالي لمفية كيسية) تترافق التهاب عابر ، أو قد تبدي مظاهر التهاب بطانة الوريد المسد **Obliterating Endophlebitis** . وبشكل عام توجد صعوبة في تحديد المنطقة التي يحدث فيها التهاب بطانة الوعاء اللمفي المسد **Obliterating Endolymphangitis** .

المسح : تراجع الآفة عفوياً بعد عدة أسابيع . الاختلاطات غير معروفة . قد تؤدي المناولة (التلاعب باليد) **Manipulation** لحدوث تبدلات نهائية شديدة أو لحدوث تقرحات أيضاً .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق هذا الداء عن التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل (كما في داء موندور **Mondor**) . ويتميز الأخير بوجود خيوط قاسية شبيهة بالحبال تتوضع في الحيز القلبي ، وتكون هذه الخيوط أكبر قليلاً من تلك المشاهدة في التهاب الأوعية اللمفية للتلم الإكليلي ، إلا أن مظهرها الكيسي الكاذب الشفاف يكون خفيفاً . كما يجب تفريق هذا الداء عن التهاب الأوعية اللمفية لظهر القضيب (كعلامة مرافقة للإفرنجي الأولي) . فالآفة في الداء الأخير تمتد باتجاه المحور الطويل للقضيب ، كما أنها أشد قساوة ، ومع ذلك فإنه ينصح بالاستقصاء عن الإفرنجي .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : غير ضرورية عادة ؛ ولكن من الممكن إعطاء مضادات الالتهاب اللا سترويدية مثل : أكسي فينل بوتازون **Oxyphenylbutazone** أو الاندوميتاسين **Indomethacin** .
المعالجة الموضعية : ليست ضرورية لأن الشفاء يحدث عفوياً تعطي حمامات القعدة الدافئة **Warm Sitz baths** شعوراً بالراحة . ومن الضروري شرح طبيعة هذا الداء للمريض .

التهاب الوريد للتلم الإكليلي **Coronal Sulcus Phlebitis**

[Branun - Falco ١٩٥٣] :

المترادف : التهاب الوريد السطحي الحبلي الشكل للقضيب .

تعريف : هو التهاب في محيط الوريد **Periphlebitis** مع التهاب وريدي خشاري مسد **Obliterating Thrombophlebitis** . وهو التهاب محدد ، دائري ، شريطي الشكل ، معتدل الشدة ، يتوضع فوق التلم الإكليلي .

الحدوث : نادر . وإما أن يحدث الداء عفوياً كأحد أعراض داء موندور **Mondor** ، أو أن يترافق مع التهاب الوريد السطحي الحبلي الخطي في أماكن أخرى .

الإمراض : السبب غير معروف ، إلا أنه وجهت أصابع الاتهام

– لأحرج الثورية . والتهاب الموثة المزمن ، والإجهاد
ككيكي ثداء جماع .

لوجودات السريرية : تماثل الصورة السريرية تقريباً – عدا
حيث – تحت مشاهدة في التهاب الأوعية اللمفية للتلم
تكتلي لا زهري . يلاحظ المريض فجأة ظهور آفة
– حبة جعية تفوق القضيب . ويشعر بالجلد بوجود آفة
حبة . قسبة تقوام ، بعرض ١ – ٢ سم ، تتوضع تحت
لغشاء القضي لدخلي ، ويكون الجلد السائر لها طبيعياً . وقد
تتعد هذه حبة بؤمة في القلفة (انظر الشكل ٣٤ – ٤) .
تتعد هذه بؤمة بشكل متزامن مع داء موندور Mondor
لثوب لوريد الصدرى الشرسوفي السطحي الخطي) ، أو
مع التهاب لوريد السطحي الخطي في أماكن أخرى .

ليتمريض : لا توجد عادة .

لتصريح المرضي النسجي : تبدي المقاطع النسجية مظاهر
تتعد حدة لوريد المسد مع تكلجن Collagenization
ذاتية حبة . قد يكون تفريق هذه الحالة عن التهاب الأوعية
نسجية تحت إكليلاني صعباً في المراحل النهائية ، ومن الممكن
– بسعد توين النسيج المرن في التفريق .

لر – ترجع الآفة عفوياً بعد عدة أسابيع .

لتحريض التفريقي : يجب تفريق هذه الحالة بادية ذي بدء
عن التهاب الأوعية اللمفية للتلم الإكليلاني . ففي الحالة الأخيرة
تتعد الأوعية اللمفية المتوسعة الشبيهة بالدالية والمطوقة للقضيب
كلرجح من خلال الجلد الشفاف ، ويكون قوامها كيسياً
ككت .

لحاجة : غير ضرورية لأن الداء يشفى عفوياً . غير أنه يمكن ،
تتعد الأمر ، تطبيق المستحضرات الموضعية المحتوية على
هيرين أو هبارينويد Heparinoid . هذا ويجب الاستقصاء
عن لأحرج الثورية ، والتهاب الموثة ، والتهاب الإحليل .

لصقات القلفة Phimoses (انظر الشكل
٣٤ – ٥) .

يجب هذا لتضيق ارتداد القلفة إلى الوراء ، فينجم عن ذلك
ركود الحن . وظهور التكتلات (يؤدي الركود إلى ترسب
حبت سخن عى حشفة القضيب بشكل الأحجار المستديرة
ستعمة في رصف الشوارع Cobblestone ، وتأخذ هذه
تتعد بؤمة ضريباً لليباض) ، وحدوث التبدلات الالتهابية
لتهاب حشفة واقنفة) . ويقال أيضاً إن تضيق القلفة يعزز
من سوء لآفات المحتملة التسرطن وسرطانات القضيب .

في تضيق القلفة التام فإنه لا يمكن رد القلفة أو إعادتها إلى

مكانها عادة . أما في تضيق القلفة غير التام فإن الصعوبات
تحدث أثناء النعوظ Erection فقط ، مع خطر نشوء الجلاع
Paraphimosis (تضيق القلفة الخلفي) .

لتضيق القلفة الفيزيولوجي Physiological Phimosis :

تبقى الحشفة عند الوليد متصلة بالغشاء القلبي الداخلي .
وفي الأحوال النظامية يتفصل هذا الاتصال الظهاري في السنة
الأولى من الحياة بآليات تنكسية تصيب الطبقات الظهارية التي
تصل الحشفة بالقلفة . إلا أن تحرر القلفة عن الحشفة لا يحدث
في السنة الأولى من الحياة دوماً ، إذ قد يحدث هذا الانفصال في
أي وقت من الأوقات حتى سن البلوغ . وقد وصفت هذه
الحالة الفيزيولوجية أيضاً تحت اسم تضيق القلفة الكاذب
Pseudophimosis .

أما تعبير تضيق القلفة اللاصق Adhesive Phimosis فإنه
يشمل تلك الحالات التي يستمر فيها الالتصاق الفيزيولوجي بين
الغشاء القلبي والحشفة . والحالة الأخيرة يمكن أن تكون
وراثية ، ولا يمكن تصحيحها إلا بالعمل الجراحي .

لتضيق القلفة الولادي Congenital Phimosis :

يتصف بقلفة طويلة تشبه خرطوم الفيل proboscis ، غير
قابلة للارتداد ، ولذا فإنه يدعى أيضاً بتضيق القلفة الضخامي
Hypertrophic Phimosis . وفي أحوال نادرة يمكن أن
تكون القلفة قصيرة جداً ، ولها فتحة ضيقة جداً ، وغير قابلة
للارتداد .

السير : قد يعيق تضيق القلفة الولادي تدفق البول والنعوظ .
فالبول يتحول مجراه نحو فلع Cleft الحيز القلبي فيؤدي ذلك
لحدوث تفاعلات التهابية (التهاب الحشفة والقلفة) بسبب
صعوبة تنظيف المنطقة . وتحدث سرطانة القضيب على وجه
الحصر تقريباً عند الرجال الذين لديهم تضيق قلفة ولادي .

المعالجة : تقوم على رد القلفة بمجر أثناء استحمام الرضيع .
وبعد ذلك فإن التزيت (التزليق) Lubrication سوف يكفي
لرد الأشكال الخفيفة من تضيق القلفة الفيزيولوجي . يجب
إجراء عملية الختان Circumcision بأسرع ما يمكن في جميع
أشكال تضيق القلفة الولادي التي تكون فيها القلفة غير قابلة
للارتداد بسهولة ، وإلا فإن الجماع سوف يكون صعباً .

لتضيق القلفة المكتسب Acquired Phimosis :

يحدث تضيق القلفة المكتسب بشكل تال لتضيق قلفة
ولادي غير كامل ، حيث تبرز آليات التهابية أو تنكسية ذات
أسباب مختلفة عدم ارتداد القلفة .

تضييق القلفة المزمن : يتطور تضييق القلفة ببطء عندما يصاب النسيج بانكماش أو بأدواء مصلبة ، كما في الخزاز التصليبي الضموري ، ولطع القضيب Kraurosis Penis ، والتصلب الجلدي المحدد (القشيعه) . وقد تحدث عند المصابين بتضييق القلفة الولادي شقوق مؤلمة أثناء الجماع وذلك في منطقة اتصال الفشائين القلفيين الخارجي والداخلي . وقد يتلوها فيما بعد التهاب تليفي مزمن . ويجب تفريق هذا التليف القلبي الحلقلي عن الخزاز التصليبي الضموري الذي يحدث عند الشباب عادة .

وفي حال حدوث التهاب مزمن في الحشفة ، والتلم الإكليلي ، والغشاء القلبي الداخلي فقد يحدث أيضاً تضييق قلفة التهاني مزمن . ويلاحظ هذا التضييق عند المسنين المصابين بالتهاب حشفة مزمن بسبب سوء العناية الصحية ، أو عند السكرين المصابين بالتهاب حشفة مزمن بالمبيضات البيض .

تضييق القلفة الحاد : هو تبدل التهاني حاد يصيب الحيز القلبي . تحدث وذمة قضيبية وقلبية كبيرة . وينساب مفرز قيحي من الفوهة القلفة الملتبته والمتورمة .

والأسباب الشائعة لهذا التضييق هي :

- التهاب الحشفة والقلفة الجرثومي الحاد المترافق بتفسخ اللحن .
- التهاب الحشفة والقلفة المرافق للسيلان الحاد أو لالتهاب الإحليل اللا بني الحاد .
- التهاب الحشفة والقلفة المرافق للآفة الأولية للإفرنجي .
- التهاب الحشفة والقلفة المرافق لقرحة القرع (القرع اللين) .
- خمج الغشاء القلبي الداخلي بالحلا البسيط .
- الطفح الدوائي الثابت .
- اللقموم المؤنف .

الأعراض : تسوء الأعراض الناجمة عن تضييق القلفة المزمن بصورة بطيئة ، وتنجم عن إهمال النظافة الشخصية والتخريش . يُعدّ تضييق القلفة الحاد من الحالات المؤلمة والمسببة للذعر ، لذا فإنه من الضروري تقديم المساعدة بأسرع ما يمكن .

المعالجة : تقوم المعالجة في تضييق القلفة المزمن المكتسب على تشخيص الجلاذ المسبب سريريّاً أو نسجياً ومعالجته . ويستحسن إجراء عملية الختان .

يستتر العامل المسبب لتضييق القلفة الالتهابي الحاد خلف قلفة متوذمة غير قابلة للارتداد . ولتعيين هذا العامل ، فإنه يمكن إجراء شق ظهري تحت التبنيج الموضعي ، فيؤدي ذلك

لزوال الوذمة بشكل فوري . إلا أن هذا الشق يجب أن تعقبه عملية الختان . كما يمكن للطبيب أن يحدث تصريفاً سريعاً للوذمة القلفية عن طريق زرق الجلد القلبي بالهياالرونيداز Hyaluronidase فيساعد ذلك على إنقاص التضييق القلبي وعلى تشخيص الداء الأساسي المسبب وعلاجه . يمكن إعطاء الصادات عند الضرورة وذلك بعد إجراء الزرع والتحسس . هذا ومن الضروري تنظيف الحيز القلبي بالمطهرات الموضعية (مع توخي الحذر) ، وتطبيق الحمامات المحتوية على المحاليل المطهرة ، ومن ثم تجفيف هذا الحيز بغرز قطع من الشاش الماص .

الجلاذ (تضييق القلفة الحلقلي) Paraphimosis :

تعريف : هو حالة حادة تندفع فيها القلفة المتضيق إلى ما وراء الحشفة بحيث لا يعود بالإمكان إعادتها إلى مكانها أمام الحشفة . تظهر هذه الحالة أثناء الجماع عادة ، أو لدى القيام بأي تصرف مشابه على قضيب ناعظ وملتهب قليلاً ؛ كما يمكن أن تحدث في تضييق القلفة الولادي أو المكتسب .

الإمراض : عندما يسحب المريض القلفة إلى الوراء تنقلص الحلقة القلفة المتضيق خلف الحشفة في التلم الإكليلاني معيقة بذلك الجريان الدموي في الحشفة . تمنع هذه الحلقة المتقلصة والثابتة خلف الحشفة دفع القلفة إلى الأمام . يسبب الجلاذ عادة تورماً حاداً جداً في الحشفة حيث تصبح حمراء مزرقّة ، كما تصاب القلفة المحتقنة بتورم وذمي التهاني . يمكن أن يسبب الجريان الدموي المعاق والحمج المرافق تحريماً وموتاً في حشفة القضيب (الموت التناسلي الحاد) .

الموجودات السريرية : تكون الحشفة متورمة عادة ، وتأخذ لوناً أحمر مزرقاً . تتورم الأغشية القلفة خلف الحشفة بشكل الحلقة المفردة أو المزدوجة فتعطي مظهر ياقة الثوب (الياقة الإسبانية Spanish Collar) . (انظر الشكل ٣٤ - ٦) .

الأعراض : يمكن أن يترافق الجلاذ بألم شديد .

المسير : هناك خطر حدوث نخر في الحلقة القلفة المتضيق ، لذا فإنه من الضروري القيام بتدخل علاجي سريع .

المعالجة : يمكن تجربة العلاج المحافظ لفترة زمنية قصيرة فقط . فبعد تطبيق دواء حال للتشنج ، يضغط القضيب عدة مرات متتالية بواسطة اليد بحيث يزداد الضغط من الجهة القاصية إلى الجهة الدانية وذلك من أجل تصريف الوذمة . ومن الممكن بعد ذلك دفع الحشفة إلى الخلف عبر القلفة المحتقنة بفعل يشبه كسر زر الجرس . وللقيام بهذه العملية تمسك نهاية القضيب بين الأصبعين الثاني والثالث وتدفع الحشفة إلى الخلف عبر الفتحة القلفة بواسطة الإبهام . وفي الجلاذ الذي مضى على تشكل

مناسبة قصيرة فإنه يمكن تصريف الوذمة أيضاً باستعمال رقت هينرونيدياز Hyaluronidase ومن ثم إعادة القلفة إلى مكانها بإجراء ميكانيكي . هذا ومن الضروري إعطاء عدد من الحقن من حدوث الأخماج الثانوية . ومن الطرائق العلاجية لشدية تخديش المنطقة Scarification أو وخزها بقلعة حصة . وذلك من أجل تصريف الوذمة ، ومن ثم ترد القلفة إلى مكانها . كما يمكن إجراء شق جراحي للحلقات التضيقية حرق مبر ، إلا أن الإجراء الأخير يجب أن تعقبه عملية حذر .

تهاب الحشفة والتهاب الحشفة والقلفة Balanitis and Balanoposthitis :

يصق تعبير التهاب الحشفة والقلفة على التبدلات الالتهابية التي تصيب الحشفة (التهاب الحشفة) والغشاء القلبي الداخلي لتهاب القلفة Posthitis) والتي تنجم عن أسباب متنوعة . ويعود من المؤهبة لهذا الالتهاب هي : تضيق القلفة الولادي ، وعدم الاعتناء بالنظافة الشخصية أو الإفراط بهذا الاعتناء ، واحتكاك الناجم عن الثياب ، والأدواء الاستقلابية كالداء السكري ، وضعف المقاومة العامة . تقل نسبة حدوث التهاب حشفة والقلفة عند الرجال الذين يعتنون جيداً بنظافة مناطقهم تناسلية ، وعند الذين أجروا عملية الختان . أما العوامل سرعة في حدوث هذا الالتهاب فهي : الأخماج الجرثومية ، ولأرجية بالتماس ، والرضح . وبغض النظر عن العامل المسبب فإنه من الضروري التفريق بين التهاب الحشفة والقلفة حدوثاً زمنياً .

التهاب الحشفة والقلفة الحاد Acute Balanoposthitis :

ينشأ التهاب الحشفة والقلفة الحاد من التلم الإكليلاني ، حيث يتطور الاحمرار والتورم بشكل حاد ، ثم يمتد إلى حشفة قضيب والغشاء القلبي الداخلي . وقد يترافق هذا الالتهاب بحيج مصلبي أو مصلبي قبيحي ، أو بتضيق قلفة النهائي ثانوي ، أو بجلاخ (تضيق قلفة خلفي) ، ويحدث ذلك خاصة في حالات الناجمة عن الأخماج الجرثومية . أما الأسباب الممكنة لهذا الالتهاب فهي :

- نرضح .
- لعوامل السامة .
- احتباس اللخن .
- لأرجية بالتماس .
- الأخماج .

يمكن أن يسبب الاحتكاك والرضح احمراراً محدوداً أو وذمة . وقد تسبب الصوابين والمنظفات وكذلك المفرزات

المهبلية الملوثة للحيز القلبي تخريشاً للحشفة والغشاء القلبي الداخلي يتطور بدوره إلى التهاب حشفة حاد ، وتتفاقم هذه الحالة بالتنظيف المبالغ فيه أو غير الملائم . كما يجب عند البحث عن السبب الأخذ بعين الاعتبار الباهيات السامة (مثيرات الشهوة الجنسية) المطبقة موضعياً (الذبابة الإسبانية Spanish Fly ، زيت الخردل) . يلاحظ التهاب الحشفة السمي الحاد أيضاً بعد معالجة اللقموم المونف المتوضع في الحيز القلبي بالبودوفيللين Podophyllin .

التهاب الحشفة والقلفة التماسي الأرجي الحاد Acute Allergic Contact Balanoposthitis :

يحدث عند تطبيق بعض العلاجات الموضعية المحتوية على مواد محسسة في الحيز القلبي . وتعد المواد التالية مؤرجات بالتماس : مانعات الحمل (السواغ ، مبيدات النطاف) ، ومزيلات الرائحة (السواغ ، المطهرات) ، والمطهرات (الفورمالدهيد Formaldehyde ، أسس الأمونيوم الرباعية ، الساليسيلانيليد Salicylanilide ، الهكساكلوروفين Hexachlorophen) ، والأدوية (الصادات ، السلفاميدات) . تؤدي الأرجية بالتماس الناجمة عن الرفال Condom (مضادات تأكسد المطاط ، مسرعات الفلكنة في الرفال المطاطي Vulcanization Accelerators) والأرجية الناجمة عن مبيدات النطاف لحدوث التهاب بالتماس في جلد القضيب .

التهاب الحشفة والقلفة الحمجي الحاد Acute Infectious Balanoposthitis :

لا ينجم هذا الالتهاب أبداً عن سبب واحد فقط ، فهو يتطور عن الحالة المؤهبة المذكورة أعلاه . يحدث هذا الالتهاب بشكل مفاجئ ، فيسبب احمراراً التهابياً ووذمة ، وليس من النادر أن يسبب تضيق قلفة النهائي . ونتيجة للحدث التضحي الملحوظ يظهر وبشكل سريع مفرز قبيحي مصفر . تكون الأعراض الشخصية (حس الحرق) شديدة جداً .

ومن المهم أن نذكر أن التهاب الحشفة والقلفة الحمجي الحاد كثيراً ما يطلق عليه اسم التهاب الحشفة والقلفة المرافق Concomitant balanoposthitis ، وذلك لأنه ينشأ على أساس المفرزات المحتجزة في الحيز القلبي . وهناك عدة عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار مثل : اللخن ، والمفرزات المحتبسة ، والمفرزات المهبلية ، وتردي النظافة الشخصية ، والتهاب الإحليل الزهري واللا زهري . فالمفرزات الصادرة عن الإحليل تنتشر في الحيز القلبي فتسبب تعطن الظهارة مؤهبة بذلك لحدوث الأخماج .

قد يحدث التهاب الحشفة والقلفة المرافق وكذلك تضيق القلفة الالتهابي في سياق الآفة الأولية للإفرنجي ، أو القرح

اللين ، أو سرطانة الناحية القلبية . هذا وينصح بإجراء استقصاء جرثومي .

الإمراض : ما زال بعض المؤلفين يعتبر المغزلية **Fusobacterium** (الكائن الحي لـ Vincent - Plaut) هي العامل الممرض لالتهاب الحشفة والقلفة الخمجي الحاد . يحتوي اللخن على نبيت جرثومي متنوع ، كما يحتوي أيضاً على عصيات اللخن . تتجمع هذه الجراثيم في القيح الناجم عن التهاب الحشفة ؛ كما يحتوي هذا القيح أيضاً على المتلويات **Spirochetes** (المتلوية الحشفية **Spirocheta balanitis** ، المتلوية الكاسرة للضوء **Spirocheta Refringens** ، المتلوية الرشيقية **Spirocheta Celerima**) ، أو العقنوديات الإيجابية المخثرة ، أو العقديات ، أو الجراثيم السلبية الغرام . ويبدو أن الجراثيم السلبية الغرام وكائنات Vincent - Plaut هي المسؤولة عن التبدلات التآكلية والتقرحية خاصة . ويلعب الوسط الدافئ الرطب للحيز القلبي والأدواء التي تؤثر على سلامة الظهارة دوراً هاماً جداً في حدوث مثل هذه الآفات .

السير : لا تقتصر المظاهر السريرية في جميع الحالات على الاحمرار والتورم والإفراز المصلي القيحي . فقد تحدث تسحجات على اللجيم والتلم الإكليلاني خاصة ، وربما على الحشفة والغشاء القلبي الداخلي أيضاً . وتظهر هذه التسحجات خاصة في حالات تضيق القلفة وعند الخمج بكائنات Vincent - Plaut أو بالجراثيم السلبية الغرام ؛ وسرعان ما تتحول هذه التسحجات إلى قرحات .

التهاب الحشفة التقرحي Balanitis Ulcerosa : يكون هذا الداء الحاد مؤلماً جداً ، ويجب الاهتمام به جيداً لأنه يمكن أن يترقى ويتطور ، فالتقرحات يمكن أن تصبح مواتية أو أكالة **Phagedenous** .

التهاب الحشفة الموائي الأكلال Balanitis Gangrenosa
Phagedenica : قد يسبب هذا الداء موتاً حاداً في القضيب في غضون يوم أو يومين . وهذا الداء شائع عند السكريين ، وينجم عن مزيج من الجراثيم الحيوائية **Aerobic** واللا حيوائية **Anaerobic** . تترافق الأشكال الشديدة دائماً بتورم مؤلم متوسط الشدة في العقد اللمفية الناحية أو بالحمى .

التشخيص التفريقي : من المهم جداً في كل حالة التهاب حشفة حاد فحص كامل الحيز القلبي بغية تعيين العامل المسبب مثل : الآفة الأولية للإفرنجي ، أو قرحة القرع ، أو الحلاّ البسيط ، أو الطفح الدوائي الثابت ... إلخ . وعند حدوث التهاب الحشفة التآكلي **Balanitis Erosiva** فإنه يجب التفكير بالقرح الإفرنجي التآكلي ، وعند حدوث التهاب الحشفة التقرحي **Balanitis Ulcerosa** فإنه يجب التفكير بالقرح اللين

(القرع) . تكون التآكلات أو التقرحات في الحلاّ البسيط مؤلمة ، متعددة الحلقات ، وتصطف في زمر أو مجموعات ، إلا أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث قرحة حلطية آكلة **Herpes Phagedena** .

التهاب الحشفة والقلفة المزمن Chronic Balanoposthitis :

هو داء متعدد السببات ، وتنطبق عليه نفس الاعتبارات المرضية المتعلقة بالتهاب الحشفة والقلفة الحاد . ومع ذلك فإنه يجب التركيز على الأدوية التالية خاصة :

التهاب الحشفة والقلفة السكري Balanoposthitis Diabetica :

يمرض الداء السكري المزمن على حدوث تفاعلات التهابية خصوصاً في الأحياء المذحية وذلك بسبب ارتفاع تركيز الغلوكوز في الجلد . ويتحول هذا المذح في حال عدم الاعتناء بالنظافة الشخصية إلى التهاب حشفة وقلفة سكري مزمن . وهو تفاعل التهابي متري (تحت حاد إلى مزمن) ، يأخذ لوناً أحمر مغبراً على نحو مميز .

التشخيص : يُظهر الفحص المجهرى وجود العديد من الجراثيم الممرضة أو المبيضات البيض . وفي حال ظهور طبقة بيضاء على التلم الإكليلاني أو على حشفة القضيب فإن ذلك يوحي بالإصابة بالمبيضات (التهاب الحشفة والقلفة بالمبيضات) .

التهاب الحشفة والقلفة بفطور المبيضات Balanoposthitis Candidomycetica : أصبح التهاب الحشفة والقلفة بالمبيضات شائعاً جداً في السنوات الأخيرة . وهو لا يحدث عند السكريين فقط بل أيضاً عند الشباب الذين تصاب شريكاتهم بشكل متكرر بأخماج مهبلية بالمبيضات نتيجة تعاطيهم مانعات الحمل الهرمونية لفترة طويلة من الزمن (التهاب المهبل بالمبيضات) ، إذ أن الخمج المهبل بالمبيضات يمكن أن ينتقل أثناء الجماع (انظر أيضاً مبحث ٨٣٨) . وعند التحدث عن هذا الالتهاب فإنه يجب أيضاً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية وجود خمج بالحمة **HIV** .

والعوامل المعززة لحدوث التهاب الحشفة والقلفة بالمبيضات هي :

- تضيق القلفة وعدم الاعتناء بنظافة المنطقة التناسلية .
- إصابة الحيز القلبي بداء التهابي .
- النجيج الإحليلي .
- الأدوية المستبطنة مثل : الداء السكري ، والقرص ، والبيلة الأكسالية **Oxaluria** ، وايضااض الدم ، والعوز المناعي ، وخاصة ذلك الناجم عن الحمة **HIV** .

- استعمال الستيروئيدات الموضعية لفترة زمنية طويلة جداً .
- المعالجة الجهازية الطويلة الأمد بالستيرويدات القشرية أو بموقفات النمو الخلوي Cytostatics .

الموجودات السريوية : يمكن تشخيص التهاب الحشفة والقلفة انزمن بسهولة لدى رؤية الوسوف البيضاء النموذجية أو الطويقية الشكل Collarette ؛ أو لدى مشاهدة الآفات الحمرة المستورة بطبقات من السلاق التي تأخذ لون اللبن المقشود . ومع ذلك فإنه يجب البحث عن التظاهرات الأخرى لهذا الخمج كالمذح بفتور المبيضات أو داء المبيضات المعوي .

التشخيص : يمكن كشف الأفطير الكاذبة Pseudomycelia والأبواغ Spores في محضرات هيدروكسيد البوتاسيوم KOH ، كما تبدي المزارع نمو المبيضات البيض . هذا وينصح بإجراء زرع لعينات من البراز لتشخيص داء المبيضات المعوي .

المعالجة : يجب أن يؤثر العلاج بشكل إيجابي على الأخماج المتوضعة في الحيز القلبي المذحي الدافء الرطب ، وعلى التفاعلات الالتهابية بطرزها المختلفة . وبما أن الحيز القلبي يملك خصائص تشريحية ووظيفية معينة تجعله عرضة للأخماج ، فإنه ينصح بإجراء عملية الختان عند الأطفال ، إضافة إلى أن سرطانة القضيب تحدث بصورة نادرة عند الأشخاص المختونين (اليهود والمسلمين) .

المعالجة الجهازية : تكون المعالجة الجهازية ضرورية فقط في التهاب الحشفة والقلفة الخمجى الناجم عن الجرثائم ، أو الحليزونات المغزلية Fusospirilla ، أو المفطورات Mycoplasmas ، أو المشعرات ، ويتوقف اختيار العلاج على نوع العامل الممرض المكتشف . ويفضل عند الضرورة إجراء اختبارات التحسس والمقاومة على الصادات .

المعالجة الموضعية : تكفي المعالجة الموضعية في حالات التهاب الحشفة والقلفة الخفيفة .

يجب منع جميع التدابير العلاجية التي تعزز من احتباس المفرزات في الحيز القلبي وحدوث التعطن . كما يجب عدم استعمال الصادات ومضادات الفطارات ضمن سواغات شحمية (المراهم الدسمة ، مستحلبات الماء في الزيت) ، بل تستعمل ضمن رهمات أقل شحمية (مستحلبات الزيت في الماء) ، أو ضمن دهونات أو ذرورات (مساحيق) . يساعد غرز قطعة من الشاش (طويلة وضيقة) ، بعد لفها مرة واحدة فوق الحشفة ، على امتصاص المفرزات . في التهاب الحشفة الإبتكالي أو القرحي الشديد ، من الضروري تطبيق العلاجات الرطبة أولاً ، حيث تجرى حمامات يومية (بعد رد القلفة إلى الوراء) مضاف إليها بعض المحاليل المطهرة مثل ٨ - كينولين

سلفات quinolin sulfat - 8 (بتركيز ١٪) ، أو محلول برمغنات البوتاسيوم المدد جداً ، وبحيث يعاد ترطيب الضادات المطبقة على القلفة المرتدة كل ساعتين أو ثلاث ساعات . كما أن بعض الملونات مثل بنفسجية الجنسيان Gentian Violet (محلول مائي بتركيز ١٪ - ٠.٥٪) يمكن أن تكون مفيدة . تطبق الدهونات أو الرهمات المحتوية على القشرانيات السكرية والصادات بطبقات رقيقة جداً وذلك بواسطة قطع من الشاش أو المولسين تغرز في المنطقة .

تعالج أخماج المبيضات البيض بالنستاتين ، أو البياريسين Pimaricin ، أو الأمفوتريسين ب Amphotericin B ، أو المضادات الفطرية الواسعة الطيف وذلك ضمن ذرورات أو رهمات ، وعندما يشفى التآكل تطبق المعالجة الجافة . تنظف المنطقة بعد رد القلفة إلى الوراء بالماء الدافء ، ثم يجفف كامل الحيز القلبي بما فيه الغشاء القلبي الداخلي ، وتعفر المنطقة بذرور الجسم Body Powder ، أو بفسالآت اليزموت Bismuth gallate ، أو بحمض التنيك (حمض الدبغ) Tannin . ثم تغرز شريطة من الشاش . تكرر هذه الإجراءات العلاجية بعد كل عملية تبول . هذا ولا بد من التقيد دوماً بالمبادئ الرئيسية لعملية تصريف الحيز القلبي . وفي حال حدوث النكس بشكل متكرر فإنه يجب التفكير بإجراء عملية الختان .

التهاب الحشفة التآكلي المتحلق Balanitis Erosiva Circinata [Bataille و Berdal ١٨٨٩] :

التعريف : هو التهاب حشفة مزمن ، يمكن أن يحدث عفواً ، وقد يحدث بشكل جاف كعلامة لداء ريتير Reiter .

الحدوث : نادر جداً . يشاهد عند الشباب وعند الذين لديهم تضيق قلبي .

الإمراض : على ما يبدو ، ينجم الشكل العفوي من الداء عن خمج جرثومي أو خمج بالمبيضات البيض . أما الحالات المرافقة لداء ريتير فإنها يمكن أن تكون صدافية الشكل : التهاب الحشفة المتحلق الخطلي التقرن أو الجاف Balanitis Circinata Parakeratotica or Sicca . وفي كلا نمطي الداء ، قد يكون هناك ترافق مع HLA B27 .

الموجودات السريوية : في بادئ الأمر ، تظهر في الحيز القلبي بقع صغيرة بحجم رأس الدبوس ذات لون أبيض ضارب إلى الرمادي ، تتحول بدورها إلى تآكلات مدورة صغيرة ذات لون أحمر لحمي مع حواف رمادية اللون . تتوسع هذه الآفات الواضحة الحدود في جميع الاتجاهات ، وتندمج لتشكل سطوحاً تآكلية جغرافية غريبة الشكل تحاط من جميع جوانبها بحواف

ظهارية بيضاء (انظر الشكل ٣٤ - ٧) . تبدأ التظاهرات السريرية في التلم الإكليلي غالباً ، ثم تنتشر فوق حشفة القضيب والغشاء القلبي الداخلي . أما ناحية الحشفة المحيطة بالإحليل فإنها تبقى سليمة غالباً . وفي حال حصول وذمة قلبية التهابية فقد يحدث تضيق قلفة التهاجي .

الأعراض : يترافق هذا الداء بحكة مزعجة أو بحس حرق .

السير : تحت حاد أو مزمن . أما التهاب الحشفة التآكلي المتحلل المرافق لداء ريتز فإنه يحدث بشكل عابر عادة .

التشخيص التفريقي : يجب البحث عن علامات داء ريتز . كما يجب نفي التهاب الحشفة والقلفة الناجم عن فطور المبيضات .

المعالجة : تطبق المعالجة المجففة (شريطة من الشاش ، ضرور) . ويمكن غالباً استعمال الهدروكورتيزون بوتيرات أو بردينيكريات غيرهما من المستحضرات الستيرويدية القشرية الموضعية الخفيفة القدرة لفترة قصيرة من الزمن .

التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد السليم بالخلايا المصورة
Balanoposthitis Chronica Circumscripcta
Benigna Plasmacellularis [Zoon ١٩٥٠] :

تعريف : يحدث هذا الداء عند المتقدمين في السن ، ويتميز بوجود آفات محددة ، مزمنة ، مجهولة السبب ، تتوضع في الحيز القلبي ، وتترافق بالتهاب غني بالخلايا المصورة .

الحدوث : نادر ، وهو يحدث بصورة رئيسية عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ - ٨٠ سنة .

الإمراض : السبب مجهول . اهتمت عوامل عدة كالداء السكري في تسريع حدوث هذا الالتهاب . إلا أنه من الضروري استبعاد الأخماج الجرثومية . والشئ الخطي في هذا الداء هو احتواء الرشاحة الخلوية الالتهابية على عدد كبير من الخلايا المصورة .

الموجودات السريرية : الآفات عبارة عن لويحات واضحة الحدود ، تتوضع على الحشفة أو الغشاء القلبي ، لونها أحمر بني ، ومظهرها لامع كالورنيش . (انظر الشكل ٣٤ - ٨) . وباللجوء إلى المعاينة بالشفوفية *Diascopy* ، فإنه غالباً ما تظهر نزوف حبيرية منقطة . أما التبدلات الالتهابية الشديدة والمفرزات القيحية فإنها لا تلاحظ في سياق هذا الداء أبداً . تحدث هذه الحالة أيضاً على الفرج (التهاب الفرج بالخلايا المصورة) ، والخصيتين (*Pareitis Plasmacellularis*) ، والحنك العظمي (التهاب الحنك بالخلايا المصورة) ، والملحمة (التهاب الملحمة بالخلايا المصورة) .

التشريح المرضي النسجي : تكون البشرة رقيقة في الآفات ، وتلاحظ في الأدمة العلوية المظاهر التالية : شعيرات دموية متوسعة ، ورشاحة التهابية غنية بالخلايا المصورة ، ونزوف صغيرة جداً ، وترسب الهيموسيدرين *Hemosiderin* .

السير : يسير هذا الداء بصورة مزمنة إذا لم تعالج الآفات . ومع ذلك فإن إنذاره جيد لأنه لا يعد من الحالات المحتملة التسرطن ، حيث لم يعرف عن تحول أية حالة منه إلى سرطانة القضيب .

التشخيص التفريقي : من المهم تفريق هذا الداء عن التسنج الأحمر لكيرات *Erythroplasia of Queyrat* الذي يعد من الحالات المحتملة التسرطن . فالحالة الأخيرة تتصف بسطح حبيبي ناعم ، ولون أحمر لامع ، ومع ذلك فإنه ينصح بإجراء خزعة جلدية في الحالات المشكوك بها .

المعالجة : يمكن تجريب العلاجات الموضعية المحتوية على القشرانيات السكرية ، حيث تطبق الرهيمات لفترة زمنية قصيرة (كن حذراً من التأثيرات الجانبية للستيرويدات) . ومن التدابير النافعة أيضاً غسل المنطقة يومياً بمحamamات برمنغنات البوتاسيوم . ومن ناحية أخرى يجب الاعتناء جيداً بنظافة المنطقة التناسلية .

التهاب الحشفة التقري والظهارومي الكاذب
Balanitis Keratotica et Pseudoepitheliomatosa [Lortat - Jacob و Civatte ١٩٦١] :

الإمراض : من المحتمل أن يكون هذا الداء سرطان كاذب *Pseudo - Cancerosis* ، نظراً لأنه ورام حليمي جلدي سرطاوي *Papillomatosis Cutis Carcinoides* يتوضع على حشفة القضيب وينشأ كاستجابة نسيجية للخمج . هذا ولقد تم اقتراح الحمة الحليمومية الإنسانية كعامل مسبب لهذا الداء . **الموجودات السريرية :** يعد هذا الداء شكلاً سريرياً نادراً جداً من التهاب الحشفة الضموري ، حيث يلاحظ تشكل جلبات لماعة وكتل متقرنة على حشفة القضيب .

التشريح المرضي النسجي : يلاحظ وجود فرط تقرن جسيم (كتلي) مع فرط تسنج ظهاري ظهارومي كاذب .

السير : يسير الداء بشكل مُرضٍ لعدة سنوات .

التشخيص التفريقي : سرطانة القضيب واللقوم المؤلف من نمط بوشكة - لوفشتاين *Buschke - Löwenstein* .

المعالجة : لا يكفي الختان وحدة لحدوث الشفاء . يمكن تجريب المكواة الكهربائية *Electrocautery* أو الليزر *Laser* (ليزر ثاني أكسيد الكربون CO_2 ، ليزر النيوديميوم - ياغ *Neodymium - YAG*) . كما يمكن استئصال الآفة بشكل

وسمع ثم تعويض الجلد المتأصل بالجلد القلبي المتأصل في
عس نوقت بعملية الختان .

التهاب الحشفة الجفاف المسد Balanitis Xerotica Obliterans [١٩٢٨ Stühmer] :

التعريف : لوحظ هذا الداء من قبل Stühmer كاختلاط تال
نعمية ختان أجريت في فترة البلوغ الباكرة . ولكن ليس هناك
شيء داعٍ لاعتبار هذا الداء كبنوة مرضية مستقلة ، فهو والحزاز
تصليبي الضموري الذي يصيب الحشفة والقلفة يمكن
عبرهما شيئاً واحداً .

لعق القضيب Kraurosis Penis :

على الرغم من أن بعض المؤلفين ما زال يفترض وجود لطع
نقضيب الأولية كداء مستقل ، فإننا مع الرأي القائل بأن لطع
نقضيب ليس إلا المرحلة الأخيرة من الحزاز التصليبي
الضموري الذي يقتصر في تواجده على الحشفة والغشاء القلبي
تداخلي والذي يؤدي لحدوث انكماش وتضييق في صماخ
إلحليل . وتدعم الصورة النسجية وجهة نظرنا هذه .

الحطاط البوفناني التاسلي Bowenoid Genital Papulosis [١٩٧٨ Berger ، ١٩٧٨ Katz و Posalaky و Mc Ginley ١٩٧٨] :

مرادفات : حطاطات القضيب المصطبغة ، الحطاطات
بوفنانية التناسلية .

التعريف : حطاطات مسطحة مصطبغة ، تتوضع على القضيب
عند الرجال الصغار السن ، وتبدي مقاطعها النسيجية تبدلات
شبيهة بالسرطانة اللابدة In Situ (داء بوفن) ناجمة عن الحمة
الخليومية الإنسانية . هذا ولقد تم وصف هذه الحطاطات في
السابق آفات شبيهة بالحزاز المسطح .

الحدوث : ليس نادراً عند الرجال الصغار السن .

الإمراض : مجهول ، ويشته بالخمج الحموي ، فقد شوهدت
الجزئيات الحموية الخليومية التابعة للحمات الخليومية
الإنسانية من الأنماط ١٦ و ١٨ في آفات هذا الداء بواسطة
التهجين في موضعه In Situ Hybridization . والشيء الذي
يسترعي الانتباه هو حدوث هذه التبدلات السرطانية اللابدة
بشكل شائع في النواحي التناسلية عند كل من الرجال والنساء
خاصة عند المعوزين مناعياً (HIV) .

الموجودات السريرية : تظهر على جسم القضيب حطاطات
بنية مصطبغة ، معزولة أو متجمعة ، تشبه التقرانات المثية
الصغيرة الحجم (انظر الشكل ٣٤ - ١٠) . تحدث هذه
الآفات على الفرج أيضاً ، وتدعى حطاطات الفرج المصطبغة

(انظر الشكل ٣٤ - ٩) . ولقد شاهدنا آفات توضع على
الفخذ وأسفل البطن .

التشريح المرضي النسيجي : تحدث في البشرة تبدلات شبيهة
بالسرطانة اللابدة In Situ : تكاثر الخلايا اللائطية ، وحدوث
خلل التقرن Dyskeratosis ومن الشائع حدوث تبدلات
شبيهة بداء بوفن تترافق في الغالب بتوضع غزير للملانين في كل
من الظهارة والطبقة الحليمية Stratum Papillare . تشاهد في
الأدمة الحليمية رشاحة النهاية شريطية من نمط الحزاز المسطح .
السير : يتراجع الداء بشكل عفوي غالباً ، إلا أنه من الممكن أن
يتحول إلى سرطانة القضيب .

التشخيص : توحى الحطاطات الثولولية الشكل الشبيهة
بالتقرانات المثية المتوضعة على القضيب عند الرجال الصغار
السن بالتشخيص سريرياً . كما يمكن الاعتماد على الخزعة
النسجية . وعند الضرورة يمكن إجراء التهجين في موضعه
لتعيين نمط الحمة الحليمومية الإنسانية .

التشخيص التفريقي : التقران المثي (نادر عند الرجال الصغار
السن) ، والوحمات البشرية اللينة ، ووحامات الخلايا الوحمة
الخليومية المصطبغة . ومما لا شك فيه فإن الداء الموصوف
سابقاً تحت اسم الحطاطات البوفنانية المتعددة على القضيب أو

المجدول ٣٤ - ١ : سرطانة القضيب اللابدة In Situ

الداء	الصورة السريرية	الموضع	النسجيات
حطاطات القضيب المصطبغة (PPP)	حطاطات مسطحة مصطبغة	جسم القضيب	سرطانة لابدة
داء بوفن	آفات وسفية حمراء	جسم القضيب	سرطانة لابدة
التسج الأحمر (داء كيرات Queyrat)	آفة رطبة حمراء	الحشفة القلفة	سرطانة لابدة
الطلوان Leukoplakia	آفة بيضاء	الحشفة القلفة	تدن Dysplasia أو سرطانة لابدة
الحطاط البوفناني التناسلي	حطاطات حزازانية	الحشفة القلفة	سرطانة لابدة

الفرج (Kopf و Bart ١٩٧٠) يتطابق مع تبدلات هذا الداء .

المعالجة : محافظة ، حيث تراقب الآفات بعد التأكد من تشخيصها بالتشريح المرضي النسجي . وبالمقابل يمكن اللجوء إلى المعالجة بالإجشاث Ablation و/أو المعالجة الموقفة لنمو الخلايا Cytostatic (تطلّى الآفات بصبغة البودوفيللين Podophyllin أو يطبق الـ ٥ - فلورويوراسيل - 5 Fluorouracil موضعياً) . كما يمكن استخدام الليزر سواء لوحده أو بالمشاركة مع الإنترفرون ألفا . هذا ومن الضروري القيام بفحوصات متابعة منتظمة .

الموات الحاد لأعضاء التناسل عند الذكر Acute Fournier [Gangrene of the Male Genitalia] : [١٨٨٣]

المرادف : موات فورنييه Fournier .

التعريف : التهاب خمجى مواتي حاد ، يحدث انحلالاً تخريبياً في القضيب والصفن خلال فترة قصيرة جداً .

الحدوث : نادر جداً ، وهو شائع أكثر عند الرجال الصغار السن ، وله علاقة بالرضح .

الإمراض : ما زال السبب الحقيقي لهذا الداء مجهولاً . تم إظهار عدة كائنات حية مختلفة مثل : الحليزنة المغزلية Fusospirillum ، والزائفة الزنجارية Pseudomonas aeruginosa ، وجراثيم الخناقاني Diphtheroid . يفترض بعض المؤلفين أن هذا الداء المدهام Fulminating هو حمرة مواتية ، لأنه يمكن إظهار الكثير من العقديات في الأشلاء الخلوية ، كما يمكن أن تحدث إصابة فlegmonous Phlegmonous في جدار البطن . وعلى ما يبدو فإن الحمرة على القضيب كثيراً ما تصبح مواتية . ولتفسير الترقى السريع لهذا الداء فقد افترض حدوث انسداد وعائي . أما علاقة هذا الداء بعوز البروتين C فأمر مشكوك فيه وموضع تساؤل .

الموجودات السريرية : يختلف هذا الداء من الناحية السريرية عن التهاب الحشفة المواتي . وعلى ما يبدو فإنه يحدث من الناحية الظاهرية عفوياً ، إلا أنه من الممكن أن ينشأ من سحجة غير مرئية . تحدث بشكل فجائي وذمة التهابية لماعة على القضيب والصفن ترافق بحمى عالية ونوافض . وتمتد آفات القضيب الأسود المزرق المواتي المحتقن أو اللويحات الضاربة للبياض بطريقة تشبه القرحة الأكلة Phagedena . وقد يتخرب جلد القضيب في يوم واحد فقط ، كما قد تلتف الأجسام الكهفية وجلد الصفن . وأخيراً يتحول القضيب والصفن إلى أشلاء نسيجية متفتنة مميعة مغمثة ، وقد تتكشف الخصيتان . هذا ومن

النادر أن يحدث خثار شرياني . وفي بعض الأحيان يمكن أن يمتد الداء إلى الطرفين السفليين أيضاً .

المسار : تأخذ بعض الحالات سيراً مميتاً ؛ وفي حالات أخرى يمكن أن تتلاشى الأعراض خلال أسبوع واحد حيث يحدث التندب في الأجزاء المتخربة من الأعضاء .

التشخيص التفريقي : يبدأ التهاب الحشفة المواتي الأكال بصورة رئيسية كالتهاب حشفة اثكالي حاد ، ويتطور على الأرجح إلى التهاب الحشفة المواتي أو الأكال بسبب داء الحليزات المغزلية Fusosporillosis أو الخمج الثانوي .

المعالجة : يجب الشروع في العلاج فوراً وينبغي أن يكون شاملاً . ومن الضروري عدم انتظار نتيجة التحسس الجرثومي ، بل إنما البدء فوراً بإعطاء جرعات عالية من الصادات الواسعة الطيف (الجنتاميسين ، السيفالوسبورينات ، البنسلينات المقاومة للبنسليناز) إضافة إلى المسكنات ، مع مراقبة الدوران ؛ وبذلك تكون فرص النجاح جيدة . ينصح البعض أيضاً إضافة لما سبق بإزالة الأنسجة المتوتة بشكل كامل عن طريق الجراحة الكهربائية ، ولكن من تجربتنا الخاصة في هذا المجال فإننا لا نعتبر ذلك ضرورياً .

التخر بالديكوالينيوم والكلوركينالدول Dequalinium and Chlorquinaldol Necrosis [Wilkinson] : [١٩٦٣]

التعريف : تفرح ناخر ينجم عن تطبيق المستحضرات الموضعية المحتوية على الستيريوييدات القشرية والديكوالينيوم Dequalinium أو الكلوركينالدول Chlorquinaldol (كمطهرات) في الحيز القلبي خاصة ، وكذلك في أحياز مذحية أخرى كالفرج مثلاً .

الحدوث : نادر ، ويمكن أن يحدث عند جميع فئات الأعمار . وعلى الأرجح فإن حوادث تخر حشفة القضيب بالديكوالينيوم هي أكثر شيوعاً مما سجل في الأدب الطبي .

الإمراض : كان معظم المرضى المصابين بهذا الداء يستعملون علاجات موضعية لأدواء أخرى تحتوي على مواد مطهرة إضافية هي الديكوالينيوم أو الكلوركينالدول . فالأول هو : [1,10 - bis - (4 - amino - 2 - decane) - methylquinolinium] أو : [1,10 - bis - (4 - amion - quinaldinium) - decane] وذلك بشكل أسيتات أو كلوريد . والثاني هو ك - 8 - dichlor (5.7 - hydroxyquinaldine) وكان معظم المرضى يستعملون مستحضرات القشرانيات السكرية الموضعية المضافة إليها هذه المواد المطهرة فترة طويلة من الزمن . ولذا يبدو أن التأثير المترام

تعتبر نبت السكرية وهذه المواد المطهرة (الديكوالينوم أو كوركينالدول) على الحيز القلبي هو الذي يؤدي لظهور قلع تسمى هذه المواد . ولا تعد هذه الحالة من الأرجيات .

أوجودات السريرية : العلامة المظلمة في هذا الداء هي الهبرية البيضاء White Scurf . تحدث على حشفة القضيب أو الغشاء القضي الداخلي تبدلات نخرية وقرحية وذلك بعد علاج التهاب حشفة الزمن لفترة طويلة من الزمن بالمستحضرات الموضعية محوية على القشريات السكرية والديكوالينوم أو كوركينالدول . يكون النسيج المتخثر ممزاً بلونه الأبيض ويفصل عن الأنسجة المحيطة بحافة النهاية ضيقة (انظر الشكل ٣٤ - ١١) . تغيب التفاعلات الالتهابية الشديدة ، ولا يحدث تورم في العقد اللمفية الناحية .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي المقاطع النسيجية مظاهر نخر التخريري Coagulation Necrosis ، و يترافق ذلك بتعدن التهابي .

السر : يحدث الشفاء بصورة بطيئة وذلك بعد عدة أسابيع من توقف عن استعمال تلك المستحضرات المحتوية على قشريات السكرية والديكوالينوم أو الكوركينالدول .

التشخيص التفريقي : العلامة السريرية النموذجية جداً لهذا الداء هي الهبرية البيضاء White Scurf . تكون الآفات القلاعية متفرحة ، صفراء اللون ، ومؤلمة . يتصف التهاب الحشفة سواني أو التقرحي المرافق لداء الحليزيات المغزلية Fusospirochilosis بسير حاد أكثر . ويجب الأخذ بعين الاعتبار تناقية (قرحة الاستلقاء) التي تحدث عند الرجال المسنين مصابين بالداء السكري ، وكذلك الأذيات المفتعلة (المحدثه ذاتياً) . يجب أن لا تلتبس الصورة السريرية مع قرحة الإفرنجي لأوبي وقرحة القريح . كما يجب الأخذ بعين الاعتبار السل ندخي ، والجلد المقرح Ulcerosa Cutis ، والسرطانة نوسفية الخلايا .

المعالجة : تقتصر على الإجراءات الموضعية . تطبق في بادئ الأمر الضمادات الرطبة ويستعمل المحلول الملحي الفيزيولوجي . ثم تعالج الآفات بعد ذلك لتسريع حدوث الالتئام ، مع ترك شريطة من الشاش في الحيز القلبي . ولجمل المعالجة الموضعية السابقة الذكر سهلة فإنه غالباً ما تكون عملية الختان ضرورية .

إرشادات عامة لتشخيص أدواء الحيز القلبي الأخرى :

من غير المناسب في هذا الموضع أن نقدم شرحاً مفصلاً لجميع الآفات التي تصيب الحيز القلبي سواء كانت أعراضاً لأدواء جلدية في أماكن أخرى أو تظاهرات سريرية وحيدة

لأدواء جلدية معينة . والمخلص التالي سوف يعين على إجراء التشخيص التفريقي . إلا أنه في الحالات المشكوك بها فإنه من الضروري إجراء الخزعة النسيجية دوماً .

يجب أن يوجه التشخيص التفريقي السريري نحو العلامات الشكلية الرئيسية التي يمكن تصنيفها كما يلي :

التبقعات البيضاء Leukoplakias : أدواء من مظاهرها السريرية الرئيسية ظهور بقع بيضاء مزمنة على الحشفة أو الغشاء القلبي الداخلي .

التبقعات الحمراء Erthroplakias : أدواء تظهر فيها بقع حمرة مزمنة على الحشفة أو الغشاء القلبي الداخلي .

التبقعات السوداء Melanoplakias : بقع مسودة مزمنة تتوضع على الحشفة أو الغشاء القلبي الداخلي .

وتعد الأدواء التالية الأكثر تواتراً في التشخيص التفريقي :

التبقع الأبيض Leukoplakia :

- الطلوان كحالة محتملة التسرطن .
- الحزاز التصليبي والضموري .
- التهاب الحشفة بفتور المبيضات .
- داء بوفن (التمث المتقرن) .
- الحزاز المسطح .
- الصدف الشائع (عند المختونين) .
- الذأب الحمامي (القريصي) .

التبقع الأحمر Erythroplakia :

- التنسج الأحمر Erythroplasia (داء كيرات Queyrat) .
- داء بوفن .
- الحطاطات التناسلية البوفانية .
- سرطانة القضيب البدئية .
- الصدف الشائع (في تضيق القلفة) .
- الطفح الدوائي الثابت .
- الحزاز المسطح .

- التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد السليم بالخلايا المصورية .

- التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد .

التبقع الأسود Melanoplakia :

- وحة الخلايا الوحية الصباغية .
- الشامات الوحانية Nevoid Lentigo .
- الوحة الزرقاء .

- الوعاؤوم الدموي الخثور Thrombosed Hemangioma .

- الملانوم الخبيث .

الفصل الخامس والثلاثون

اضطرابات أعضاء التناسل الظاهرة عند الأنثى

Disorders of the Female External Genitalia

د . عبد الحكيم عبد المعطي

الاضطرابات الولادية Congenital Disorders :

الغدد الزهمية المغايرة الموضع Heterotopic Sebaceous Glands :

هي غدد زهمية حرة ، ذات لون ضارب إلى الصفرة ، تتوضع على الشفرين الصغيرين والسطحين الداخليين للشفرين الكبيرين غالباً ، ويمكن رؤيتها بوضوح بمط الأغشية المخاطية . تمثل هذه الغدد الحرة موجودات طبيعية وتماثل بقع فورداييس Fordyce التي تظهر على الغشاء المخاطي الفموي .

التهاب الفرج والمهبل Vulvovaginitis :

التهاب الفرج والمهبل عند البالغات Vulvovaginitis of Adults :

المترادف : Vulvovaginitis of Adults .

التعريف : يطلق تعبير التهاب الفرج والمهبل على التبدلات الالتهابية التي تصيب كلاً من الفرج والمهبل . وينجم هذا الالتهاب عن أسباب متنوعة .

الحدوث : التهاب المهبل شائع جداً ، ومع ذلك فإنه لا يميز دائماً ، لأن التحول من المفرزات الفيزيولوجية إلى التهاب المهبل بشكليه الخمجي واللاخمجي لا يمكن تحديده بوضوح .

الإمراض : التهاب المهبل هو الإصابة الأولية عادة ، وقد ينجم عن أسباب متنوعة . والسببان الأكثر شيوعاً لالتهاب الفرج والمهبل عند القاصرات هما : السيلان ، والأجسام الغريبة (يتم الاستقصاء عنها بحذر باستخدام مسبار زرري Button Probe ، أو تكشف بالتصوير الشعاعي) ؛ أما عند البالغات فأكثر الأسباب شيوعاً هو النجيج المهبل الناجم عن السيلان أو الأخماج بالعوامل المرضية التالية : المشعرة Trichomonas ، والمبيضة البيضاء ، والمتدثرة ، والغاردنيريلا المهبليّة Gardnerella Vaginalis ، والعنقوديات . كما يجب أن نعتبر اهتماماً للثر الأبيض Leukorrhea الناجم عن الاضطرابات الصماوية .

وندرج فيما يلي الأسباب الممكنة لالتهاب الفرج والمهبل :

الأخماج :

- السيلان .
- داء المبيضات .
- الغاردنيريلا المهبليّة :
- داء المشعرات .
- الإفرينجي (الآفة الأولية) .
- العقديات أو العنقوديات .

يشكل الشفران الكبيران Labia Majora عند الأنثى الحدود الفاصلة بين أعضاء التناسل الظاهرة والجلد الطبيعي . ولهذين الشفرين بنية الجلد الطبيعي على سطحيهما الخارجيين ، إلا أنهما يحتويان على أنسجة دهنية جيدة النمو وأنسجة ضامة رخوة ، وهذا يفسر تورمهما الودمي السريع في سياق التفاعلات الالتهابية ، ويكون الجلد المبطن لهذين الشفرين أملس رطباً مندمجاً مع الغشاء المخاطي . أما لواحق الجلد كالغدد الزهمية المرتبطة بالجريبات الشعرية والغدد العرقية الناتجة فإنها توجد على السطحين الخارجيين للشفرين الكبيرين فقط ، بينما لا يحتوي سطحاها الداخليان إلا على غدد زهمية حرة تتوضع على الشفرين الصغيرين Labia Minora أيضاً ، وبأعداد كبيرة أحياناً . وقد تقوم الأنثى باستشارة طبيبها للاستفسار عن تلك الحطاطات الزهمية التي اكتشفتها بعد معاينة دقيقة . أما الغدد العرقية المفترزة فإنها تنتشر بأعداد كبيرة جداً ، وخاصة في منطقة الركب (جبل العانة) Mons Pubis والشفرين الكبيرين ، وتشكل أساس داء باجت Paget خارج الثدي الذي يمكن أن يحدث في هذه الأماكن . تتوضع غدة برتولين Bartholin (واحدة في كل جانب) في الثلث السفلي لباطن الشفر الصغير ، وقد تصاب هذه الغدة في سياق السيلان أو الأخماج الجرثومية الأخرى (العنقودية الذهبية) . يُستَرّ المهبل بطبقات عدة من الظهارة الوصفية المطبقة ، ويكون باهء (PH) سطحه حمضياً (٤,٨ - ٥ ٪) .

تنتج الأغشية المخاطية لمداخل المهبل مفرزاً فيزيولوجياً ، ويتحول هذا المفرز إلى نجيج مرضي بسهولة . وقد يؤدي تماس المفرزات مع سطح الجلد ، بالإضافة إلى الاحتكاك الناجم عن الثياب والحكة ، إلى حدوث تبدلات التهابية سريعة تبدي جميع خصائص المذح .

ينجم عن أسباب متنوعة ، فإنه من الضروري جداً أخذ قصة سريرية دقيقة وإجراء ما يلزم من فحوصات مخبرية ، وقد يكون من الضروري أيضاً فحص الشريك الجنسي .

المعالجة : فيما يتعلق بالأشكال الأكثر خطورة من الداء فإنها يجب أن تعالج في بادئ الأمر بالراحة في الفراش مع إعطاء المركبات . هذا ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار ضرورة علاج الأسباب المستبطنة للداء .

المعالجة الجهازية : توجه المعالجة الجهازية نحو إزالة الأسباب المستبطنة التي تم التعرف عليها . أما إعطاء القشرانيات السكرية فنادراً ما نحتاج إليه .

المعالجة الموضعية : يتطلب التهاب الفرج والمهبل التقرحي والنضحي تطبيق الرفادات المرطبة بالمحلول الملحي الفيزيولوجي ، أو بيرمنغنات البوتاسيوم الممددة ، أو بالمطهرات الأخرى . ومن أجل الجلد الخارجي فإنه يجب إيقاف هذه العلاجات الجففة بأسرع ما يمكن . ولقد تم الحصول على نتائج جيدة باستعمال زيت الزنك مع الكلويكوينول Clioquinol (٠,٥ ٪) ، أو دهون الزنك المحتوي على الكلويكوينول (٠,٥ ٪) ، أو الرهيات والمعاجين القشرانية السكرية المحتوية على الكلويكوينول . وقد تحسن التآكلات أيضاً بتطبيق الأصبغة (البنفسجية المتبلورة Crystal Violet أو الخضرة اللامعة Brilliant green على شكل محاليل مائية بتركيز (٠,١ ٪ - ٠,٥ ٪) ، علماً أنه يجب الامتناع عن استعمال المراهم الشحمية القوام أو مستحلبات الماء في الزيت .

التهاب الفرج والمهبل عند القاصرات Vulvovaginitis Infantum

المترادف : Infantile Vulvovaginitis .

التعريف : ينجم التهاب المهبل الذي يحدث عند صغيرات السن أو المراهقات عن الأجسام الغريبة أو الأخماج الجرثومية ، وخاصة السيلان . وبسبب شكلياء Morphology الظاهرة المهبليّة عند هذه الفئة من الأعمار ، فإنها تكون مهيأة للخمج بالمكورات البنية بنسبة أكبر . هذا ومن الضروري نفي الإصابة بداء الأفصور Oxyuriasis أيضاً .

الموجودات السريرية : يصبح الفرج ومدخل المهبل محمرين ومتورمين ، وتظهر مفرزات قيحية تسبب الحك ، أو الحدش ، أو حتى الاستمناء باليد Masturbation .

التشخيص : يتطلب الفحص المهبلي مهارة كبيرة . وعند الاشتباه بوجود جسم غريب فإنه يمكن الاستعانة بمسبار قليل Blunt Probe ، مع توخي الحذر ، كما يمكن الاستعانة

- حمى .

- حرثيم نسبية الغرام .

- داء الأفصور Oxyuriasis .

- خمج بانشتوية المغزلية .

- تدرن .

- سخرى :

- لاضرابات الصماوية : الداء السكري .

- تصدعات القاسية الأرجية .

- إصابات المحدثّة ذاتياً : الأجسام الغريبة .

- تورم المهبل أو عنق الرحم .

قد تسبب المفرزات المهبليّة في حال ازديادها تهيجاً التهابياً في الفرج (التهاب الفرج) . كما يمكن أن تسبب العلاجات مصفحة على هذه المنطقة تهيجاً أو أرحاً ثانوياً بالتماس مما يحول دون حدوث الشفاء حتى عند خمود التهاب المهبل . هذا وكثيراً ما نرى ظروف الرطوبة والدفء المترافقة بتعطن الفرج حدوث أخماج ثانوية مثل : الحلاّ البسيط ، واللقموم المؤنف ، وتقيح الجلد .

الموجودات السريرية : تماثل الآفات السريرية لالتهاب الفرج والمهبل تلك الموجودة في التهاب الحشفة والقلقة المزمن . ويلاحظ بالفحص السريري احمرار المخاطية المهبليّة وتورمها حيناً . وظهور مفرزات مهبليّة . ويمتد هذا الاحمرار الالتهابي لتشمل وكذلك التورم إلى مناطق التماس الداخلية للشفرين الكبيرين ، وإلى الشفرين الصغيرين ومدخل المهبل . تكتمل بصورة السريرية بظهور التآكلات والمفرزات القبيحة ، وتكرر حدوث المذح الحاك حول أعضاء التناسل ، إلا أن شدة هذه علامات تختلف اختلافاً جوهرياً من امرأة لأخرى .

تكون أعضاء التناسل الظاهرة عند الأنثى عرضة لآفات التهابية تقرحية أو مواتية ، ومثال ذلك : التهاب الفرج التقرحي و التهاب الفرج المواتي ، وتماثل الآفات التقرحية والمواتية تلك التي تصيب حشفة القضيب وسطح القلفة المصائب Apposed لحشفة (راجع بحث التهاب الحشفة والقلقة التقرحي ونواتي ، الفصل ٣٤) .

الأعراض : يمكن لالتهاب الفرج والمهبل عند البالغات أن يسبب حكة وألماً شديدين إلى حد كبير .

السبب : يختلف السبب كثيراً باختلاف العامل المسبب . فالتهاب الفرج والمهبل الحاد يوحى بالإصابة بخمج حاد أو بأرجية تنسية . بينما ينجم التهاب الفرج والمهبل المزمن على الأرجح عن التهاب الفرج المسبب بالثر الأبيض المزمن .

التشخيص التفريقي : بما أن التهاب الفرج والمهبل يمكن أن

بالتصوير الشعاعي . وكما هي الحال عند البالغات ، فإنه لا بد من إجراء استقصاءات أخرى لنفي الإصابة بالأخماج الجرثومية ، وخاصة السيلان ، وكذلك لنفي داء المبيضات (مع فحص البراز) وداء الأقصور .

التهاب الفرج والمهبل السكري Diabetic Vulvovaginitis :

التعريف : التهاب مزمن في الفرج والمهبل ، يحدث عند السكريات ، وينجم عن الخمج بالمبيضات البيض غالباً .

الحدوث : يحدث غالباً عند الكهلات السمينات المصابات بالداء السكري .

الموجودات السريرية : تعاني المريضة في بادئ الأمر من حكة تناسلية تنجم عادة عن الداء السكري اللا مراقب جيداً . وبسبب الحك والخدش تحدث تبدلات التهابية تترافق بتورم الفرج وتقرحه . ويصبح لون المنطقة مميزاً ، فهو يتفاوت بين الأحمر الداكن والأحمر المزرق ، ويعد من الملامح المميزة لهذا الالتهاب . وقد تمتد التبدلات الالتهابية إلى كل من الإحليل والمثانة فتسبب ألماً عند التبول .

وكثيراً ما تبدي المناطق الهامشية ، وخصوصاً تلك المقابلة للركب والفخذين ، حماميات تعلوها بثرات مبيضة أو تقشرات طويقية الشكل Collarette - Like . وتنجم هذه الآفات عادة عن أخماج مذبحة بالمبيضات البيض ، ويستدل على ذلك برؤية الفطور مجهرياً ، وبرؤيتها كثيراً في المفرزات المهبلية والبراز .

قد يسبب الحك والخدش أخماجاً جرثومية ثانوية ، كإصابة الشفرين الكبيرين بالتهاب الجريبات أو بالدمال .

المعالجة : يعالج الداء المستبطن (الداء السكري) ، كما تعالج الأخماج الجرثومية والفطرية الثانوية . تطبق المستحضرات المجففة فقط ، ويمنع استعمال المراهم الشحمية القوام . ولقد تم الحصول على نتائج جيدة بتطبيق الأصبغة ، مثل : طلاء كاستيلاني Castellani ، والبنفسجية المتبلورة Crystal Violet ، والخضرة اللامعة Brilliant green (محاليل مائية بتركيز ٠,١٪ - ٠,٥٪) .

النسيج المهبل Vaginal Discharge :

النسيج المهبل علامة شائعة جداً ، وقد ينجم عن أسباب متنوعة : مهبلية أو رحمية . وكثيراً ما تستشير المريضة طبيب الجلد بشأن هذه العلامة كي تتأكد من عدم إصابتها بداء زهري ، أو لتتخلص من حكها التناسلية المزعجة جداً الناجمة عن التهاب الفرج أو التهاب الفرج والمهبل المرافق .

إن تحديد سبب الثر الأبيض Leukorrhea ، سواء كان مترافقاً بالتهاب الفرج والمهبل أو لم يكن ، يعد واجباً هاماً بالنسبة للطبيب ، ويتطلب استقصاءات واسعة . ومن المهم أن نعلم أن الثر الأبيض ينجم في أحوال كثيرة عن عدة كائنات حية في أن واحد ، كأن ينجم مثلاً عن المشعرات والمبيضات البيض ، أو عن المكورات البنية والمشعرات ، أي أنه ينجم غالباً عن أخماج متعددة ؛ لذا فإنه ينبغي على الطبيب في كل حالة من الثر الأبيض أن يستقصي عن السيلان ، وداء المشعرات ، وداء المبيضات ؛ وكذلك عن الأخماج بالمتدثرات والمفطورات والجراثيم الأخرى ، علماً أنه ينبغي نفي الإصابة بالإفراغيمي أيضاً .

والعوامل الأكثر أهمية في إمرراض النسيج المهبل هي نفسها المعروفة في التهاب الفرج والمهبل . ونبين فيما يلي أكثر أشكال النسيج المهبل شيوعاً :

النسيج المهبل الناجم عن السيلان : هو غالباً نسيج قيحي أصفر ، ينجم عن خمج أعضاء التناسل بالطريق الصاعد (التهاب العنق السيلاني ، التهاب البوق السيلاني) .

التشخيص : تؤخذ لطاخات من الإحليل « وعنق الرحم ، والمستقيم ، وعصارة غدة برتولين Bartholin لإجراء الفحص الجرثومي المباشر والزرع الجرثومي (لمزيد من التفصيل راجع مبحث السيلان في مطلع الفصل الرابع .

النسيج المهبل الناجم عن الغارديرييلة المهبلية Gardnerella vaginalis : التفاصيل في مبحث النسيج المهبل الناجم عن الغارديرييلة المهبلية في الفصل الرابع .

النسيج المهبل الناجم عن الخمج بالمشعرات Trichomonas : اضطراب شائع جداً ، يتصف بنسيج رغوي ينساب من المهبل تلقائياً ، ويأخذ لوناً رمادياً ضارباً إلى البياض أو إلى الخضرة وهو الأكثر . تبدو المخاطية المهبلية ملتية وبلون أحمر داكن ، وقد تظهر عليها اندفاعات حبرية . كما تحدث حكة فرجية معتدلة الشدة بسبب النسيج المهبل . وقد نشاهد بعض المظاهر الثانوية مثل : تورم الشفرين الصغيرين بسبب الحك والخدش ، وتقرح الشفرين الكبيرين بشكل معتدل والذي يمكن أن يوحى بإكزيمة تأتبية . هذا وليس من النادر أن تختلط هذه الحالة بأخماج مرافقة كالخمج بالمبيضات البيض أو بالمكورات البنية .

العامل المرضي : المشعرة المهبلية . .

الانتقال : يحدث أثناء الجماع عادة ، أما انتقاله عن طريق أحواض السباحة فأمر غير مؤكد . قد تسبب المشعرات عند

لذكر التهاب الإحليل ، وبصورة نادرة جداً التهاب الحشفة وإقفية .

تشخيص : يركز التشخيص على كشف المشعرات في النجيج المهبل . ويجب أن تجمع العينات من القسم الخلفي حملاً بواسطة الغانة (عروة بلاتين) Platinum Loop . ثم توضع العينة المراد فحصها على شريحة زجاجية ضمن قطرة من محلول الملح الدافئ ، ويفحص المحضر دون تلوين بالمجهر ذي نسخة المضيفة المزود بدرية Screened Light - Field ، أو مجهر ذي الساحة المظلمة ، أو المجهر التباين الصفحات Phase Contrast - . إذ أن الحيوانات الأولية المسببة (ومنها شعرات المهبلية) يمكن تمييزها بسهولة من حركاتها تحت مجهر الأنفة الذكر .

النسج : يصاب السبل البولي عند الكثير من المرضى ، إلا أنه نادر ما يصعد الخمج بالمشعرات إلى السبل البولي العلوي . تشكي المريضة من إحساس بالحرق أثناء التبول ، وتشخص هذه الإصابة بفحص التفالة البولية .

المعالجة : يعطى المترونيدازول أو النيفوراتل Nifuratel ، فموياً ومهيباً ؛ كما يمكن إعطاء مركبات أخرى عن طريق الفم مثل : تينيدازول Tinidazole أو النيمورازول Nimorazole . وقد تم الحصول على نتائج جيدة أيضاً باستعمال الأمفوتريسين ب Amphotericin B سواء لوحده أو تشاركاً مع التتراسكلين أو ناتاميسين Natamycin وذلك على شكل محولات أو رهمات مهبلية ، نظراً لأن هذه الأدوية فعالة تجاه الأنحاج مختصة بما فيها الجراثيم والفطورات والمبيضات البيض .

النجيج المهبل الناجم عن المبيضات البيض :

يعتبر النجيج المهبل الناجم عن الخمج بالمبيضات أكثر أشكال النجيج المهبل شيوعاً ، وقد يحدث دون التهاب مرافق في الفرج والمهبل . والأكثر إصابة بهذا الاضطراب هن : خوامل ، والمصابات بالسكري ، والنساء اللاتي يتعاطين منعات الحمل الفموية لفترات طويلة .

نجيج سهل التفتت ، لونه أبيض أو بلون البن المقشود ، وقد يلتصق قسم منه بالغشاء المخاطي أثناء تمهيد المهبل بالمنظار Speculum . ينشأ الخمج هنا عن داء المبيضات المعوي عادة .

العامل المرض : المبيضات البيض :

التشخيص : يركز التشخيص على إظهار المبيضات البيض في مفرزات المهبلية والبراز بواسطة الفحص المجهر المباشر والزرع .

أما عند الاشتباه بوجود الداء السكري ، فإنه يجب إجراء اختبار تحمل السكر .

السير : يعد الثر الأبيض Leukorrhea الناجم عن المبيضات البيض من الاضطرابات المزمنة ، وقد لا يترافق إلا بالقليل من الأعراض . ومع ذلك فإن المصابات بالداء السكري كثيراً ما يحدث عندهن التهاب مرافق في الفرج والمهبل ينجم عن المبيضات البيض أيضاً (التهاب الفرج والمهبل بفطور المبيضات Vulvovaginitis Candidomycetica) . تصاحب هذا التهاب حكة شديدة وعلامات أخرى تم استعراضها سابقاً عند بحث التهاب الفرج والمهبل السكري . ويجب أن لا ننسى أن هذا الاضطراب يمكن أن ينتقل إلى الشريك الجنسي أيضاً ، لذا فإنه من الضروري القيام باستقصاءات مماثلة لديه ، وإعطاء العلاج في نفس الوقت إذا تطلب الأمر ذلك .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يعالج داء المبيضات المعوي بأحد الأدوية التالية ولمدة أسبوع واحد : النستاتين ، أو الأمفوتريسين ب Amphotericin B ، أو الكيتوكونازول ، أو الإيتراكونازول . وللتأكد من القضاء على الخمج فإنه ينبغي إعادة فحص البراز بعد ثلاثة أسابيع من انتهاء العلاج .

المعالجة الموضعية : يطلى المهبل بطلاء كاستيلاني Castellani أو بينفسجية الجنسيان Gentian Violet (محلول مائي ٠,٥ ٪) ، وقد ثبت أن لهذه الأدوية فعالية مذهشة . كما ينصح أيضاً بتطبيق حمامات المقعدة Hip baths المضاف إليها محلول برمنغنات البوتاسيوم . وبعد عدة أيام يمكن استعمال محولات النستاتين والأمفوتريسين ب مرتين في اليوم . ولقد تم الحصول على نتائج جيدة أيضاً باستعمال مزيج من الصادات ، مثل الأمفوتريسين ب مع التتراسكلين (تستعمل على شكل محولات أو رهمات مهبلية ، مرة أو مرتين في اليوم ، لمدة أسبوع أو أسبوعين) ؛ فهذه المشاركات تؤثر على الأنحاج المختلطة . وينطبق الشيء نفسه على الأدوية التالية : السيكلوبيروكسولامين Ciclopiroxolamine ، أو الكلوتريمازول ، أو الإيكونازول ، أو الإيزوكونازول ، أو نترات الميكونازول ، أو الناتاميسين Natamycin . وللتأكد من القضاء على الخمج فإنه ينبغي إعادة زرع المفرزات المهبلية والبراز بعد ثلاثة أسابيع من انتهاء العلاج .

وعندما يجد طبيب الجلد أن الحالة لا تستجيب للعلاج ، أو أنها قد نكست ثانية بعد العلاج ، فإنه من المستحسن أن يشد مساعدة الطبيب النسائي في هذا الظرف .

النجيج المهبل الناجم عن الأنحاج الجرثومية الأخرى :

لقد تم إظهار الجراثيم الإيجابية الغرام (العقديات والعنقوديات) ، وبصورة نادرة أكثر الجراثيم السلبية الغرام

السابقة . وفي بعض الحالات تم زرع اليوريا بلازما *Ureaplasma Urelyticum* ، ووجد أن هناك ازدياد في عيارات أضدادها .

الموجودات السريرية : ميز ليشوتس Lipschütz بين ثلاثة أشكال من القرحات :

الشكل المواتي *Gangrenous Form* : يبدأ بصورة حادة جداً ، حيث تتشكل قرحات على الشفرين الصغيرين يزداد حجمها بشكل سريع حتى أنها قد تسبب انثقاب الشفرين . تكون القرحات مستورة بجلب رمادية أو صفراء أو سوداء تسقط بعد عدة أيام . وما يميز هذا الشكل هو : بدايته المباعدة بين عشية وضحاها ، وترافقه بحمى مرتفعة وتورم العقد اللمفية الناحية . تشفى القرحات بعد أسبوع إلى أسبوعين مخلفة ورائها ندبات .

الشكل المزمن *Chronic Form* : يسير بشكل مزمن ، و يترافق بحمى وأعراض طفيفة فقط . القرحات غير منتظمة الشكل ، ويتفاوت حجمها بين الصغير والكبير بعض الشيء ، وقد تنقوض أحياناً . تحدث القرحات في الغالب عند مدخل المهبل وعلى السطحين الداخليين للشفرين الكبيرين ، وهي تشفى بشكل بطيء ، وقد تنكس . تستمر الحالة ٤ - ٦ أسابيع أو أكثر . وقد فسر هذا الشكل كأحد تظاهرات داء بهجت Behçet .

الشكل الدخني *Miliary Form* : ويتصف بقرحات صغيرة ، متعددة ، حجمها ثابت ، وحوافها ملتهبة حمراء . المناطق الانتقائية للإصابة هي الشفران الكبيران ، وبدرجة أقل الشفران الصغيران والعجان . ومن النادر جداً أن يؤدي هذا الشكل لقرحات كبيرة كتلك المشاهدة في الشكل المزمن . ويمكن أن تعطي التظاهرة الأولية للحلأ البسيط مظهراً مشابهاً جداً لهذا الشكل .

الأعراض : تسبب القرحة إحساساً بالضيق وعدم الارتياح . أما الألم فيمكن أن يكون عفوياً أو مشاراً باللمس ، وتكون الأعراض شديدة أكثر في الأشكال المواتية والدخنية .

التشخيص التفريقي : يجب أن يشمل التشخيص التفريقي كامل طيف القرحات الزهرية واللا زهرية . يساعد الفحص الدقيق لكامل الجلد والأغشية المخاطية في نفي التبدلات القرحية التي تصيب الفرج في سياق أدواء مختلفة (قرحات الفرج الثانوية) . كما ينبغي نفي ما يلي : القرع ، ومتلازمة بهجت ، والقلاع ، وداء اليد - القدم والفم الذي يمكن أن يصيب الفرج عند الطفلات ، ويكون مظهره الأولي هو التحوصل غالباً . كما ينبغي أيضاً نفي الحلأ البسيط (يبدأ

(الإشريكية القولونية والمستدمية المهبلية *Haemophilus vaginalis*) في النجيج المهبل الناجم عن التهاب المهبل اللا نوعي . ومع ذلك فما زال هنالك جدل حول دور الإشريكية القولونية والمستدمية المهبلية في إحداث النجيج المهبل . علماً أنه قد تم الإقرار في الوقت الحاضر بدور الغاردنيريلا المهبلية *Gardnerella Vaginalis* كعامل مسبب (انظر مبحث السيلان في مطلع الفصل الرابع) .

المعالجة : موضعية ، وتعتمد على نتائج الزرع الجرثومي واختبارات التحسس .

التهاب الفرج المحدد المزمن السليم بالخلايا المصورية *Vulitis Circumscripta Chronica Benigna* : *Plasmacellularis*

يمثل التهاب الحشفة والقلقة المحدد المزمن السليم بالخلايا المصورية (زوون Zoon) . يصيب هذا الداء النساء المسنات ، ويتظاهر على شكل لويحات معددة ، لونها ضارب إلى السمرة أو الحمرة ، ولها مظهر الورنيش Varnish ، وتشاهد على باطن الشفرين الكبيرين أو على الشفرين الصغيرين .

التشخيص : إن تشخيص هذا الداء عند النساء أصعب منه عند الذكور . يجب إجراء الفحص النسجي عند كل مريضة . التشخيص التفريقي : داء بوفن Bowen ، والتنسج الأحمر لكيرات Erythroplasia of Queyrat .

اضطرابات فرجية أخرى :

قرحة الفرج الحادة *Ulcus Vulvae Acutum* [Lipschütz 1921] :

التعريف : قرحة حادة ذات سبببات غامضة ، تحدث عند العذارى والشابات على الأغلب .

الحدوث : نادر ، وخمسون في المئة من المصابات يافعات .

الإمراض : اعتبر ليشوتس Lipschütz *Bacillus Crassus* هي الكائن الحي المسبب لهذه القرحة ، ولكن بما أن هذه العصوية تماثل عصية دودرلاين Döderlein تماماً فقد بقي السبب غامضاً . يرى بعضهم أن هذه القرحة ربما تنجم عن خميج حموي . ويعتقد أن سوء اعتناء الشابات بنظافة مناطقهن التناسلية ذو أهمية في الأمراض . وقد فسرت هذه القرحة في بعض الحالات كأحد علامات داء بهجت . كما لوحظ حدوثها أيضاً بعد - أو أثناء - هجمات الحمى التيفية ونظيرة التيفية ، أو داء البروسيلات ، أو الحمى العديدة الأشكال ؛ إلا أنه يغلب أن تحدث بصورة مستقلة عن الأمراض

الجدول ٣٥ - ١ : إرشادات مفيدة في تشخيص حالات النجيح المهبل

الداء	اللون	القوام	أماكن الفحص	طرائق الفحص
سيلان	قيحي أصفر	مائع	الإحليل عنق الرحم الفرج غدة برتولين المستقيم البلعوم (الدم)	- التلوين بطريقة غرام - الزرع
تهاب الإحليل اللا سيلاني والتهاب عنق اللا سيلاني	قيحي ضارب إلى البياض	مائع	الإحليل عنق الرحم المستقيم البلعوم	- التألق المناعي المباشر باستعمال أضداد المتدثرة الحفرية الموسومة بالفلورسنتين - الزرع : المتدثرة الحفرية ، واليوريبلازما يوريبلايتكوم <i>Ureaplasma</i> <i>Urealyticum</i> ، والمفطورة الإنسانية <i>Mycoplasma Hominis</i>
داء المشعرات	أبيض	رفيق ، رغوي	جدار المهبل ظاهر عنق الرحم	- فحص العينة على شريحة زجاجية مبللة - تعيين قيمة الباهاء PH (< ٥) - الزرع
داء المبيضات	أبيض ، لون اللبن المقشود	سهل التفتت ، قشدي	جدار المهبل	- فحص العينة على شريحة زجاجية مبللة - التلوين بطريقة غرام - الزرع (بما فيه البراز)
تهاب المهبل جرثومي	أبيض	متجانس ، غير لزج ، لصوق	جدار المهبل	- تعيين قيمة الباهاء PH (< ٤) - الفحص بهيدروكسيد البوتاسيوم - الرائحة السمكية - فحص العينة على شريحة زجاجية مبللة - الزرع : الغاردنيريلة المهبيلة <i>Gardnerella Vaginalis</i> ، والا حيوائيات <i>Anaerobes</i> وخاصة أنواع <i>Mobiluncus</i> - الاستشراب الغازي Gas <i>Chromatography</i>

بالتحوصـل ثم تتلوـه تقرحات مسطحة متعددة الحلقات) . كما يجب أن نـعير اهتمـاماً للتبدلات التـكاثريـة النـقويـة Myeloproliferative Changes .

المعالجة : الراحة في الفراش ضرورية جداً .

المعالجة الجهازية : تعطى الصادات الواسعة الطيف بعد إجراء اختبارات التحسس ، كما تعطى مضادات الالتهاب أيضاً . تتطلب الحالات الشديدة جداً إعطاء القشرانيات السكرية (بما يعادل ٤٠ - ٦٠ ملغ من البردينزون Prednisone يومياً) مع الصادات الواسعة الطيف لفترة قصيرة .

المعالجة الموضعية : تقوم المعالجة الموضعية على تنظيف المنطقة التناسلية وتطهيرها (حمامات مضاف إليها برمنغنات البوتاسيوم أو مطهرات أخرى) ، وتطبيق مراهم الصادات ، ومعالجة المذح المرافق بالوسائل المجدفة : كاستعمال دهون الزنك - أو زيت الزنك - المحتوي على الكلوكينول Clotrimazole (بتركيز ٥٪) . هذا ويجب معالجة القرحة بنفس الإجراءات العلاجية التي تطبق على الجروح .

الحثول الفرجية Vulvar Dystrophies :

وضع هذا التعبير من قبل الإراضيين Pathologists والأطباء النسائيين بغية تصنيف أدواء فرجية متنوعة على أساس التشريح المرضي النسجي .

لـطـع الفـرج Kraurosis Vulvae [Breisky ١٨٨٥] :

التعريف : ضمور مترقي في الأعضاء التناسلية الظاهرة عند الأنثى ، يبدأ ما حول سن الإياس ، وينجم عنه زوال الشفرين الصغيرين والبطر بشكل واسع أو تام ، كما يؤدي لتضييق الفوهة المهبلية Ostium Vaginae . يأخذ الجلد الضامر شكل القمع ، حيث تتوضع الفوهة الإحليلية المحتجة في قاعدته . يفقد هذا الجلد مرونته ، ويصبح سطحه جافاً أو متشققاً في بعض الأحيان ، ويأخذ لوناً ضارباً إلى البياض ، وقد يبدو مصفراً إذا تألق النسيج الدهني من خلاله ، وقد تظهر عليه تصبغات لطخية . ومن الشائع حدوث حكة مزعجة تسبب بدورها علامات تحريشية وتحزناً ثانوياً . تظهر على الجلد الضامر لوحيات الطلوان التي يمكن أن تتسرطن .

الإمراض : بما أن هذه الحالة تحدث بشكل رئيسي في فترة الإياس وما قبله ، وكذلك عند النساء الأصغر سناً اللواتي يعانين من اضطراب الوظيفة التوالدية ، فإن ذلك يوحي بوجود عوامل هرمونية . ومع ذلك فإنه يفضل في الوقت الحاضر عدم استخدام تعبير « لطع الفرج » كونه لا يتسم بالدقة كثيراً ، إذ أن هذه الحالة يمكن أن تتجسم عن أحداث مرضية متعددة ، وخاصة الحزاز التصليبي الضموري . حتى أن حدوث

الطلوان وما قد يتلوـه من تسرطن هو حادثة ثانوية ولا علاقة له بالداء الأصلي . والشئ نفسه ينطبق على موضوع عمر المريضة .

وفما يلي أهم ثلاثة أسباب لضمور الفرج :

- ضمور الفرج الأولي .
- ضمور الفرج الشيخوخي .
- الحزاز التصليبي الضموري .

ضمـور الفـرج الأولي Primary Atrophy of the Vulva :

المـرادف : الضمور التناسلي الأولي .

التعريف : داء يترق بشكل بطيء ، يؤدي إلى ضمور الشفرين الكبيرين والصغيرين ، وإلى تضيق الفوهة المهبلية . الحدوث : شائع عند الإياسيات . وقد يحدث عند الشابات والفتيات أيضاً ، إنما بصورة نادرة جداً .

الإمراض : السبب مجهول . ويبدو أن هذه الحالة من الناحية الإراضية عبارة عن شكل ضموري منتشر للحزاز التصليبي الضموري يصيب الفرج على وجه الحصر .

الموجودات السريرية : العلامة الأولية لهذا لداء هي جفاف المخاطية الفرجية الذي يترافق بعسر البول أحياناً ، أما الحكة فليست شديدة جداً . يبدأ الاضطراب بضمور الشفرين الصغيرين دون جسوء Induration . وبسبب ضمور مدخل المهبل فإنه غالباً ما يحدث التضيق . أما الشفران الكبيران فيصابان لاحقاً ويتناقص حجمهما . تبدو المخاطية المهبلية بادية الأمر ملتية حمراء اللون ، إلا أنها تصبح شاحبة أو مصفرة فيما بعد ، كما أنها تعطي مظهراً مشابهاً للحزاز التصليبي الضموري وذلك بسبب زوال الصباغ وظهور نزوف ناعمة أو شعيرات متوسعة . وأخيراً فإنه تظهر لوحيات الطلوان التي يمكن أن تتسرطن فيما بعد (تنكس خبيث) .

الأعراض : الجفاف والحكة هما العرضان الأكثر إزعاجاً .

التشريح المرضي النسجي : كما هي الحال سريرياً فإن التبدلات النسيجية الوصفية توحى بالحزاز التصليبي الضموري أيضاً وهي : ضمور بشروي ، وتبدلات النهائية في الأدمة ، وتنكس الكلاجين زجاجياً Hyalinization of Collagen .

السـر : مزمن جداً . ويسوء الإنذار بظهور الطلوان .

التشخيص التفريقي : بما أن ضمور الفرج الأولي يعتبر شكلاً من الحزاز التصليبي الضموري ، فإنه يجب أن يفرق عن ضمور الفرج الشيخوخي فقط .

المعالجة :

معالجة الجهازية : معالجة هرمونية بالتعاون مع الطبيب النسائي .

معالجة موضعية : تطبق وبالتناوب المستحضرات المحتوية على قشريات السكرية المنخفضة القدرة والمستحضرات المحتوية على الهيبارين أو الهيبارينويد Heparinoid . كما يمكن تجربة مستحضرات الموضعية المحتوية على الأستروجينات . هذا ويجب أن تخضع المريضة لمراقبة دقيقة بغية كشف الطلوان في مراحله المبكرة .

ضمور الفرج الشيخوخي Senile Atrophy of the Vulva :

مرادف : الضمور التناسلي الشيخوخي .

التعريف : هو ضمور في أعضاء التناسل الظاهرة عن الأنثى ، يترق بشكل بطيء ، ويحدث أثناء الإياس أو بعد استئصال المبيض دون إعاضة هذا الاستئصال بالهرمونات المناسبة . لا تترافق هذه الحالة إلا بأعراض قليلة ، ويمكن اعتبارها شكلاً من الأوب الفيزيولوجي الذي يصيب أعضاء التناسل الظاهرة عند التقدمات في السن ، إنما متفاوتاً قليلاً .

الحدوث : تحدث هذه التبدلات عند حوالي ١٥٪ من النسوة في سن الشيخوخة .

الموجودات السريرية : يصاب الشفران الصغيران والبظر والسطحان الداخليان للشفرين الكبيرين بضمور مترقي . كما تصبح المخاطية المهبلية جافة . إلا أن التصلب والطلوان يكونان غائبين ، وتظهر في منطقة الركب حاصات وأشعار رمادية .

الأعراض : من الممكن أن تحدث حكة خفيفة .

التشريح المرضي النسجي : تبدي المقاطع النسجية تبدلات ضمورية مرتبطة بالعمر وهي : ترقق الظهارة ، وضمور نسيج الضام . أما تلك التبدلات الموحية بالحزاز التصليبي الضموري فهي غائبة .

المعالجة : تتم بالتعاون مع الطبيب النسائي . يفيد تطبيق الرهيمات الدسمة أو المطريات ، وكذلك المستحضرات الموضعية المحتوية على الأستروجينات ، فالتبدلات المهبلية تستجيب للاستروجينات الموضعية . كما يمكن استعمال المستحضرات موضعية المحتوية على الهيبارين أو الهيبارينويد Heparinoid لفترة ضويلة من الزمن .

الحزاز التصليبي والضموري على الفرج Lichen Sclerosus et Atrophicus Vulvae :

تم استعراض هذا الاضطراب بإسهاب في مبحث تبكل

الجلد وضمورات الجلد الثانوية الأخرى في الفصل الثامن عشر . تصاب الناحية الشرجية التناسلية في حوالي ٦٠ - ٨٠٪ من الحالات . ويوضع التشخيص بسهولة لدى رؤية الآفات المثقبة الوصفية Keyhole Lesions في الناحية حول الشرج والفرج (راجع الشكل ٣٥ - ١) ، ومع ذلك فإنه يستطع إجراء الفحص النسجي دوماً .

إكزيمة الفرج Eczema of the Vulva :

داء جلدي حاك بشدة ينجم عن أسباب مختلفة متعددة . قد تحدث هذه الإكزيمة في سياق النسيج المهلي ، أو التهاب الجلد الترخشي المزمن الناجم عن الإفراط في النظافة الشخصية ، أو الأرجية بالتماس ؛ ومع ذلك فإن معظم حالات إكزيمة الفرج عبارة عن شكل خاص من التأتب (الإكزيمة الفرجية التأتبية) ، وتميل هذه الإكزيمة للتحزز .

التشخيص التفريقي للاضطرابات التي يمكن أن تصيب الفرج :

بصرف النظر عن قابلية الشفرين الكبيرين للتوذم سريعاً في سياق التفاعلات الالتهابية ، فإن الآفات الجلدية المتوضعة على السطحين الخارجيين لهذين الشفرين لا تختلف عن تلك التي تحدث في أي مكان آخر من الجلد . أما السطحان الداخليان للشفرين الكبيرين ، والشفرين الصغيرين ، ومدخل المهبل فإنها تكون مستورة بأغشية مخاطية أو جلدية مخاطية . ولذا فإن الحطاطات الحقيقية لا تحدث في هذه الأماكن بل تتجلى بأشكال بقعية . إضافة إلى ذلك ، فإنه يمكن للعديد من الاضطرابات في هذه الناحية أن تُحجب بالنسيج المرافق أو المذح . هذا ومن الضروري إجراء الفحص النسجي في معظم الحالات لتأكيد التشخيص المشكوك به .

ونستعرض فيما يلي التشخيص التفريقي لاضطرابات الفرج المزمنة اللا تفرجية :

التبقع الأبيض Leukoplakia :

- البهق .
- الطلوان .
- الحزاز التصليبي الضموري .
- الحزاز المسطح .
- الحزاز البسيط المزمن .
- داء المبيضات .

التبقع الأحمر Erythroplakia :

- التنسج الأحمر لكيرات Queyrat .
- داء بوفن .
- الحطاطات الفرجية البوفنانية .

-داء باجت خارج الثدي .

- الحزاز المسطح .

- الطفوح الدوائية الثابتة .

- التهاب الفرج المزمن المحدد السليم بالخلايا المصبورية .

- الحبيبوم الحمض .

- السرطانة الفرجية الباكرا .

- كثرة المنسجات X .

التبقع الأسود *Melanoplakia* :

- الوعـاؤوم الدموي المخثـور Thrombosed

- Hemangioma .

- الملانوم الخبيث .

- الوحمة الزرقاء .

- الشاماة .

- وحة الخلايا الوحمة والصبغية *Nevus nevocellularis et*

- Pigmentosus .

الإنتباز البطاني الرحمي *Endometriosis* :

التعريف : مخاطية رحمية منتبذة خارج التوضع الفيزيولوجي .

يحدث عند النساء في سن النشاط التناسلي ، وقد سجلت عدة حالات عند الرجال أيضاً .

السيببات : مجهولة .

الإمراض : تظهر في أعضاء مختلفة بنى نامية تحاكي الغدد

والسدى *Stroma* الموجودة في بطانة الرحم . ووفق توضع

المخاطية المنتبذة فإنه يجب التمييز بين الإنتباز البطاني الرحمي

التناسلي الخارج الرحمي و الإنتباز البطاني الرحمي خارج

أعضاء التناسل . فالأول يحدث في المبايض ، والأربطة

الرحمية ، والأبواق ، والحوض الصغير . ويحدث الثاني خارج

الحوض الصغير .

تعد البطانومات الرحمية *Endometriomas* من الأورام
السليمة ، وهي عبارة عن كيسات بطانية رحمية . وغالباً ما
تتلىء هذه الكيسات بدم قديم وبمكونات لها لون القطران أو
اللون البني القاتم (لون الشيكولاتة) ، بشكل يشابه النزف
الحاصل في الجسم الأصفر .

الموجودات السريرية والتشخيص : لن نستعرض هنا إلا
شكلاً نادراً من الإنتباز البطاني الرحمي يتوضع في المهبل أو
الندبات الجلدية . يمكن أن تنزاح البطانة الرحمية أثناء الجراحة
(العمليات الجراحية المجراة في أسفل البطن أو ناحية الحوض ،
العملية القيصرية) ، حيث تنزاح مخاطية الرحم أو مخاطية البوق
إلى هذه المواضع . الآفات عبارة عن حطاطات أو عقيدات
كيسية متعددة أو مفردة ، يتراوح قطرها بين ٥ ملم و ٣ سم أو
أكثر ، وتتلازق في الغالب لتشكيل لطخات . يتفاوت لون
الآفات من الأحمر الداكن إلى الأزرق - الأسود أو البني .
يسبب الإنتباز البطاني الرحمي أعراضاً متنوعة ، لها علاقة بدورة
الحيض عادة : عسر طمث ، وألم دوري في أسفل البطن ،
وعسر الجماع ، وحركة أمعاء مؤلمة . ومن الشائع حدوث
عقم ثانوي . أما عند الرجال فالمكان الأكثر شيوعاً لتوضع
الإنتباز البطاني الرحمي هو الموتة . ويبدو أن المعالجة الطويلة
الأمد بالاستروجينات تعد شرطاً مسبقاً لنشوء مثل هذا
الإنتباز . كما وصف حدوث الإنتباز البطاني الرحمي الجلدي
وتحت الجلدي على ندبات في السرة والأطراف . هذا ومن
الممكن أن تنشأ أورام خبيثة على آفات الإنتباز البطاني الرحمي .

التشريح المرضي النسجي : تلاحظ في المقاطع غدد وسدى
المخاطية الرحمية .

المعالجة : يعطى الدانازول *Danazol* بجرعة ٦٠٠ ملغ/يوم أو
يمكن إزالة الآفات جراحياً .

الفصل السادس والثلاثون

الأمراض الجلدية في الحمل

Skin Diseases in Pregnancy

أ. د. صالح داود ، د. هالة الجابر

تؤثر التبدلات المناعية والهرمونية والاستقلابية الشديدة التي تحدث أثناء الحمل في الجلد ، وقد تعبر عن نفسها بتبدلات في جلد والأغشية المخاطية .

التبدلات الفيزيولوجية :

وتتضمن فرط تصبغ معمم يصيب بشكل خاص الحلمة ولأعضاء التناسلية ، والخط الأسمر والكلف (القناع الحلي) . وليست الفزرة الخطية (علامات للحمل) وعلامات تمدد سوى مظاهر نموذجية أخرى . وقد يوجد أحياناً ميل لفرط الأشعار واضطراب الجهاز الوعائي الذي يتظاهر بخشامى الراحية أو الوحمة العنكبوتية (العنكبوت الوعائي Vascular Spider) .

اعتبارات في معالجة الأمراض الجلدية في الحمل :

من الأهمية بمكان تجنب أي إجراء علاجي ما لم يكن ضرورياً . حيث أنه من الصعب إقناع الأم الشابة أن الورم وعائياً أو التشوهات الأخرى التي تظهر لدى ولدها غير متعلقة بالمعالجة التي وصفها الطبيب أثناء الحمل . كما أن الأدوية المستخدمة في المعالجة قد تؤثر على الجنين عندما يمتصها الجسم . لذلك يجب تجنب المعالجة أثناء الحمل ما أمكن والاقصار على معالجات الموضعية التي تحتوي أساساً مثل محلول الزنك أو معجونة الزنك ... إلخ . ويجب تجنب إضافة المواد الأخرى مثل أملاح الزئبق ، وحمض الصفصاف ، والفينول ، والمنتول لأن تطبيقها على مساحات واسعة تؤدي إلى تأثيرات سمية بسبب نفوذها .

أما الاستطبابات الستيروئيدات الموضعية ومضادات استطبابها لدى المريضة الحامل وغير الحامل فهي متماثلة . ويجب أن نتذكر أن تطبيق الستيروئيدات القوية المتكرر على مساحات كبيرة قد يؤدي إلى تثبيط قشر الكظر عند الحوامل أيضاً .

وعلى الرغم من أن الستيروئيدات الجهازية ليست ماسخة فهي توصف في حالات الضرورة القصوى فقط . ويجب تجنب مضادات الهيستامين مثل تري بروليدين Triprolidine وافيديروكسيزين Hydroxyzine والسيبروهيبتادين Cyproheptadine أثناء الحمل أيضاً . ولم يتم تقييم التأثيرات

الدوائية للكالسيوم والفيتامين ب على الأم والجنين بشكل كامل بعد . ويحتمل حدوث الانسحاب الجنيني بالفيتامين د . ويؤثر التتراسكلين على الإثغار (التسنين) بشكل دائم ولهذا لا يستطب في الحمل . أما الريفينويدات فماسخة ولا تستعمل في الحمل إطلاقاً .

الاضطرابات الجلدية غير النوعية في الحمل : Nonspecific Skin Disorders in pregnancy

قد تصاب المريضات الحوامل وغير الحوامل بأي اضطراب جلدي ، غير أن الحمل يسبب حالات جلدية معينة خاصة به .

ولقد أظهرت الخبرة في ميدان أمراض الجلد تحسن بعض الاضطرابات الجلدية المحددة أثناء الحمل مثلها : التهاب الغدد العرقية المقيح (العد المقلوب) ، والصداف الشائع (في نصف المرضى تقريباً) ، وبشكل أقل الغرناوية (الساركويد) وداء فوكس فوردايس Fox – Fordyce .

أما الأمراض التي يمكن أن تتفاقم أثناء الحمل فهي الملانوم الخبيث ، والنخالية الوردية ، وتقحح الجلد الوجهي والحمامي عديدة الأشكال ، والذئب الحمامي المجموعي ، والأفحاج بالمبيضات (وخاصة المذح بالمبيضات والتهاب المهبل بالمبيضات) إضافة إلى الورم الليفي العصبي ، والجذام ، والبرفيرية الجلدية الآجلة .

الاضطرابات الجلدية النوعية في الحمل :

يوجد مجموعة صغيرة من الجلادات التي تحدث أثناء الحمل فقط وتدعى الجلادات الحملية . وهي تتضمن الحكمة الحملية ، والحلأ الحلي ، والقوباء الحلقية الشكل ، والتهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي الحلي ، واللويحات والحطاطات الشروية الحاككة أثناء الحمل . وسوف نستعرضها في الشكل ٣٦ - ١ .

الحكمة الحملية Kehrer] Pruritus Gravidarum : [1907

المرادفات : الحكمة في الحمل .

التعريف : حكة معممة تحدث في الأسابيع أو الأشهر الأخيرة من الحمل ، وتختفي بعد الولادة . وتعزى إلى الركودة الصفراوية لدى النساء المؤهبات ، وقد ترافق الحالات الشديدة باليرقان .

الحدوث : الحكمة عرض متعدد الآليات والأسباب ويجب أن نتحرى الأسباب بدقة في الحمل كما هو الحال في الأوقات الأخرى . وتقدر نسبة حدوثها في ألمانيا بنسبة ٠,٠٢ - ٢,٤٪ من النساء الحوامل ، و ٣٪ في اسكتلندا و ١٤٪ لدى الهنود

الأمريكان في تشيلي . ولا يعرف ما إذا كانت هذه الاختلافات ناجمة عن العوامل الوراثية .

الإمراض : تعزى الحكمة الحملية إلى الركودة الصفراوية لدى النساء ذوات الأهبة الوراثية . وقد تكون الحكمة عابرة . تزول بعد الوضع ، ولكنها قد تعود للحدوث في الحمل التالية . وقد تعمل الستيرويدات الاستروجينية أو الابتنائية Anabolic على تحريض هذا الشكل من الحكمة .

الموجودات السريرية : تبدأ الأعراض في الثلث الأخير من فترة الحمل عادة . وتكون الحكمة موضعة في البدء حيث تصيب البطن أو الأرداف مثلاً ثم لا تلبث أن تتعمم بالرغم من أنها قد تختلف في شدتها . ولا تظهر على الجلد علامات سوى خدوش الحكمة فقط . وليس ثمة آفات بدئية أو ثانوية تشير إلى وجود اضطراب جلدي نوعي .

الأعراض : غالباً ما يوجد القهم والغثيان ، والإقياء أحياناً ، وقد يحدث يرقان صفراوي نموذجي بعد بدء الحكمة بـ ٢ - ٤ أسابيع تقريباً في حالات غير قليلة . و يترافق ذلك مع ضخامة كبد وبول غامق وبراز فاتح .

الموجودات المخبرية : ترتفع المستويات المصلية لليليريين والفوسفاتاز القلوية و γ -GT في حين تكون LDH و SGOT و SGPT طبيعية أو مرتفعة قليلاً . ويميل زمن البروترومين للتطاول .

الإنذار : حسن . وتميل الحكمة للزوال في الأيام القليلة التالية للوضع (في أقل من أسبوعين عادة) ولا يوجد تأثيرات جانبية على الجنين .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : لا تعطي مضادات الهيستامين سوى فائدة قليلة . ويجب تجنب التري بربوليدين والهيدروكسيزين والسيبروهيتادين في حين لا تعتبر مضادات الهيستامين الأخرى مثل تري بيلينامين Tripelenamine أو دي فينيدرامين Diphenhydramine مضاد استطباب في الحمل . ينصح بالكولسترامين وهو بديل شاردني تركيبي يرتبط بالحموض الصفراوية في الأمعاء ويزيلها من الدوران الكبدي الداخلي .

المعالجة الموضعية : مضادات الهيستامين على شكل هلام ، محلول الزنك مع إضافة مبنج موضعي (بوليدوكانول ٢٪ - ٥٪) ، واستخدام الزيوت في الحمام . ولا تطبق المستحضرات الحاسوبية على الفينول والليمون لأنها تسبب خطورة من جراء امتصاصها .

الحلأ الحملية Herpes Gestation :

هو جلاد حملي يتألف من اندفاعات جلدية فقاعية عديدة الأشكال حاككة بشدة ذات ميل للنكس . تحدث عادة في الثلث الثاني للحمل وتعتبر مرضاً مناعياً ذاتياً . وقد ورد ذكره في مبحث الحلأ الحملية في الفصل الخامس عشر .

القوباء الحلئية الشكل Impetigo Herpetiformis
[Hebra 1872] :

تتألف القوباء الحلئية الشكل من طفوح بثرية معممة يقتصر حدوثها على الحمل تقريباً ، ولذلك كانت تعتبر سابقاً من جلادات الحمل . شوهدت أيضاً لدى النساء غير الحوامل ولدى بعض الرجال . ترافقت في بعض المرضى مع نقص نشاط الدرقية . وتعتبر القوباء الحلئية الشكل في هذه الأيام نوعاً من الصدف البثري المعمم ، ويفسر حدوثها أثناء الحمل بأنها حالة يمرضها الحمل (الفصل ١٥) .

التهاب الجلد الروجستروني المناعي الذاتي في الحمل
Autoimmune Progesterone Dermatitis of pregnancy
[Bierman 1973] :

التعريف والحدوث : اضطراب جلدي نادر جداً ، عدي الشكل غير حاك ناجم عن فرط الحساسية نحو الروجسترون داخلي المنشأ . ترافق الحالة مع نقص وزن ملحوظ ونسبة وفيات عالية .

الإمراض : السبب هو فرط حساسية نحو الروجسترون ، وتبدي الاختبارات داخل الجلد بالإستروجينات والروجسترونات تفاعلات إيجابية ملحوظة مع حدوث خراجات مؤلمة في أماكن حقن الروجسترون . ويكون الومضان المباشر وغير المباشر سلباً ولا يكشف أضداداً خلطية .

الموجودات السريرية : يكون البدء حاداً في الأسبوعين الأولين للحمل ويتجلى بطفح حطاطي ، وحطاطي بثري عدي الشكل غير حاك مع زؤانات . وقد تتجمع الحطاطات ، وتحدث عادة في الجريبات الشعرية . وهي قاسية تتراوح أقطارها بين ٠,٥ - ٢ مم . لا يوجد تحوصل ولا تسحج ولكن قد يحدث توسف صدافي الشكل . أما فرط التصبغ فهو شائع ، وأماكن التوضع المتقاة هي الأطراف والأرداف .

الأعراض : قد يحدث التهاب مفاصل .

الموجودات المخبرية : تكون سرعة التثفل مرتفعة قليلاً وتزداد مستويات IgM و IgG وقد يحدث كثرة الحمضات أحياناً .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد رشاحة بشروية وأدمية ، جريبية جزئياً متوسطة الكثافة ، تتألف بشكل خاص من الحمضات والمفاويات والمنسجات .

المس : تكون نسبة وفيات الأجنة عالية وتنتهي هذه الإصابة بالإجهاض حيث تشفى الآفات بعد ذلك . قد تنكس الآفة خلال الحمل التالية أو بعد تحريضها بموانع الحمل الفموية على شكل آفات عدية مترافقة باضطرابات مفصلية عديدة .

التشخيص التفريقي : يفرق عن العد الشائع الشديد ، والطفح لنوائي العدي الشكل ، والجلاد البرومي ، كما يفرق عن جلادات الحمل الأخرى بواسطة القصة الدقيقة (لا توجد حكة) والخزعة .

المعالجة : لا يوجد معالجة كافية معروفة ، المعالجة عرضية لآفات الجلدية ويستشار طبيب النسائية .

الحكاك الحملي [Prurigo Gestationis] Besnier 1904 :

التعريف : يدل تعبير الحكاك الحملي على مجموعة من الاضطرابات الجلدية المختلفة عن بعضها تماماً . وتتألف جميعها من طفح حاك بشدة وتحدث بشكل عام في الثلث الثاني من الحمل أو بعد ذلك . وقد تأخذ شكل حكاك بسيط تحت حاد خلال الحمل .

ويجب تفريقها عن الأشكال الأخرى من الحكاكات مثل التهاب الجلد الحلي الشكل (داء دورينغ Duhring) ، أو التهاب الجلد التأتبي أثناء الحمل . لا يتأثر الجنين بهذه الآفة .

المعالجة : يجب أن تقتصر المعالجة على الإجراءات المضادة للحكة إن أمكن ذلك . نادراً ما تتطلب المعالجة بالستيروئيدات جهازياً .

اللوبحات والحطاطات الشروية الحاكّة في الحمل [Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy] Lawley ورفاقه 1979 :

التعريف : اضطراب جلدي حاد جداً يبدأ في الثلث الأخير من الحمل ويتميز بلويحات وحطاطات شروية تبدأ على البطن ، وتختفي الآفات بعد الوضع .

الحدوث : داء نادر ، وقد اعتبر ماثلاً للطفح السمي للحمل (Bourne 1962) وقيل أيضاً بأنه يشبه النماذج عديدة الأشكال من الحكاكات (Prurigo) الحملية (النموذج المتأخر) ، وبسبب صعوبة التمييز بين هذه الأمراض الثلاثة بشكل مؤكد وفقاً لمعايير نسجية أو سريرية فقد اقترحت عبارة الاندفاع

عديد الأشكال للحمل في تسمية هذا الداء . (هولمز ورفاقه 1982 Holmes) .

الإمراض : غير معروف ، ويحتمل وجود تفاعل أرجي متأخر ، ولا توجد اضطرابات هرمونية .

الموجودات السريرية : تتألف من حطاطات ولويحات متوزمة حامية تتوضع على البطن في البدء ، ثم تنتشر للفخذين والردفين والذراعين والأقسام الجانبية من الجذع خلال أيام . التسحجات غائبة عادة . تشفى الاندفاعات الحاكّة بشدة خلال أيام عديدة . وليس ثمة موجودات مخبرية غير طبيعية ، إلا أن الغرر الحملية (علامات التقدم) شائعة .

الأعراض : الحكة فقط . وقد تكون شديدة .

التشريح المرضي النسيجي : لا يوجد تبدلات نسجية شديدة في الأدمة ، تبدي الأدمة الشبكية السطحية وذمة ورشاحة بالمفاويات والمنسجات حول الأوعية ، وذمة في الحليات الأدمية . وقد توجد حمضات في بعض الأحيان . ونادراً ما يحدث سفاج محدد وخطل تقرن وقد تمتد الرشاحة إلى الطبقات العميقة من النسيج الأدمي .

المضاعفات : وجدت ترسبات المتممة C3 في الأوعية الدموية الأدمية .

المس : تختفي الآفات بعد الوضع . ونادراً ما تنكس الحالة خلال الحمل التالي . ولم يلاحظ وفيات الأجنة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق هذا الداء عن الحماسي عديدة الأشكال ، والاندفاع الدوائي عديد الشكل ، والحكة الحملية ، والأشكال الحكاكية من التهاب الجلد التأتبي ، والتهاب الجلد الحلي الشكل ، والحلأ الحملي ، والتهاب الجلد الحطاطي في الحمل .

المعالجة : تستخدم معالجات ملطفة فقط .

المعالجة الجهازية : تستخدم الستيروئيدات السكرية أحياناً وفي الحالات الشديدة بجرعات معتدلة ٢٠ - ٤٠ ملغ بريدنيزلون يومياً .

المعالجة الموضعية : محلول الزنك (يخض قبل الاستعمال) مع إضافة مبنجات موضعية مثل بوليدوكانول ٢ - ٥٪ أو اكينول ٥٪ . وقد تؤخذ التراكيز المنخفضة من الستيروئيدات بعين الاعتبار في المعالجة الموضعية .

التهاب الجلد الحطاطي في الحمل [Papules Dermatitis of Pregnancy] Spangler ورفاقه 1962 :

التعريف : يحدث هذا الجلاد النادر لدى ١ من بين ٢٥٠٠

حمل . ويتظاهر باندفاعات يومية مؤلفة من بعض الحطاطات الحاككة بشدة تظهر في أي مكان من الجلد بما فيه الوجه ، ثم تختفي بسرعة .

الموجودات السريرية : الآفة البدئية هي حطاطة مصلية . وقد تتطور نتيجة للحمل إلى آفة منتشرة نازفة بشكل ثانوي . تميل للشفاء خلال ٧ - ١٠ أيام تاركة فرط تصبغ تال للالتهاب . ويعتقد أن الداء يحدث في أي وقت بين الشهر الأول والشهر الأخير من الحمل ويختفي مباشرة بعد الوضع .

والمظهر الهام هو زيادة مستويات الحاثات التناسلية المشيمية البشرية في البول حتى ٢٥٠٠٠ - ٥٠٠٠٠٠ وحدة . وتكون التأثيرات المعاكسة على الجنين في ٢٧٪ من الحالات على شكل إجهاضات أو إملاص ، وربما كان ذلك بسبب قصور المشيمة . هذا وإن الإجابة على السؤال ما إذا كانت هذه الحالة حالة مرضية مستقلة لم تكتمل بعد . فقد تكون شكلاً من الحكاك البسيط الحاد خلال الحمل ناجماً عن الأرج تجاه المستضدات المشيمية غير الطبيعية .

المعالجة : قد تستخدم الستيروئيدات السكرية الجهازية . وتتطلب الحالة التعاون مع اختصاصي التوليد .

الحمامى العقدة الحملية Erythema Nodosum Gravidarum [بومبارديري ورفاقه Bombardieri 1977] :

المرادفات : الحمامى العقدة في الحمل .

التعريف والمظاهر السريرية : حالة نادرة جداً إلا أنها تفاعل جلدي نوعي في الحمل يتطور خلال الثلث الأول من الحمل . أو بداية الثلث الثاني منه على شكل عقيدات حمامية ذات توضع وشكل نموذجيين . لم توجد لها علاقة بالأدوية أو بالأمراض الحمجية .

وتتطور أحياناً آفات جلدية مماثلة خلال الحمل التالية أو عند تناول مانعات الحمل القموية . ولذلك يبدو أن هذا الداء جلاد نوعي للحمل .

المعالجة : تستخدم الستيروئيدات الموضعية على شكل كريمات عند الضرورة .

الفصل السابع والثلاثون

الاضطرابات الجلدية الناجمة عن

اضطرابات استقلاب الشحم

Skin Disorders Caused by

Disturbances of Lipid

Metabolism

د . محمد دلة

الجدول ٣٧ - ١ : تسمية البروتين الشحمي وطريقة التحليل

الرحلان الكهربائي	التبيذ الفائق
الدقائق الكيلوسية	الدقائق الكيلوسية
البروتينات الشحمية - قبل	VLDLs (البروتينات الشحمية وضيعة الكثافة)
البروتينات الشحمية - بيتا	LDLs (البروتينات الشحمية خفيفة الكثافة)
البروتينات الشحمية - ألفا	HDLs (البروتينات الشحمية رفيعة الكثافة)

تحتوي البروتينات الشحمية وضيعة الكثافة VLDLs بشكل رئيسي الصمغ البروتيني apo - B100 و apo - C ، أما البروتينات الشحمية خفيفة الكثافة LDLs فتحتوي على الأغلب apo - B100 فقط ولا يوجد فيها غالباً أي apo - C ، والبروتينات الشحمية رفيعة الكثافة HDLs غنية خصوصاً بـ apo - A . إن الصمغ البروتيني A هام جداً لاستقلاب HDL وهو عامل واقٍ ضد المرض الشرياني الإكليلي . والصمغ البروتيني B أساسي لتركيب ونقل ثلاثيات الغليسيريد . ويملك أيضاً دوراً في ارتباط LDLs إلى مستقبلات غشائية نوعية - مستقبلات E و apo - B - خلايا خارج كبدية وكبدية . إن الصمغات البروتينية C بروتينات فعالة وظيفياً : apo - C_I يُفعل ناقله ليسيتين - كولستيرول أسيل المتداخلة بأسترة الكولستيرول ، و apo - C_{II} يُفعل ليباز البروتين الشحمي التي تُحفز حلمة Hydrolysis الدقائق الكيلوسية Chylomicrons و VLDLs ، و apo - C_{III} يبط هذا الانظيم . ويتم التحكم بتركيب الصمغات البروتينية في الكبد عن طريق توفر الكولستيرول وثلاثيات الغليسيريد . ويمكن أن تتبدل هذه الحالات جوهرياً في الظروف المرضية . (راجع الجدول ٣٧ - ٢) .

ومن المعروف أن ثلاثيات الغليسيريد التي تركيبها خلايا المخاطية المعوية تصل إلى الكبد على شكل دقائق كيلوسية بطريق اللمف والدم . وتُنقل VLDL المتشكلة في الكبد ثلاثيات الغليسيريد - وتتركب أيضاً في الكبد - ثانية إلى النسيج الشحمية المحيطة عن طريق مجرى الدم . يتم تحلُم أجزاء ثلاثي الغليسيريد بواسطة ليباز البروتين الشحمي ، وفي غضون ذلك تنقلب VLDLs عبر مراحل متوسطة - البروتينات الشحمية متوسطة الكثافة - إلى بروتينات شحمية أعلى كثافة وذات مستويات أعلى من الكولستيرول أي إلى LDLs والتي وظيفتها

الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات

استقلاب الشحم المجموعية

Skin Disorders Caused by Systemic Lipid Metabolism

: Disturbances

الفيزيولوجية المرضية : من المعروف منذ أمد طويل أن شحميات المصورة لا تُؤلف صنفًا وحيد الشكل من المواد . ويمكن أن تُميز أجزاء عديدة على أساس البنى الكيميائية ؛ وأكثرها أهمية ثلاثيات الغليسيريد Triglycerides ، والكولستيرول (بشكله الحر والمُؤسّر) ، والشحميات الفسفورية ، والحموض الدسمة الحرة . ولا توجد شحميات مصورة بشكلها الحر ولكنها تُربط بالبروتينات وتنقل بواسطتها . وفي حين أن الحموض الدسمة الحرة يمكنها أن ترتبط بالألبومين ، فإن ثلاثيات الغليسيريد والكولستيرول (الحر أو مُؤسّر) والشحميات الفسفورية تُشكّل معقدات أكبر مع ما يُسمى الصمغات البروتينية Apoproteins ، وهذه تُدعى بالبروتينات الشحمية . ويمكن بمساعدة الرحلان الكهربائي Electrophoresis والتبيذ الفائق Ultracentrifugation تمييز أربعة أنواع رئيسية من بروتينات المصورة الشحمية . وتختلف هذه عن بعضها البعض على وجه الخصوص بخواصها الفيزيائية - الكيميائية المتعلقة بمعدلات هجرتها في الرحلان الكهربائي ، وبكثافتها البصرية ، وثوابت تنفّلها ، ومحتواها من الصمغات البروتينية بالإضافة إلى ثلاثيات الغليسيريد ، والكولستيرول ، والشحميات الفسفورية .

ويبين الجدول ٣٧ - ١ تسمية البروتينات الشحمية بالارتباط مع طريقة التحليل .

توجد الصمغات البروتينية المختلفة الهامة ، كبروتينات حاملة أو لوظائفها الاستقلابية ، في البروتينات الشحمية المختلفة بكميات متغيرة (راجع الجدول ٣٧ - ٢) .

الجدول ٣٧ - ٢ : الخصائص الفيزيوكيميائية للبروتينات الشحمية

الرحلان الكهربائي	الحجم (م)	المكونات الشحمية الرئيسية (%)	الصمغيات البروتينية	الرحلان الكهربائي	التبديد الفائق
دقائق كيلوسية	١٠٠ - ١٠٠٠	ثلاثي غليسيريد ٨٥ - ٩٠	C, B, A		$d < 0.95 \text{ g/ml sf}$ $400 - 10^5$
بروتينات شحمية - قبل بيتا	٣٠ - ٧٠	ثلاثي غليسيريد ٥٠ كولستيرول ١٩	C, B, (A)		(VLDL) $d < 1.00$ $\text{g/ml sf } 20 - 400$
بروتينات شحمية - بيتا	١٥ - ٢٥	كولستيرول ٤٥	(A), B		(LDL) $d 1006 -$ $1063 \text{ g/ml sf } 0 - 20$
بروتينات شحمية - ألفا	٧,٥ - ١٠	شحميات فسفورية ٣٠ (بروتينات ٥٠)	(C, B), A		(HDL) $d 1.013 -$ 1.21 g/ml

الدم الشحمية وتصنيفها مؤقتاً فحسب وذلك بفحص المصورة ومعايرة ثلاثيات الغليسيريد والكولستيرول في المصورة بعد الصيام لأن أجزاء البروتين الشحمي تختلف كثيراً في الشحميات المختلفة التي تحتويها . فالدقائق الكيلوسية غنية بثلاثيات الغليسيريد الخارجية المنشأ ، والبروتينات الشحمية - قبل بيتا (VLDLs) غنية بثلاثيات الغليسيريد الداخلية المنشأ . وتحوي البروتينات الشحمية - بيتا (LDLs) من جهة أخرى مستويات عالية من الكولستيرول ، والبروتينات الشحمية - ألفا (HDLs) تحوي مستويات عالية من الشحميات الفسفورية . وباعتبار أن عكر المصورة يرتبط بشكل رئيسي بحجم جزيئات البروتين الشحمي فإن المستويات العالية من الدقائق الكيلوسية الكبيرة نسبياً و VLDLs تؤدي إلى مصورة غيمية ، في حين تترافق زيادة LDL الغنية بالكولستيرول بمصورة صافية .

علامات : يمكن لأي من العلامات التالية أن توجه طبيب الجلد للاشتباه بوجود فرط بروتينات دم شحمية بدئية أو ثانوية :

- لويحات صفراء جفنية .
- قوس قرنية شحمانية Arcus Lipoides Corneae (قوس شيخوخة) .
- أجناد النقرس Tophi of gout .
- مرض وعائي محيطي .
- تبدلات في المفاصل (نقرس) .
- حالة تغذوية (بدانة) .

وحالما يشتبه بوجود فرط بروتينات دم شحمية فمن الأمور الأساسية أخذ قصص عائلية وشخصية مفصلة للمرضى بشأن فرط بروتينات الدم الشحمية ، والداء السكري ، والبدانة ،

الرئيسية هي نقل الكولستيرول . وتنجل مع الخلايا بواسطة مستقبلات نوعية موجودة على غشاء الخلية وتطلق إلى داخل الخلية بحملتها بالجسيمات الحالة . ويعرف جيداً أن LDLs تتراكم في بلاعم الجدار الشرياني وتلعب دوراً في تشكل العصيدة Atheroma (التصلب العصيدي Atherosclerosis) . وأخيراً ، تقوم HDLs بدور الحماية من فرط الكولستيرول الحر وذلك بمساهمتها في عودة نقل الكولستيرول ثانية إلى الكبد . لذا فالمستويات العالية من HDL تعني خطراً منخفضاً نسبياً للإصابة بالمرض الشرياني الإكليلي .

لقد أظهرت دراسات فريدريكسن Frederickson وصحبه (١٩٦٧) ودراسات شتler Schettler وصحبه (١٩٧٦) أنه يمكن أن ترتفع مستويات واحد أو أكثر من أجزاء البروتين الشحمي كنتيجة لاضطرابات استقلابية خلقية أو مكتسبة .

تصنيف فرط بروتينات الدم الشحمية Classification of the Hyperlipoproteinemias :

النمط الأول	فرط الدقائق الكيلوسية بالدم
النمط الثاني « آ »	فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا
النمط الثاني « ب »	فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا وفرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا
النمط الثالث	مرض بيتا الواسعة
النمط الرابع	فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا
النمط الخامس	فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا وفرط الدقائق الكيلوسية بالدم

ومن خلال الممارسة ، من الممكن تشخيص فرط بروتينات،

الصفرومات : Xanthomas

الصفرومات عبارة عن أورام تفاعلية Reactive مصفرة تنجم عن تسرب بروتينات المصل الشحمية عبر جدران الأوعية ومن خلال الأكل Ingestion المحلي والالتقام الخلوي المتواسط بالمستقبلات من قبل البلاعم (الكُثَّاسَة) . والحالات المسببة للصفرومات هي :

- في معظم الحالات ، تراكيز مرضية للبروتينات الشحمية في المصورة .
- نفوذية غير طبيعية للجدر الوعائية .
- نفاذ بروتينات المصل الشحمية عبر الجدر الوعائية وترسيبها في النسيج الضام حول الأوعية .
- أكل Ingestion ومعاملة من قبل الخلايا المحيطة Pericytes والبلاعم المتراكمة .

وكنتيجة لإنجبال البروتينات الشحمية تتحول هذه الخلايا إلى خلايا رغوية متفجئة بغزارة . وتستقلب بروتينات المصل الشحمية وتقوض ضمن هذه الخلايا الرغوية . وتمتلك الخلايا الرغوية بما يوافق ذلك التجهيزات الملائمة من إنزيمات الجسيمات الحالة . وتملك الصفرومات المتطورة حديثاً نفس نوعية طيف البروتين الشحمي كالدّم تقريباً . وفيما بعد ، يحدث تراكم لأسترات الكولستيرول ، والكولستيرول (إبر Needles) ، والشحميات الفسفورية (أشكال نخاعية Myelin) . وتكون بعض الصفرومات مفرطة بروتينات الدم الشحمية عكوسة . وسيرد لاحقاً تصنيف للصفرومات بناءً على مظاهرها السريرية والشكلية .

اللويحات الصفراء الجفنية *Xanthelasma Palpebrarum* :
لويحات غمطية صفراء توتية مسطحة طرية تميل للظهور أولاً على الجزء الأنسي للأجفان العلوية . وهي إشارات لتأذٍ موضعي باستقلاب الشحم دون وجود شذوذات مجموعية في استقلاب البروتين الشحمي أو زيادة بالبروتينات الشحمية - بيتا الغنية بالكولستيرول (LDLs) . (راجع الشكل ٣٧ - ١) .

الصفروم المسطح المتشتر *Xanthoma Planum*
Diffusum : يتألف من مناطق من الجلد مسطحة تماماً مصفرة اللون ناجمة عن انجبال الشحوم ضمن البلاعم . وهي تحدث بشكل رئيسي على الجذع وهكذا أخذت وصف اللويحات الصفراء الجسدية . ولا توجد أية آفات حطاطية أو عقيدية . ويحدث هذا الشكل في المرضى المصابين بلمفومات خبيثة أو نقيومات متعددة . ويمكن أن تشير إلى زيادة بالبروتينات الشحمية - بيتا (LDL) . (راجع الشكل ٣٧ - ٢) .

الصفروم الحديبي *Xanthoma Tuberosum* : تظهر

الكحوية ، والنقرس ، والمرض القلبي الوعائي ، والأدوية .
من معروف جيداً أنه إلى جانب ارتفاع ضغط الدم الشرياني .
Abuse النيكوتين ، فإن فرط بروتينات الدم الشحمية
يجب أن يحتر بمشابة عامل خطر من الدرجة الأولى لتطور
لأمراض ثقمية الوعائية التنكسية .

تشخيص : إن الحصول على عينات الدم بعد صيام لفترة
١٦ - ساعة أمر أساسي لتفادي الأطعمة الغنية جداً
للكربيد والدهون . وأكثر من ذلك فالعينات المرسلة
محمّرة يجب ألا تتألف من الدم الكامل بل فقط من المصل
محصرة .

ويتطلب تشخيص فرط بروتينات الدم الشحمية الإجراءات
تالية :

- فحص المصل : مصل صافٍ أو حليبي عكر أو ينفصل
حول ثليل .
- تحيل شحميات المصل مع معايرة الكولستيرول وثلاثيات
ثغبيريد .

ويجب أن تكون نتائج هذين الاستقصائين كافية وتسمح
بصنيف مؤقت لفرط بروتينات الدم الشحمية . وعلى أية
حال . يجب أن يتأكد ذلك بإجراء :

- شرحلان الكهربائي للبروتين الشحمي .
- معايرة كولستيرول HDL بتربيب البروتينات الشحمية
خاوية على الصميم البروتيني B - apo .
- تجزئة البروتين الشحمي بواسطة التنبيد الفائق . وهذه
لاستقصاءات مهمة فقط في حالات معينة ، مثال ،
تشخيص فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث .
- تقدير الإنزيمات حالة الشحم .
- تحيل الصميم البروتيني .
- استخدام صيغة Friedewald :

كولستيرول LDL = الكولستيرول الكلي

- (ثلاثيات الغليسريد الكلية + كولستيرول HDL)
5

(هنالك زيادة خطر المرض الإكليلي القلبي إذا كان
كولستيرول LDL < ١٥٠ مغ/دل) .

بإضافة لذلك ينصح بإجراء الاستقصاءات التالية : سكر
نم . واختبار تحمل الغلوكوز ، وفحص وظيفة الدرق (ثالث
يود التيرونين Triiodothyronine ، تيروكسين) ، والرحلان
كهربائي لبروتينات المصل ، ومعايرة مستويات حمض البول .

الصفرومات الحدية عادة بشكل متناظر على المرفقين والركبتين واليدين والقدمين ووترتي العرقوب *Achilles Tendons* . ويمكن أن تكون على شكل لويحات مسطحة أو نصف كروية ، أو عقيدات أو عقد صفراء إلى صفراء محمرة أو صفراء مزرقة والتي قد تصل لحجوم كبيرة . وما يميزها تطورها البطيء وانخفاض معدلات تراجعها . والصفرومات الحدية غطية وذات مستويات متزايدة من البروتينات الشحمية - بيتا (LDLs) ، وهي واصمة لفرط الكوليسترولية العائلي ، ومشيرة لزيادة خطر حدوث المرض الإكليلي القلبي . (راجع الشكل ٣٧ - ٣) .

الصفروم الطفحي *Xanthoma Eruptivum* : وهو عبارة عن أعداد كبيرة من الصفرومات الحطاطية الطفحية والتي يمكن أن تصبح منتشرة على الجسم خلال مدة قصيرة نسبياً (أسابيع) . والأماكن المنتقاة للإصابة هي المناطق الألوئية والسطوح الباسطة للأطراف . تكون الآفات صغيرة ومتناظرة على شكل حطاطات أو عقيدات صغيرة ، وذات لون أصفر فاتح ونحاط عادة بهالة التهابية . وتشير الصفرومات الطفحية لفرط الدقائق الكيلوسية بالدم أو فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا (VLDLs) ، أي زيادة ثلاثيات غليسيريد المصورة الخارجية أو الداخلية المنشأ . وتكون المصورة عكرة كالحليب وقد تشكل طبقة قشدية علوية . وتوجد زيادة خطر حدوث التهاب المفاصل . (راجع الشكل ٣٧ - ٤) .

الصفروم الراحي المخطط والصفروم الراحي الحطاطي *Xanthoma Palmare Striatum and Xanthoma Palmare Papulosum* : تتألف العلامات الأولى من تلوّن مصفر خطي في طيات كل من الراحتين (الاصفرار الراحي *Xanthochromia palmaris*) والمخطوط الإنعطافية للأصابع . وتصبح هذه المناطق فيما بعد متمسكة . وبالإضافة لذلك ، يمكن أن توجد آفات حطاطية صغيرة . وهذا الشكل من الصفروم غطوي لفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث مع أشربة بيتا واسعة (تراكم VLDLs) . ويحدث أيضاً على أية حال في حالات زيادة البروتينات الشحمية - بيتا (VLDLs) . وترتفع ثلاثيات غليسيريد المصورة الداخلية المنشأ في مثل هذه الحالات وتكون المصورة عكرة . (راجع الشكل ٣٧ - ٥) .

الصفروم الوترتي والمفصلي *Xanthoma Tendinosum et Articulare* : الأوتار المصابة بشكل رئيسي هي أوتار السطوح الانبساطية للمفاصل الإصبعية الدانية وعلى مغازر الأوتار الرضفية ووترتي العرقوب . وتفضل الصفرومات المفصالية مفاصل الأصابع . وهذه الصفرومات مؤثر أيضاً لفرط

بروتينات الدم الشحمية بيتا ويزداد بذلك كوليستيرول LDL . (راجع الشكل ٣٧ - ٦) . من الممكن بالتمييز الدقيق للصفرومات رسم استنتاجات بخصوص غط فرط بروتينات الدم الشحمية وبالتالي طلب الاختبارات الضرورية .

التشريح المرضي النسجي : الصفرومات عبارة عن أورام تفاعلية . والبنات الدقيقة متشابهة نسبياً في الأشكال المختلفة ولا تسمح بالتفرق الموثوق بينها . تتوضع خلايا لمفاوية وخلايا منسجة الشكل *Histiocytoid* حول الأوعية الدموية في محيط الصفرومات والتي تبتلع المادة الشحمية التي تذوب وتزول من الخزعة أثناء التثبيت مما يعطي للهويولى مظهراً رغوية . والخلايا الرغوية عبارة عن بلاعم مملكة بالمادة الشحمية المبتلعة . وهي تشكل المكونات الرئيسية للصفرومات . بالإضافة لذلك ، توجد خلايا توتون العملاقة *Touton giant Cells* الغطية ، وهي خلايا عملاقة تحوي المادة الشحمية . وتشتمل البنية المستدقة للشحيمات المبتلعة على فجوات مع بروتينات شحمية ، وبلورات كوليستيرول مزدوجة الكسر ، وشحيمات فسفورية والتي يمكن رؤيتها كأشكال نخاعية داخل هويولة ؛ وتوجد أيضاً حموض دسمة ودهن متعادل . وإن أنماط وكميات المواد الشحمية المختزنة لا تسمح بأي استنتاج فيما يخص نمط فرط بروتينات الدم الشحمية . وتتضمن المظاهر الأخرى ظاهرة التهابية مصاحبة في الصفرومات الطفحية بالإضافة إلى تفاعل تليفي مع زيادة التليف في الصفرومات الطويلة الأمد نسبياً .

المعالجة : يمكن للصفرومات المزعجة جمالياً أن تزال جراحياً . ومن الممكن أيضاً معالجة الصفرومات بحمض الخلي ثلاثي الكلور أو الجراحة الكهربائية . ويستعان بالجراحة الرائية للصفرومات التي تؤثر على الحركة (على وتر العرقوب مثلاً) . ومهما يكن ، فهي ترجع على الأرجح إذا لم تكن هناك معالجة كافية لاضطراب البروتين الشحمي .

التصفرم *Xanthomatization* : يطلق تعبير التصفرم على حدوث خلايا صفرومية (خلايا رغوية ، خلايا توتون عملاقة) في اضطرابات أخرى . ويمكن للصورة السريرية أحياناً ، نتيجة لتبدلات اللون المصفرة ، أن تُذكر بالارتشاحات الصفرومية . ويحدث التصفرم في داء كثرة المنسجات X (داء آبت - ليتزر - سيوي ، وداء هاند - شولزر - كريستيان) ، والفطار الفطرائي ، والحبيوم الحمض وداء كثرة المنسجات الشبكي متعدد المراكز ، وداء كثرة الشبكيات الحمض ، وأحياناً كثيرة نسبياً في أورام المنسجات والحبيومات الصفراء الشبكية .

الورام الأصفر *Xanthomatosis* : يرجع مصطلح ورام

صفر إلى حدوث أعداد كبيرة نسبياً من الصفرومات متوزعة بشكل متناظر عادة . ويميز تصنيف ثانهاوزر Thannhauser نساق بين أدواء الورام الأصفر مفرطة شحميات الدم ومفرطة كوليسترولية في الأشكال البدئية (العائلية) والثانوية . وقد سبذل هذا بتصنيف منظمة الصحة العالمية WHO الذي يقوم على الطرق الحديثة لتحليل البروتين الشحمي بالرحلان كهربيائي والتنبيذ الفائق للمصل . ويميز التصنيف بين حالات فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية العائلية وفرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية المكتسبة .

فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية العائلية : Primary Familial Hyperlipoproteinemias

تعزى هذه المتلازمات لاضطراب وراثي في استقلاب بروتين الشحمي . ويعتمد التشخيص في حالة إفرادية على نمط البروتينات الشحمية التي تحدث بكميات زائدة في منصورة أو ترسب في الأوعية الدموية .

فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الأول : Hyperlipoproteinemia Type I

المرادفات : عوز لليباز البروتين ، فرط الدقائق الكيلوسية بالدم لعائلي ، صفرومات منتشرة مع ضخامة كبدية طحالية مترافقة مع فرط شحميات الدم ، متلازمة بيرغر - غروتز - Burger - Grutz ، الورام الأصفر مفرط شحميات الدم الغامض Idiopathic ، فرط ثلاثيات غليسيريد الدم خارجية المنشأ .

التعريف : هو عبارة عن فرط الدقائق الكيلوسية بالدم مع ترسبات لبروتينات شحمية غنية بثلاثي الغليسيريد في الأعضاء لداخلية والجلد وسببه عوز وراثي بليباز البروتين الشحمي ويثار بالدهون المأخوذة مع الطعام .

الحدوث : نادر جداً . ويتنقل كحالة وراثية جسمية صاغرة . ويحدث بشكل مسيطر في الأطفال الصغار الذين يراجعون صبيب الأطفال بعلامات مغص بطني .

الإمراض : ينجم عن عوز وراثي بليباز البروتين الشحمي في خلايا البطانية الوعائية أو بارتباط ثلاثيات الغليسيريد مع صمام بروتينية معينة ، ولذلك يلي تناول الشحوم خارجية المنشأ استقلالاً غير كافٍ للدقائق الكيلوسية . ويؤدي هذا إلى تراكم الدقائق الكيلوسية ، وبالتالي ارتفاع مستويات ثلاثيات الغليسيريد في المنصورة وترسباتها في النسيج .

الموجودات السريرية : الصفرومات الطفحجية غمطية . وهي تميل لأن تظهر فجأة في الأماكن الانتقائية مثل الأكتين والفخذين والذراعين والظهر والوجه ويمكن أن تشمل أيضاً

المخاطية القموية . وقد تصبح الآفات متلاحقة .

وتشمل الأعراض الأخرى الألم في أعلى البطن الذي يرجح أن يكون بسبب التوتر المحفظي في الكبد والطحال ، والضحامة الكبدية الطحالية ، والتهاب المعشكلة ، ونقص تحلل الشحم بعد إعطاء الهيارين . ويكشف فحص قعر العين عن شبكية مفرطة شحم الدم .

المصل : حليبي Milky ويميل للانفصال (طبقة قشدية علوية) وترتفع ثلاثيات الغليسيريد والدقائق الكيلوسية ، وتنعدم أو تنقص ليباز البروتين الشحمي خارج الكبدية . ويكون الصميم البروتيني apo - A دون الطبيعي .

الإنذار : حسن إذا التزم المريض بالحمية المناسبة ، وفي هذه الحالة تميل الآفات الجلدية للاختفاء خلال أسابيع . ولا يزداد حدوث التصلب الشرياني (الورام العصيدي Atheromatosis) .

المعالجة : يستطب في حالات المغص البطني الامتناع عن الطعام والتسريب الوريدي للمحاليل الملحية إسموية التوتر Isotonic أو لمحاليل الغلوكوز ٥٪ ، وتعطى أيضاً المركبات أو المسكنات كمعالجة عرضية . وينصح بحمية طويلة الأمد تقوم على تحديد مقدار الدهون الطبيعية بالقوت بين ١٥ - ٣٠ غ يومياً كحد أقصى . ويجب أن تكون الدهون غنية بثلاثيات الغليسيريد متوسطة السلسلة . ويرتبط ارتفاع مستويات ثلاثي غليسيريد المنصورة حتى ١٠٠٠ مغ/مل بالآلام المغصية . وتبقى العوامل المقهمة Anorectic (المنقصة للشهية) عديمة الفائدة .

فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني (أ) : Hyperlipoproteinemia Type IIa

المرادفات : فرط الكوليسترولية العائلي ، فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ، الورام الأصفر بفرط الكوليسترولية العائلي الغامض ، فرط الكوليسترولية الأساسي .

التعريف : هو خلل استقلابي وراثي يتظاهر بفرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ويعزى لعوز أو نقص أو ضعف وظيفي بمستقبلات LDL مؤدياً إلى نقصان استقلاب الكوليستيرول داخل الخلوي .

الحدوث : تتكرر هذه الحالة في بشكل عائلي ، وتنقل كحالة وراثية جسمية سائدة . ويميل متاثلو الزيجوت Homozygotes لأن ترتفع عندهم مستويات كولستيرول المصل فوق ٤٠٠ مغ/١٠٠ مل .

الإمراض : يمكن كشف الخلل الاستقلابي - يعني خلل مستقبل LDL - في المزارع الخلوية (أرومات الليف)

وبشكل بدليل يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار سحب LDL
Apheresis .

فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني (ب) Hyperlipoproteinemia Type IIb :

المرادفات : فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ، وفرط بروتينات
الدم الشحمية قبل بيتا ، وفرط شحم الدم ، وفرط
الكوليسترولية ، وفرط ثلاثيات غليسيريد الدم ، وفرط
الكوليسترولية .

التعريف : يتميز هذا الشكل بزيادات في البروتينات
الشحمية - بيتا وقبل بيتا ، وقد أضيف لاحقاً إلى نظام
فريدركسون وصحبه . وإن كثيراً من المرضى لا يملكون قصة
عائلية واضحة .

الإمراض : غير مفسر بشكل نهائي .

الموجودات السريرية : تماثل تلك الصورة السريرية لفرط
بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « أ » . وكثيراً ما يكون
المرضى بدنيين ويمكن أن تحدث صفرومات طفحية .

المصل : صافٍ إلى عكر . ويرتفع كل من الكوليستيرول ،
وثلاثيات الغليسيريد ، والبروتينات الشحمية - بيتا (LDL) ،
وكذلك الصمغ البروتيني apo - B و apo - CIII . ومن
الممكن تمييزه عن فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث
فقط بطرق التحليل بالرحلان الكهربائي للمصل (أشرطة بيتا
واسعة) أو بالتنفيذ الفائق (VLDLs) .

الإنذار : حسن بالحمية المناسبة وإنقاص وزن الجسم .

المعالجة : يجب دائماً محاولة إنقاص البروتينات الشحمية - قبل
بيتا (VLDLs) بالكلوفيرات أو الإيتوفيرات أو الفينوفيرات أو
البيرافيرات أو اللوفاستاتين . ويجب أن يفحص تحمل
السكريات لأنه يزداد في البروتينات الشحمية - قبل بيتا
(VLDLs) ويمكن أن يتراجع بإنقاص مأخوذ السكريات
(٣٠ - ٤٠ ٪ من إجمالي الكالوري) . ومن الهام تخفيض وزن
الجسم إلى المجال الطبيعي .

فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث Hypelipoproteinemia Type III :

المرادفات : مرض بيتا الواسعة ، فرط بروتينات الدم الشحمية
مع أشرطة بيتا واسعة ، عسر بروتينات الدم الشحمية بيتا
Dysbetalipoproteinemia .

التعريف : هو مرض مستقل فيه خلل محدد بتقويض VLDLs
مؤدياً إلى تراكم طلائع ومراحل متوسطة من LDL . وتلك

للمرضى . ويستقلب في الشخص الطبيعي ٤٥ ٪ تقريباً من
LDL في مصله كل يوم . والنسبة الموافقة في المريض متماثل
الزيجوت - الذي لا يملك في الحقيقة أية مستقبلات LDL -
هي ١٧ ٪ ، وفي المريض متغاير الزيجوت ٣٠ ٪ تقريباً . وبما أن
LDLs لا تدخل الخلايا وبالتالي لا تخضع للاستقلاب داخل
الخلوي فهي تتراكم في المصورة . وتحرض LDLs الزائدة
والقديمة على تشكل لويحات صفراء ، وصفرومات حديدية ،
وقوس شحمانية (شيخوخية) ، وتصلب شرياني (تصلب
إكليلي ، تصلب شرياني محيطي) .

الموجودات السريرية : تتطور العلامات عند متماثل الزيجوت
في الطفولة المبكرة ، وعند متغايري الزيجوت في الأعمار بين
٢٠ - ٥٠ سنة عادة . وتشمل المظاهر النمطية على لويحات
صفراء جفنية وصفرومات حديدية وصفروم وكري وقوس
شحمانية وتصلب شرياني . وتصيب التغيرات التوصيلية
الشريانية الشرايين الإكليلية بشكل رئيسي . (راجع الشكل
٣٧ - ٧) .

المصل : صافٍ . ويكون الكوليستيرول والبروتينات
الشحمية - بيتا (LDLs) مرتفعين بشكل كبير . كما يزداد
الصمغ البروتيني apo - B وكوليستيرول LDL . وتبقى
ثلاثيات الغليسيريد ضمن المجال الطبيعي .

الأعراض : يمكن للصفرومات الحديدية التي قد تصبح كتلية ،
وصفرومات الأوتار الرضفية والعقبيين والقدمين أن تؤثر على
المشي . وليست البدانة جزءاً من الصورة التقليدية .

الإنذار : إن المرض الأبكر بالظهور هو الأسوأ إنذاراً . ويموت
الأطفال عادة قبل البلوغ بالخطر الإكليلي واحتشاء العضلة
القلبية .

المعالجة :

الحمية : يجب تناول فقط الدهون ذات النسبة المثوية العالية
(٦٠ ٪ تقريباً) من الحموض الدسمة العديدة واللامشبعة
Polyunsaturated . ويجب تحديد مأخوذ الكوليستيرول إلى
٣٠٠ مغ يومياً كحد أعظمي .

الأدوية : المعالجة المختارة هي مثبطات ريدكتاز - A تميم إنظم
HMG مثل سيمفاستاتين Simvastatin ٢٠ مغ/يوم مشركا
مع مقايضات الشوارد Ion Exchangers مثل الكوليستيرامين
٤ - ١٢ مغ/يوم . ويمكن محاولة المعالجة بمحض النيكوتينيك
ومشتقاته ١,٥ مغ يومياً ، أو ييزافيرات Bezafibrate أو
كلوفيسيرات Clofibrate أو إيتوفيرات Etofibrate أو
فينوفيرات Fenofibrate أو لوفوستاتين Lovostatin .

فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الرابع : Hyperlipoproteinemia Type IV

المترادفات : فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا ، فرط شحميات الدم المحرّض بالسكريات ، فرط ثلاثي غليسريد الدم المحرّض بالسكريات ، فرط شحم الدم الداخلي المنشأ ، فرط ثلاثي غليسريد الدم الداخلي المنشأ .

التعريف : هو فرط بروتينات دم شحمية قبل بيتا يتعجل حدوثه بالسكريات .

الحدوث : هو الشكل الأكثر شيوعاً وأحد الأمراض التي تكشف عن نفسها في الكحول . وقد اعتُبر أنه ينتقل بخلّة جسمية صاغرة ، غير أن العوامل الخارجية المنشأ تلعب دوراً أكثر أهمية دون شك . ويمكن أن يكون مرضاً مشروطاً بنوياً كالداء السكري .

الإمراض : لقد افترض أن الحالة تنجم إما عن زيادة تركيب ثلاثيات الغليسريد في الكبد استجابة لكل السكريات أو عن استقلاب آجل لثلاثيات الغليسريد الداخلية المنشأ في النسيج الشحمي . وكثيراً من المرضى أيضاً بدنيون و/أو كحوليون .

الموجودات السريرية : تتألف العلامة السريرية الرئيسية من صفرومات طفحية تحدث فجأة على الجذع أو الأليتين أو السطوح الباسطة للذراعين أو الفخذين وقد تحدث في أي مكان على الجلد في الحالات الشديدة . هذا وإن الصفرومات الحدية ، والقوس القرنية الشحمانية ، و صفرومات الأوتار والمفاصل ، واللويحات الصفراء ليست غمطية .

يحدث فرط اليوريكيميّة Hypruricemia في ٤٠٪ من هؤلاء المرضى ويحدث الداء السكري الكامن لدى حتى ٩٠٪ منهم .

المصل : عكر أو حليبي . وترتفع مستويات ثلاثي الغليسريد والبروتين الشحمي - قبل بيتا (VLDLs) بالإضافة إلى الصميم البروتيني C_{III} - apo . وتسبب تراكيز ثلاثي الغليسريد حتى ٤٠٠ مغ/١٠٠ مل عكراً ، أما مستويات ثلاثي الغليسريد الأعلى فتؤدي إلى قوام حليبي بالمصل الساكن . ولا يوجد انفصال لطبقة قشدية علوية

الإنذار : تبدلات وعائية محيطية وإكليلية باكرة .

المعالجة : تستجيب الحالة عادة للمعالجة والحمية بشكل جيد . ومن المهم تخفيض وزن الجسم للطبيعي .

الحمية : يجب أن تشكل السكريات ٣٠٪ - ٣٥٪ من إجمالي متطلبات الكالوري ، والدهون ٣٠٪ - ٤٠٪ مع نسبة مئوية عالية قدر الإمكان من الحموض الدسمة العديدة واللامشبعة .

البروتينات الشحمية هذه تحرك بيتا عند تحليلها بالرحلان الكهربائي للبروتين الشحمي ولكنها تُرى كأنها VLDLs بالتبذد الفائق . ويظهر تحليل الرحلان الكهربائي أشرطة بروتين شحمي - بيتا واسعة . ويخضع كولستيرول المصل (حتى ١٠٠٠ مغ/مل) وثلاثيات الغليسريد (حتى ٢٠٠٠ مغ/مل) لتأرجحات ذات شأن . ويؤدي مرضى فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث دائماً النمط الظاهري E₂/E₂ - apo بالتبذد الكهرساوي Isoelectric Focusing لصميم VLDL البروتيني : تماثل زيجية Homozygosity الصميم E₂ واصم لفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث .

الحدوث : الحالة نادرة نسبياً . وتوجد أحياناً قصة داء سكري عائلي . وتظهر أولاً في الكهولة عادة .

الموجودات السريرية : إن الصفرومات في خطوط الراحتين وتحت حلقات الإصبع مميزة للاضطراب . وتحدث صفرومات حدية ولويحات صفراء وصفرومات الأوتار وقوس شحمانية (شبيخوخية) في ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات .

كثيراً ما تحدث اعتلالات وعائية إكليلية و/أو محيطية . ويؤدي كثير من المرضى أيضاً داء سكرياً كامناً .

المصل : عكر مع مستويات مرتفعة من الكولستيرول وثلاثيات الغليسريد . ويظهر تحليل الرحلان الكهربائي للبروتينات الشحمية شريط بيتا واسعاً ويكشف التبذد الكهرساوي النمط الظاهري E₂/E₂ - apo .

الإنذار : الإنذار محكوم بالميل للتصلب الشرياني الإكليلي أو المحيطي . وإن الإذعان الصارم للحمية والوسائل العلاجية أمر أساسي .

المعالجة : تماثل الإجراءات العلاجية الإجراءات الخاصة بفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « أ » . وعلى المريض أن يقلل طعامه حتى يصل للوزن المثالي .

الحمية : فوائدها موضع تساؤل . وينبغي إنقاص الكالوري والسكريات حيث يجب تناول ٣٠٪ - ٤٠٪ فقط من مأخوذ الكالوري الإجمالي بشكل سكريات ، مع ٣٥٪ - ٤٠٪ بشكل دهون غنية بالحموض الدسمة غير المشبعة . ويجب ألا يتجاوز مأخوذ الكولستيرول ٣٠٠ مغ يومياً .

الأدوية : الأدوية أساسية . وتستخدم نوعاً الأدوية المنظمة للشحوم من زمرة الكلوفيرات مثال : إيتوفيرات أو ييزافيرات أو فينوفيرات ، ومن الممكن إشراكها مع مشتقات حمض النيكوتينيك . وأكثرها فائدة مثبطات ريدكاز - A تم إنظّم HMG مثل سيمفاستاتين ولوفاستاتين بالإضافة إلى الكولستيرامين العازل Sequestrant للحمض الصفراوي .

الكلوسية . ويجب أيضاً اختبار تحمل السكريات ومستويات حمض البول .

الإنذار : يمكن أن يختفي الصفروم الطفحي بسرعة استجابة للحمية . ويرجح بأن المرضى الذين يفشلون بإتباع المعالجة يتطور عندهم مرض تصليبي شرياني إكليلي قلبي . هذا وإن التهاب المعثكلة الراجع مضاعفة أخرى متكررة غير مستحسنة .

المعالجة : العوامل الحاسمة هي إنقاص وزن الجسم للمستويات الطبيعية بالتحكم الدقيق بمأخوذ الكالوري وتجنب سرف Abuse الكحول .

الحمية : يجب أن تخفض السكريات إلى ١٢٠ غ يومياً وألا تشمل على سكر قابل للاستقلاب بسرعة . ويجب أن يُعَدَّل تناول الدهن إفرادياً حسب المريض وألا يتجاوز ٣٥٪ من إجمالي مأخوذ الكالوري أو ٧٠ غ يومياً . ويجب ألا يتجاوز محتوى القوت من الكولستيرول ٣٠٠ - ٥٠٠ غ يومياً . ويجب أن يتألف القوت من البروتينات بشكل أساسي .

الأدوية : هي بشكل رئيسي مشتقات حمض النيكوتينيك مثل ٣ - بيريديل ميثانول ١,٥ غ يومياً ، وإلى مدى أقل الكلوفيربات أو - وهو الأفضل - العوامل المنظمة للشحم الأخرى مثل البيزافيربات والإيتوفيربات والفينوفيربات ، ... إلخ .

فرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية أو المكتسبة Secondary or Acquired Hyperlipoproteinemias

يمكن لتبدلات استقلاب الشحم هذه أن ترافق أمراضاً عضوية أو تحدث كتفاعلات دوائية . وهي أكثر شيوعاً من فرط بروتينات الدم الشحمية العائلية البدئية بشكل ملحوظ ، ومعظمها لا يسبب آفات جلدية . وإن الأشكال التي تعطي صوراً سريرية مشابهة لتلك الصور الخاصة بالنمط الثاني « ب » أو الرابع من فرط بروتينات الدم الشحمية هي وحدها فقط التي يمكنها أن تتظاهر أو تُعَبَّر عن ذاتها بصفرومات طفحجية سريعة التطور . ومن المهم الحصول على قصة مرضية مفصلة حتى يمكن استبعاد فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية . وإن أنماط فرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية (العرضية) الملاحظة في الظروف المختلفة مسجلة في الجدول ٣٧ - ٤ .

ومن الأهمية بمكان أن نتذكر دائماً أن الداء السكري خصوصاً ، إذا لم تتم السيطرة عليه بشكل كاف ، يمكن أن يسبب حدوث صفرومات طفحجية . ويمكن في اعتلالات الكبد

ويجب تحديد تناول الكولستيرول إلى ٣٠٠ - ٥٠٠ مغ يومياً . وباعتبار أن الكحول يُحْتَن نوعياً على تركيب ثلاثي الغليسريد ، لذلك يتوجب الحد من استهلاك الكحول .

الأدوية : إشارك العوامل المنظمة للشحم مثل البيزافيربات ، والكلوفيربات ، والإيتوفيربات ، والفينوفيربات ، والمركبات ذات الصلة مع مشتقات حمض النيكوتينيك مثل، ٣ - بيريديل ميثانول 3-Pyridylmethanol أو الشحميات الفسفورية الأساسية .

فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الخامس Hyperlipoproteinemia Type V

المترادفات : فرط شحميات الدم المخرض بالسكريات والدسم ، فرط الدقائق الكلوسية بالدم وفرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا ، فرط شحم الدم الداخلي والخارجي المنشأ ، فرط شحميات الدم المخرض بالكالوري .

التعريف : هو فرط بروتينات دم شحمية ناجم عن الزيادات بالدقائق الكلوسية والبروتينات الشحمية - قبل بيتا (VLDLs) . وهذه الحالة هي تشارك النمط الأول والرابع .

الحدوث : نادر وأكثر شيوعاً في الكحول . ويُنظر إلى الحالة على أنها شكل فرعي Subform للنمط الرابع ، وكثيراً ما يترافق مع بدانة و/أو إدمان كحولي . وإذا خُفِّضَ التزود بثلاثيات الغليسريد الخارجية المنشأ يتغير النموذج إلى النمط الرابع . وإن طريقة الانتقال مماثلة لطريقة الانتقال في النمط الرابع .

الإمراض : توجد زيادة بتركيب ثلاثي الغليسريد الداخلي المنشأ في الكبد . ويوجد أيضاً فرطاً للدقائق الكلوسية بالدم خارجي المنشأ . وقد أبدى بعض المرضى أن لديهم مستويات منخفضة من ليباز البروتين الشحمي .

الموجودات السريرية : الموجودات الجلدية عبارة عن صفرومات طفحجية والتي تحدث أيضاً في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الأول والنمط الرابع . ولا يعرف سوى القليل فقط بشأن حدوث التغيرات التصليبية الشريانية . ومهما يكن ، فإن نمط فرط بروتينات الدم الشحمية يتحكم بها على الأرجح . ومن المعروف أيضاً أنه قد تحدث ضخامة كبدية طحالية أو آلام مغصية بطنية : وفرط يوريكيميا ، وفرط سكر الدم .

المصل : عكر أو حليبي مع انفصال طبقة قشدية علوية . وتزداد ثلاثيات الغليسريد بشكل معتدل أو كبير بينما تكون مستويات الكولستيرول طبيعية أو مرتفعة قليلاً . وتزداد البروتينات الشحمية - قبل بيتا (VLDLs) والدقائق

الجدول ٣٧ - ٣ : الموجودات في فرط بروتينات الدم الشحمية العائلي

التمط	الأول	الثاني « آ »	الثاني « ب »	الثالث	الرابع	الخامس
ثلاثيات الغليسريد	مرتفعة بشدة	طبيعية	مرتفعة	مرتفعة	مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح	مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح
كوليسترول	طبيعي إلى مرتفع قليلاً	مرتفع إلى مرتفع بشدة	مرتفع	مرتفع	طبيعي إلى مرتفع قليلاً	طبيعي إلى مرتفع قليلاً
لندقائق الكيلوسية	مرتفعة بشكل واضح	—	—	—	—	مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح
ليروتينات الشحمية – قبل بيتا (VLDLs)	طبيعية	طبيعية	مرتفعة	بروتينات شحمية مع شريط بيتا واسع (مرضية)	مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح	مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح
البروتينات الشحمية – بيتا (LDLs)	طبيعية	مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح	مرتفعة	—	طبيعية	طبيعية
بياز البروتين الشحمي تُحمّل الغلوكوز	ناقصه طبيعي	طبيعية طبيعي	طبيعية طبيعي	طبيعية طبيعي	طبيعية طبيعي	طبيعية أو ناقصة طبيعي إلى ناقص
المصل	حليبي	صافٍ	صافٍ أو عكر	صافٍ أو عكر	صافٍ إلى حليبي	عكر إلى حليبي
الفصل (طبقة قشدية علوية)	+	—	—	—	—	+ / —
يُثار بتناول الدهون	++	—	—	—	—	+
يُثار بتناول السكريات	—	—	+ / —	+ / —	+ / ++	+ / —

الجدول ٣٧ - ٤ : أنماط فرط بروتينات الدم الشحمية المترافقة مع حالات مختلفة

الظرف	النمط الأكثر شيوعاً
داء السكري	الأول ، الثالث ، الرابع ، الخامس
أدواء غليكو جينية	الثاني « ب » ، الثالث ، الرابع
داء غوشر	الرابع
الحمل	الثاني « ب » ، الرابع
قصور الدرقية	الأول ، الثاني « آ » ، الثاني « ب » ، الرابع
التهاب المفاصل	الأول ، الثالث ، الرابع ، (الخامس)

الظرف	النمط الأكثر شيوعاً
داء السكري	الأول ، الثالث ، الرابع ، الخامس
أدواء غليكو جينية	الثاني « ب » ، الثالث ، الرابع
داء غوشر	الرابع
الحمل	الثاني « ب » ، الرابع
قصور الدرقية	الأول ، الثاني « آ » ، الثاني « ب » ، الرابع
التهاب المفاصل	الأول ، الثالث ، الرابع ، (الخامس)

الكحولية الحادة	الأول ، الرابع ، الخامس
موانع الحمل الفموية :	
- استروجينات	الرابع
- الجستاجينات	الثاني « ب »
الريتنيويدات	الرابع
البدانة	الرابع

و 6 - OKT سلبية . ومن الملفت للنظر ملاحظة أن الحطاطات الجديدة تبدي كثرة منسجات وحيدة الشكل بينما تظهر الآفات القديمة حبيوياً التهاياً متعدد الأشكال مع خلايا صفرومية بالإضافة إلى خلايا توتون العملاقة الحاوية على الشحوم أو البروتينات الشحمية .

الموجودات السريرية : توجد ثلاث علامات مميزة :

صفرومات جلدية حطاطية منتشرة : وهي عبارة عن حطاطات وعقيدات نصف كروية صفراء كامدة أو صفراء بنية اللون والتي قد تكبر حتى حجم الجوز أو أكبر . وتصيب الاندفاعات المتناظرة بشكل رئيسي الأجناف والمنطقة حول الفم وجانبي العنق ومناطق الثنيات للمفاصل (خصوصاً الإبطين والمنطقة الأربية وظهر مفصلي الركبتين) . وتصبح الآفات متلاقية وتؤلوية وتبدي تلونا أحمر أو بنياً .

صفرومات الأغشية المخاطية : تميل لأن تكون عديدة جداً وتحدث غالباً في جميع الحالات . وهي تحدث بشكل رئيسي في الفم وجدار البلعوم الخلفي إضافة إلى البلعوم الأنفي والحنجرة ، ولكن توجد أيضاً في القصبات وحتى في الأسناخ . ويمكن أن تحدث الصفرومات حتى على اللتحميتين واللوزتين . وتوجد أيضاً تقارير عن صفرومات بالدماغ .

البوالة التفهة *Diabetes Insipidus* : يمكن أن يكون موجوداً ويستجيب جزئياً للفازوبرسين Vasopressin . ويبقى النقل النوعي للبول أحياناً عالياً نسبياً ، وهذا غير عادي بالنسبة للبوالة التفهة .

الأعراض : يبقى استقلاب البروتين الشحمي طبيعياً . وهكذا تميل مستويات ثلاثي الغليسريد والكوليستيرول لتكون طبيعية ولكنها قد تصبح مرتفعة قليلاً خلال سير المرض . وليس سبب ذلك معروفاً .

إصابة الأعضاء : يمكن أن يصاب كل من نقي العظم والدماغ والمسلك التنفسي والقلب والكليتين والكبد والمعشكلة والعقد اللمفية والرحم والعضلات .

التشريح المرضي النسجي : الآفة البدئية عبارة عن كثرة منسجات وحيدة الشكل . ويتطور لاحقاً حبيوياً التهاياً متعدد الأشكال مع كريات بيض وحضات ولفاويات وبلاعم كثيرة . وتسيطر في وقت تال خلايا صفرومية صغيرة وكبيرة بالإضافة إلى خلايا عملاقة من غط توتون التي تحوي كميات كبيرة من الشحوم والبروتينات الشحمية .

السير والإنذار : يتطور المرض ببطء . والإنذار غير مؤكد في حالات الإصابة المخاطية أو الدماغية . وإذا سيطرت على

الانسدادية ، كما هو الحال في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » ، أن يسيطر على الصورة السريرية حدوث لويحات صفراء وصفرومات مسطحة وحدية . وتحدث أحياناً صفرومات مسطحة منتشرة مع البارابروتينيميات Paraproteinemias .

المعالجة : يجب معالجة المرض الأساسي . وتكدير ثانوي فقط ينبغي الأخذ بعين الاعتبار الحمية والتدابير العلاجية الهادفة لإزالة فرط بروتينات الدم الشحمية . كما ينصح بالتعاون مع الطبيب الداخلي .

الصفروم المنتثر مع البوالة التفهة *Xanthoma Disseminatum with Diabetes Insipidus* [١٨٩٩ Ausset ؛ مونتغمري Montgomery وأوستريغ Osterberg ١٩٣٨] :

المترادفات : متلازمة مونتغمري .

التعريف : هو تشارك مميز جداً لصفرومات منتشرة على الجلد والأغشية المخاطية يحدث مع البوالة التفهة *Insipidus* .

الحدوث : نادر جداً ويحدث بشكل رئيسي في الأطفال الصغار والمراهقين . ويصاب الذكور أحياناً أكثر من الإناث (١/٢) . وطرارز الانتقال غير معروف .

الإمراض : هو ورام أصفر طبيعي شحم الدم ، وتحدث علامات فرط بروتينات الدم الشحمية ثانوياً (يحدث أحياناً ارتفاع مستويات الكوليستيرول) . وإن وجود البوالة التفهة غير النظامي (٥٠٪ من الحالات) والذي عزاه العالم ثنهاوزر Thannhauser إلى حدوث عقيدات صفرومية في الأم المخافية وضغطها ثانوياً على سويقة الغدة النخامية أو على الوطاء Hypothalamus غير مُفسر بشكل واضح . ويضم بعض المؤلفين هذا الاضطراب إلى زمرة داء كثرة المنسجات X ، ولكنه يُقبل أن يكون داء كثرة منسجات من غط Non - X Histiocytosis . ولقد فشل المجهر الألكتروني فشلاً ذريعاً في كشف حبيبات خلايا لانغرهانس في الخلايا المنسجية الشكل Histiocytoid ، وكانت دراسات الأضداد S - 100

عبرية سريرية صفرومات جلدية ، فيمكن أن تبقى الحالة حية . ويحدث تراجع عفوي للآفات الجلدية إضافة للبواله نسجة .

لتخفيف التفريقي : يجب نفي الأشكال الأخرى صفرومات الطفحية وكذلك الحبيوم الأصفر الشباني . الصفرومات الخطاطي وداء كثرة المنسجات X مع آفات صفروية .

ملاحظة : عرضية . ويمكن إزالة العقيدات البارزة على الجلد أو أغشية غطائية بالاستئصال ، أو بالتخثير الكهربائي ، أو بالليزر . وقد تُصح بالمعالجة بالقشرانيات السكرية .
Glucocorticoids المجموعية . ويجب أن يعالج البواله التفهة شكل متزامن بالفازوبرسين أو ربما بالكلوفيرات المتهم تحريض إفراز ADH .

نصفروم الخطاطي Papular Xanthoma :

هو متلازمة طبيعية شحم الدم Normolipemic ، فيها زرق أصفر خطاطي يصيب الجلد والأغشية المخاطية . وهذا زرق لأصفر ذو سير حميد ويتراجع تلقائياً ولم يميز فيه طور تكرر بالمنسجات .

نصفروم ثؤلولي الشكل Verruciform xanthoma [Shafer 1971] :

تعريف : هو تنشؤ نادر جداً يصيب كلا الجنسين وجميع فئات لأعمار . وتتوضع الآفات على الفم أو جلد الناحية التناسلية شكل مفضل .

الوجودات السريرية : يتظاهر كافة ثؤلولية الشكل تشخص فقط بعد فحص التشريح المرضي النسيجي ؛ وهي آفة متقرنة شريكية مع تراكم كثيف لخلايا رغوية في الأدمة .

الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات استقلاب الشحم الموضعية Skin Disorders Caused by Local Lipid Metabolism : Disturbances

هي جلادات ناجمة عن اضطرابات مجموعية - بدئية أو ثانوية - باستقلاب البروتين الشحمي ، أي أنه يجب تمييز فرط بروتينات الدم الشحمية عن تلك التي تحدث فيها ترسبات ثانوية شحم كنتيجة لتغيرات نسيجية موضعية في حين لا تبدل نشحيات أو البروتينات الشحمية بالمصل .

اللويحات الصفراء الجفنية Xanthelasma Palpebrarum [Rayer 1835] :

تعريف : اللويحات الصفراء عبارة عن لويحات طرية مسطحة

مصفرة تحدث في أغلب الأحيان على الأجناف العلوية ، ويمكن أن تكون مؤشراً على فرط بروتينات الدم الشحمية ، وبخاصة فرط الكوليسترولية العائلي .

الحدوث : أكثر شيوعاً في الأشخاص الكبار وخصوصاً النساء .

الإمراض : السبب غير معروف . تتطور ترسبات محدودة في النسيج الضام اللين للأجناف . وتتألف الترسبات من منسجات تحتوي بلورات كولستيرول مزدوجة الكسر Birefringent وشحيات أخرى ، ولذلك فهي تنقلب إلى خلايا رغوية أو خلايا توتون عملاقة . وباعتبار أن الآفات لا تسبقها أية تبدلات نهائية لذا يجب الافتراض أن بروتينات المصل الشحمية تخضع خاصة للتسرب إلى هذه المناطق فتأكلها البلاعم وتتعامل معها . وقد وصفت تغيرات بالصميم البروتيني الشحمي .

الموجودات السريرية : تفضل اللويحات الصفراء الأجزاء الأنسية للجفنين العلويين وتحدث أحياناً وحيدة الجانب ولكنها متناظرة عادة . ويمكنها أن تصيب الجفنين السفليين . وهي مسطحة ومرتفعة قليلاً فقط فوق مستوى الجلد ، وذات لون أصفر أو أصفر غامق . ولم تسجل تغيرات ثانوية . ونادراً ما ترافق اللويحات الصفراء مع آفات مفرطة التقرن شبيهة بالزؤان وكيسات شبيهة بالدخينات Milia (لويحات صفراء كيسية Xanthelasma Cysticum) . وقد وصف حدوث لويحات صفراء كيسية مع فرط تصبغ الأجناف كمتلازمة هتشنسن Hutchinson .

التشريح المرضي النسيجي : يبدأ التطور في الأحياز حول الوعائية في الأدمة العليا حيث تتحول خلايا منسجية الشكل Histiocytoid إلى خلايا رغوية غمطية أو خلايا توتون العملاقة . ويمكن كشف كتل من الكوليستيرول والشحوم الأخرى في الخلايا .

السير والإنذار : لا يوجد أبداً تراجع عفوي ، وتترق الحالة ببطء . وتكون معظم اللويحات الصفراء آفات موضعية .

اللويحات الصفراء العائلية دون فرط بروتينات الدم الشحمية : نادرة وقد تُمثل فرط السيستيرولية Sitosterolemia أو داء فرط الكوليسترانول Cholestanolosis . ومهما يكن ، وباعتبار أن اللويحات الصفراء يمكن أن تكون علامة لفرط بروتينات الدم الشحمية بيتا مع مخاطرها المتأصلة من تصلب شرياني واحتشاء إكليلي لذا يجب تبني الإجراءات التشخيصية التالية :

القصة : يجب أن يُسأل المريض بشأن الأعراض القلبية وضعف جريان الدم الشرياني المحيطي والداء السكري .

- فحص العلامات الأخرى لفرط بروتينات الدم الشحمية (صفرومات ، قوس شحمانية) .
- ويتطلب الاشتباه بفرط بروتينات الدم الشحمية البدء بالاختبارات التشخيصية الأخرى .

التشخيص التفريقي : الأورام الغدية العرقية Syringomas (غدومات عرقية Hidradenomas) بالأحفان ؛ وهي صغيرة ومسطحة ويميل لونها للبياض . ويجب أيضاً نفي الدخينات Milia والمران السافع مع كيسات وزوانات . وآفات الحبيوم الأصفر للبل الفيزيولوجي عبارة عن عقيدات النهائية أعمق ويمكن أن تتقرح .

المعالجة : يمكن استئصال اللويحات الصفراء الصغيرة . وتزال الآفات الأكبر بحذر طبقة طبقة بواسطة عروة إنفاذ الحرارة Diathermal Loop أو بواسطة الكي بمحضر الخلي ثلاثي الكلور (٥٠٪) . وتستخدم الليزر أيضاً . والنكس متكرر .

الصفروم المسطح المنتشر Diffuse Plane Xanthoma :

المترادفات : اللويحات الصفراء الجسدية ، اللويحات الصفراء المتعممة .

التعريف : هو حدوث آفات شبيهة باللويحات الصفراء Xanthelasmoid مصفرة كبيرة نسبياً في مناطق غير الأحفان .

الحدوث : نادر جداً ويحدث عادة في الذكور الكبار .

الإمراض : الحدنية ماثلة لتلك التي تقود إلى اللويحات الصفراء الجفنية ، ويعني ذلك انجبال البروتينات الشحمية في البلاعم لتشكل بعدئذ خلايا رغوية وخلايا رغوية عملاقة .

الموجودات السريرية : يمكن أن تسبق اللويحات الصفراء الجفنية تطور آفات أكثر تسطحاً ذات لون أصفر إلى برتقالي بمستوى الجلد ، وتحدث أحياناً بشكل متناظر ، ويبدو الجلد في هذه الأماكن أصفر لامعاً ويتفرض أحياناً بسهولة أكبر . وتكون الآفات غير النهائية . والأماكن الانتقائية للإصابة هي : الوجه ، وخلف العنق ، والطرفان العلويان ، والجذع .

الأعراض : مستويات الشحم والبروتينات الشحمية بالمصل طبيعية (ورام أصفر طبيعي شحم الدم) . ويمكن أن يكون الورام الأصفر المسطح المنتشر أيضاً علامة لفرط بروتينات الدم الشحمية (فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « أ » البدئي أو الثانوي) ، ولكن تصاب مناطق مختلفة أخرى مثل الراحتين والطيأت الانعطافية .

الإنذار : من الضروري في حالات قليلة من اللويحات الصفراء

طبيعة شحم الدم الأخذ بعين الاعتبار إمكانية تطور متزامن للمفومات خبيثة ، أو نقيوم متعدد ، أو ايضاض دم . وينبغي القيام بالفحص المناسب . وقد وصفت شذوذات بالمتمة . ويمكن أن تسبق الآفات الجلدية تطور النقيوم المتعدد السريري بأكثر من ٢٠ سنة . ولا تشفى الآفات عفويا .

المعالجة : علاج المرض الأساسي أي فرط بروتينات الدم الشحمية حيثما يمكن ذلك . ويوجد ميل لاستبعاد المعالجة الموضوعية بسبب التطور الواسع للمرض عموماً . ويجب أن تتبع الإرشادات الخاصة باللويحات الصفراء كلما كان ذلك ممكناً .

حبيوم أصفر البلى الفيزيولوجي Necrobiotic Xanthogranuloma [1980]

التعريف : يراجع الطبيب مرضى مسنين بعقيدات ولويحات النهائية تتطور فيها مراكز ضمورية ومصطبغة وصفرومية بشكل خاص . ويصيب الداء بشكل رئيسي النسيج حول الحجاج والوجه ، والأجزاء الدانية للأطراف ، والجذع . وتحدث الآفات في جميع الأطوار معاً . وتصيب الآفات النسيج تحت الجلد بالإضافة للأدمة .

الموجودات السريرية : يكون المرضى عليلين ولديهم شذوذات بروتينية (بارابروتينية) . وتوجد بروتينات وحيدة النسيلة وغلوبولينات قلبية وزيادة غلوبولين غاما والعامل الرثائي . ومن الشائع حدوث قلة البيض وفقر دم خفيف بالإضافة إلى عوز متممة . وتكون شحوم الدم طبيعية عادة . ويمكن أن يدي نقي العظم كثرة الخلايا المصورية ولكن النقيوم المعتدي Aggressive نادر . ويمكن أن يحدث مرض تكاثري لمفاوي . والداء السكري نادر .

التشريح المرضي النسيجي : تصيب حبيومات البلى الفيزيولوجي الأدمة والسبلة الشحمية . وتوجد خلايا جسم أجنبي لا غمطية غريبة الشكل . ويترسب قليل من الدهن في الحبيوم ، غير أنه يمكن أن يلاحظ فحج كسل الكولستيرول . وإن التهاب السبلة الشحمية بخلايا توتون فريد بهذا المرض . وتوجد غمطياً عقيدات لمفاوية وبؤر من خلايا مصورية . كما توجد خلايا T في الحبيوم .

التشخيص التفريقي : البلى الفيزيولوجي الشحماني والحبيوم الخلقي والغرناوية Sarcoidosis والصفروم المسطح .

المعالجة : الاستئصال الجراحي وحقق الستيرويدات القشرية موضعياً يتبعهما النكس . وقد أدى البريدنيزون الفموي (٢٠ - ٤٠ مغ/يوم) والعوامل المؤلكلة الفموية

(كنورامبوسيل ٢ - ٤ مغ/يوم) إلى هدآت في اعتلال غاما وفي الآفات . ومن الصعب إقناع معظم الأطباء باستخدام العوامل المؤلكلة في حال وجود قلة البيض ولكن يمكن أن يتم ذلك بحذر .

الفصل الثامن والثلاثون

أدواء اختزان الشحوم المجموعية

Systemic Lipid Storage Diseases

د . صائن كاشور

د . غانم رسلان

العلامات الخفية : رخ مخيخي Cerebellar ataxia ، ورأرة خفيفة ، وخشام Anosmia .

الموجودات الجلدية : تحدث لدى بعض المرضى فقط ، وتتألف من سماك في الأطراف والجذع ، واحمرار (أحمرية) جلد سماكي الشكل Ichthyosiform Erythroderma أحياناً .

المسار : يستمر هذا الداء عدة سنوات . وتلاحظ إمكانية حدوث موت مفاجيء يحتمل أن يكون ناجماً عن انسداد إكليلي .

التشخيص : إن السماك ، مع اعتلال الأعصاب العديد المحيطي ، والأعراض المخيخية ، والصمم المتزايد ، والخشام ، واضطرابات الرؤية ، كلها ذات دلالة تشخيصية لهذا الداء . وهناك دلائل على وجود مستويات مزدادة من الحموض الدسمة ، وحمض الفيتانيك في الدم . أما بالنسبة للجنين ، فيعتمد التشخيص على كشف النقص في إنزيم هيدروكسيلاز حمض الفيتانيك أو غيابه في الخلايا المزروعة المأخوذة ببزل السلي .

المعالجة : تعتمد على تدبير القوت ، والفصادة المتكررة للمصورة لإبقاء حمض الفيتانيك في أقل نسبة ممكنة .

داء تنجير Tangier Disease [فريدر كسون ١٩٦١] :

المرادفات : غياب بروتين الدم ألفا Analphaproteinemia .

التعريف : يعود اسم هذا الداء إلى جزيرة تنجير في فيرجينيا ، موطن المرضى الأوائل الذين عُرف أنهم عانوا من هذا الداء . وهو داء وراثي ، ينتقل بمورثة جسدية صاعرة ، ويتصف بالغياب الكامل تقريباً للبروتينات الشحمية العالية الكثافة (HDLs) في المصل ، الذي يترافق مع تراكم أسرات الكوليسترول في المنسجات في نسيج عديدة ، وخصوصاً في اللوزتين ، والعقد اللمفية ، والثوتة ، ونقي العظام ، والكبد ، والطحال ، والأغشية المخاطية ، والجلد .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : هذا الداء اضطراب استقلابي وراثي ، يمكن كشفه لدى المرضى المتماثلين الزيجوت بوساطة الرحلان الكهربائي للبروتينات الشحمية الذي يبين غياب البروتينات الشحمية ألفا (HDL) من المصل . ومن المظاهر المميزة لهذا الداء في تحليل كيمياء الدم نذكر نقص كوليسترول الدم ، وزيادة الغليسريدات الثلاثية . أما الآفات المجموعية فهي تحصل نتيجة تخزين أسرات الكوليسترول في خلايا جهاز البلاءم .

الموجودات السريرية : يتميز داء تنجير بالأعراض التالية عموماً : فرط تصنع اللوزتين مع أتلأم صفراء بترقالية (ورام اللوزات الأصفر Tonsillar Xanthomatosis) ، وضخامة

لا توجد في هذه الأدوية ، والتي تدعى أيضاً أدواء الكناز Thesaurismoses ، زيادة في شحوم المصل أو البروتينات الشحمية ، كما هو ملاحظ في فرط بروتينات الدم الشحمية Hyperlipoproteinemia . ويتصف الاضطراب الشكلياني Morphological بوجود تكاثر عام للخلايا المنسجية الشكل Histocytoid Cells التي تتوضع فيها الشحميات كنتيجة ثانوية لاضطراب في الاستقلاب الخلوي محدد وراثياً . وليس هناك أية إمكانية للمعالجة السببية في هذه الأدوية .

متلازمة رفزم Refsum's Syndrome [١٩٤٦] :

المرادفات : اعتلال الأعصاب العديد الشكل الرنخي الاعتلائي الوراثي Heredopathia Atactica Polyneuritiformis ، الكناز بحمض الفيتانيك Phytanic Acid . Thesaurismosis .

التعريف : هو داء وراثي تالٍ لعيب في استقلاب حمض الفيتانيك .

الحدوث : نادر جداً . أول ما وصف في الزوج . وهو ينتقل بمورثة جسدية صاعرة ، وأول ما يظهر في الطفولة المتأخرة أو الكهولة .

الإمراض : ثمة عيب وراثي في استقلاب حمض الفيتانيك . وبسبب نقص إنزيم هيدروكسيلاز حمض الفيتانيك أو غيابه ، فإن هذا الحمض لا يمكنه أن يتحلل ، ويتوضع بالتالي في البلاءم في نسيج مثل الكبد ، والكل ، والدماغ ، والجلد . يتم اشتقاق حمض الفيتانيك من الأطعمة الحاوية على الفيتول ، وخصوصاً الخضار الطازجة والخس .

الموجودات السريرية : العلامات الرئيسية في هذا الداء هي التهاب الأعصاب العديد المترقي أو الناكس ، مع خزل أو شلل كامل ، وخصوصاً في الأقسام القاصية من الذراعين والساقين . وكذلك نجد التهاب الشبكية المصطبغ اللا نمطي Atypical Retinitis Pigmentosa ، وشحوب قرص العين ، وتضيق ساحة الرؤية ، والعمى النهاري Hemeralopia .

المعالجة : توصف الحمية ، وإجراءات المعالجة التجريبية (راجع مبحث فرط بروتينات الدم الشحمية في الفصل ٣٧) لإنقاص توضع الكوليسترول داخل الخلايا ، إذا كان ذلك ممكناً .

الشحام السفنفولي Sphingolipidoses :

يطلق هذا التعبير على الأدواء الناجمة عن عيوب وراثية في الإنزيمات التي تساهم في استقلاب الشحوم السفنفولية . يؤدي عوز إنزيم هيدرلاز يحلوي نوعي أو فقده إلى امتصاص وتوضع المواد الشحمية غير القابلة للتفكك في البلاعم . وإذا أمكن تحديد عيب الإنزيم المسبب للشحام السفنفولي بدقة ، فإن هنالك إمكانية لوضع التشخيص لدى الجنين بواسطة بزل السلى ، والزرع الخلوي ، والتماثل الكيميائي الحيوي في الاضطرابات الاستقلابية ، والاستشارة الجينية .

التقران الوعائي الجسدي المنتشر Angiokeratoma
Corporis Diffusum [فابري ١٨٩٨ ، أندرسون ١٨٩٨] :

المترادفات : داء فابري ، التقران الوعائي الجسدي المنتشر الشامل
Angiokeratoma Corporis diffusum universale
الكنزاز الشحمي الوراثي
Thesaurismosis hereditaria
Lipodica (Ruiter – Pompen – Wyers) ، متلازمة فابري .

التعريف : هو عيب وراثي في إنزيم ألفا - غالاكتوزيداز A

صحاح . مع قلة البيض غالباً ، وقلة الصفائح ، وفقر الدم خفيف . وكثرة الكريات الشبكية ، وضخامة الكبد الخفيفة عدة ، واعتلال العقد اللمفية العديد ، واعتلال الأعصاب عديد ، والعتامات القرنية ، والخلايا المختزنة في نقي العظام .
وجودات الجلدية : وُصفت بشكل نادر جداً فقط ، وتتألف من ضفح حطاطي أقل وصفية ، ويظهر في بعض الحالات بشكل صفروماني Xanthomatoid .

التشريح المرضي النسيجي : نلاحظ وجود ارتشاح بالخلايا نسجة مع الخلايا الرغوية الحاوية على توضعات غزيرة من كوليسترول (الاستقطاب : بلورات مزدوجة الكسر) ، ويترافق ذلك مع تغيرات في الأعضاء عادة . تتوضع أسترآت كوليسترول في المنسجات أيضاً في الجلد وخلايا شوان Schwann's Cells في الأعصاب الجلدية الصغيرة . هذا ويحدث اختزان الشحوم في كلا الأعصاب الجلدية النخاعية وغير النخاعية .

المسار : يظهر هذا الداء بين أعمار ٣٠ - ٦٠ سنة عادة ، لأنه في ذلك الحين فقط يميل تكاثر الخلايا النسيجية الشكل ، وتوضع الشحوم إلى إصابة الأعضاء المختلفة . أما العلاقة مع تصلب الشرايين فغير محددة تماماً .

التشخيص : التغيرات الجلدية هنا هامة جداً عند وجود لأعراض البدئية المذكورة سابقاً . يمكن تمييز التغيرات النموذجية بأندراسة الكيميائية نسجية ، إلا أنه يمكن تأكيدها أكثر بالمجهز الإلكتروني ، سواء في الاندفاعات الحطاطية ، أو في الجلد الذي يُصَبَّ سريراً بعد .

الجدول ٣٨ - ١ : عيوب الإنزيم الوراثية في تدرك الشحوم السفنفولية السكرية ، ونواتج التوضع الرئيسي في الشحام السفنفولي

الإنزيم	نواتج التوضع الرئيسية	الداء
α غالاكتوزيداز A (سيراميد تري هكسوزيداز)	سيراميد غلوكوز - غالاكتوز - غالاكتوز (تري هكسوزيل سيراميد)	التقران الوعائي الجسدي المنتشر
β - غالاكتوزيداز	سيراميد غلوكوز - غالاكتوز (ثنائي هكسوزيل سيراميد)	داء سيراميدات لاكتوزيل
غلوكوسربروزيداز	سيراميد غلوكوز (أحادي هكسوزيل سيراميد)	داء غوشيه (Gaucher's Disease)
سفنغوميليناز	سيراميد فسفوريل كولين	داء نيمان - بيك
β - غالاكتوزيداز	غالاكتوسربروزيد	داء كراب
أريل سلفاتاز A	سيراميد - ٣ سلفات - غالاكتوز	حتل المادة البيضاء المتبدل اللون
سيراميداز	سيراميد	الورام الحبيبي الشحمي المنتشر

يؤدي إلى تراكم تري هكسوزيل سيراميد في العديد من الخلايا والأعضاء .

الحدوث : نادر جداً ، ويقدر بنسبة مريض واحد إلى كل ٤٠,٠٠٠ من السكان ، ونمط انتقاله الوراثي مرتبط بالصبغي X . لا تظهر لدى النساء المتخالفات الزيجوت الحاملات للجينات أعراض سريرية ، أو تظهر لديهن أعراض غير هامة . ويتوضع جين ألفا - غالكتوزيداز على الصبغي X للذكر ، علماً أن هذا الداء أكثر شيوعاً لدى الذكور .

الإمراض : ينشأ هذا الداء من عيب جيني في إنزيم ألفا - غالكتوزيداز A ، الذي يحفز على تحرر جزيء ألفا - غالكتوز من تري هكسوزيل سيراميد . ويؤدي هذا العيب الإنظيمي إلى تراكم تري هكسوزيل خصوصاً في الأوعية الدموية الصغيرة ، وهذا بدوره يؤدي إلى ظهور الأعراض السريرية ذات العلاقة . يمكن مشاهدة مادة الشحوم السكرية السفنغولية في المقاطع المجمدة للغلالة الوسطانية Tunica Media ، والغلالة الجوانية Tunica Intimo للأوعية الدموية المتوسطة الحجم في الجلد والأعضاء الأخرى بسبب انكسارها المزدوج في الضوء المستقطب ، يبدي المظهر الالكتروني توزيعات متراكمة الطبقات ذات بنية صفاحية Lamellar في الجسيمات الحالة للخلايا البطانية ، وأرومات الليف ، والخلايا العضلية للمساء . (راجع الشكل ٣٨ - ١) .

الموجودات السريرية : تتعلق العلامات السريرية بشكل رئيسي بالجلد ، والجملة العصبية المركزية ، والكلى ، والعيون .

التغيرات الجلدية : تظهر قبل البلوغ عادة . وتتألف الآفة البدية من بقعة تتوسع فيها الشعيرات حمراء داكنة ، أو سوداء ، أو حطاطة مشابهة تكبر حتى تصبح بقطر ٤ مم . ولا يمكن ملاحظة التقران دائماً . تحدث التغيرات في مناطق صغيرة من الجلد عادة ، ويمكن ملاحظتها بشكل رئيسي على الإلوتين ، والصفن ، ومنطقة ما حول السرة (انظر الشكل ٣٨ - ٢) . وفي الحالات الأكثر حدة هنالك وعاءومات طفحجية صغيرة مبعثرة ، أو تقرانات وعائية Angiokeratomas ، وخصوصاً على الجذع والأطراف ، علماً أن الوجه والأغشية المخاطية تظل سليمة عادة . هذا وتكون بعض الآفات فقط متقرنة .

العلامات القلبية الوعائية/الكلوية : تظهر مع تقدم العمر التغيرات الناجمة عن التراكم المتري للشحوم السكرية السفنغولية في الكلى والجهاز القلبي الوعائي ، وتكون العلامات كما يلي : فرط ضغط الدم ، ضخامة البطين الأيسر بشكل خاص ، وذمة مستمرة في القدمين وأسفل الساقين ، اضطرابات الجملة الحركية الوعائية ، تغيرات قلبية (شذوذات في ECG) ،

وأعراض محية أحياناً ، ناجمة عن تغيرات وعائية ذات علاقة (خثرات ، فالج ، حبة Aphasia ، نزوف محية) .

الموجودات العينية : وهي شائعة جداً ، وذات أهمية تشخيصية . يمكن أن تصاب كل أجزاء العين ، غير أنه عادة ما تصاب القرنية والشبكية . يمكن كشف العتامات والخطوط في الظهارة القرنية بالمصباح الشقي فقط . أما الآفات الشبكية ، فتكون على شكل توسعات أمدمية Aneurysmal ، وتلايف في الأوعية الشبكية . تشابه التغيرات التشريحية المرضية تلك التي تحدث أثناء العلاج الطويل الأمد بالكوروكين . إضافة إلى ذلك ، فإن وجود تمدد شبيه بالأنبورة Ampulla - Like في أوردة المتحممة هو من الموجودات النموذجية هنا .

الألم : يشكو المريض بشكل وصفي من هجمات من الألم ، وخصوصاً الألم الحارق على الراحين والأخصمين ، ينتشر إلى الأجزاء الدانية من الأطراف ، ويثار بالشدة الميكانيكية غالباً . وبما أن هذه الهجمات يمكن أن تُحرض بالحرارة ، فإنه من الأهمية بمكان تمييز هذا المرض عن احمرار الأطراف المؤلم Erythromelalgia .

التشريح المرضي النسجي : تلاحظ توزيعات من الشحوم ذات انكسار مزدوج في العضلات للمساء للقلب والأوعية الدموية حتى الشرايين الجلدية الصغيرة (خلايا عضلية ، خلايا بطانية) ، وكذلك في نسج وأعضاء أخرى (كالكلية مثلاً) . يمكن كشف الشحوم السكرية في الأوعية الدموية الجلدية المتوسطة القياس في المقاطع المجعدة بانكسارها المزدوج في الضوء المستقطب ، أو بوساطة المجهر الالكتروني .

المسار : الإنذار سيء ، إذ يموت عدد كبير من المرضى من اختلاطات وعائية ، أو من اليريمية بين سن ٣٠ - ٥٠ سنة .

التشخيص : يؤدي عوز إنزيم ألفا - غالكتوزيداز A إلى توزيع ركاز شحمية سكرية سفنغولية متنوعة مع نهايات ألفا - غالكتوزيل النهائية . وإن الشحم السكري السفنغولي الرئيسي الذي يترام ويتوضع هو تري هكسوزيل سيراميد ، الذي يمكن كشف مستويات مرتفعة منه في كل النسج عدا الكريات الحمر ، وهو يتوضع في الأجسام الحالة الثانوية للخلايا البطانية ، وحول الظهارية ، والظهارية للجهاز القلبي الوعائي - الكلوي . تتألف الأعراض الرئيسية في سن الطفولة من التغيرات الجلدية ، والعتامات القرنية ، ومذل الأطراف Acroparesthesia . إضافة إلى ذلك ، يمكن أن يكون هناك حمى ، وارتفاع في سرعة التثفل . يوضع التشخيص اعتماداً على وجود الشحوم ذات الكسر المزدوج في مقاطع الجلد المجمدة ، وفي بلاعم نقي العظام ، وفي ثفالة البول . كما يمكن كشف

السريروزيدات السكرية بكميات متزايدة ، ويتم امتصاصها من قبل البلاعم التي تتحول بذلك إلى ما يدعى خلايا غوشيه **Gaucher's Cells** . ويمكن الكشف عن وجود تكسد كيف لخلايا غوشيه في الأعضاء المريضة ، وكذلك في نقي العظام . تقيس خلية غوشيه ٢٠ - ١٠٠ نانومتر ، ولها نواة واحدة ، أو عدة نوى . تأخذ الضفائر الليفية داخل الهيولية الشبكية الرفيعة العديدة مظهراً نموذجياً ، وتعطي الهيولى مظهراً مخططاً أو حبيبياً مقارنة مع الشكل الفجوي لخلية نبان - بيك .

أما من الناحية الكيميائية النسجية ، فهناك توضع من معقد البروتين السريروزيدي في مثل هذه الخلايا . وإضافة إلى ذلك ، هناك كميات صغيرة من الشحوم الأخرى ، وخصوصاً الغليسريدات الثلاثية .

الموجودات السريرية : تعتبر ضخامة الكبد والطحال ، وفقر الدم ، ووجود خلايا غوشيه ، وارتفاع مستوى فوسفاتاز المصل من العلامات المحددة لداء غوشيه . كذلك يمكن أن نجد بقع فرط تصبغ شبيهة بالكلف ذات لون برونزي على الوجه والساقين ، وكذلك ضخامة طحال مع كبد صغير نسبياً ، إضافة إلى اعتلال عقدي لمفي ، وتصبغ بالملتحمة .

ولقد تم تمييز ثلاثة أنماط من هذا الداء تبعاً للترقي السريري له ، والأعضاء المصابة به .

النمط I : شكل كهلي مزمن دون أعراض عصبية : يمكن أن يظهر في أي عمر . وتعتبر العلامات التالية مميزة للوحة السريرية لهذا الداء هنا : اضطرابات في جهاز مكون الدم Hemopoietic System (فقر الدم ، قلة البيض ، قلة الصفيحات) ، ضخامة الطحال ، الألم الهيكلي .

الموجودات الجلدية : تظهر على شكل لطخ بنية من تصبغات جلدية ، وخصوصاً على الوجه (كلف) ، وعلى الساقين ، وكذلك على شكل توضعات صباغية على الملتحمة . وهذه الأعراض قد تكون نتيجة شذوذات في استقلاب الحديد .

النمط II : شكل خبيث حاد مع أعراض عصبية : تسيطر في هذا الشكل الأعراض العصبية أو الخية ، وهنا يصبح الأطفال مرضى بعيذ الولادة مباشرة ، ولا يقون على قيد الحياة أكثر من سنتين .

الموجودات الجلدية : التغيرات الجلدية نادرة نسبياً هنا ، ولكن يمكن العثور على توضعات صباغية في الملتحمة البصلية أحياناً . ويموت الأطفال عادة من أخماج عارضة ، أو شلل تنفسي ، أو ذات رئة استنشاقية ، مع لوحة متلازمة بصلية كاذبة .

النمط III : شكل شبابي تحت حاد مع أعراض عصبية : لا تتطور اضطرابات الجملة العصبية المركزية في هذا الشكل حتى

مستوى مرتفعة لا تري هكسوزيل سيراميد في البول أيضاً . - غشائية حرة . فإنه يمكن إظهار الفعالية المنخفضة لأنظم - غلاكوزيداز A في المصورة ، والكريات البيض ، - خلايا جنور الأشعار ، والأنسجة المأخوذة بالخزعة ، - بروتينات تيف المستنبطة Cultivated Fibroblasts . وهذه الطريقة أيضاً ، يمكن أن يوضع التشخيص في الحياة الجنينية بزل سلى في الأسبوع الرابع عشر من الحمل ، والتحليل الكيميائي حيوي سلى الذي يترآم فيه تري هكسوزيل سيراميد .

لتشخيص التفريقي : من المهم التمييز بين الأنماط المختلفة - عثرات الوعائية : التقران الوعائي المحدد في الصفن ، والتقران الوعائي - ميليلي Angiokeratoma of Mibelli ، علماً أنه لا يمكن في هذه الأشكال كشف الشحوم ذات الانكسار - رتوج . أما الوعاؤومات الشخوخية فتظهر لدى البالغين - وهو شائعة على الجذع غالباً ، وتكون العلامات لأخرى غائبة .

العلاج : أعطي الديفينيل هيدانتوين (Phenytoin) diphenylhydantoin بنجاح في المعالجة العرضية للألم . أما معالجة الاضطرابات القلبية الوعائية ، والعصبية ، والرئوية ، - العصبية فهي عرضية بشكل كامل . وفي حال حدوث قصور كوني مزمن ، يجب اللجوء إلى الديسسال الدموي Hemodialysis ، أو زرع الكلية . كما يتم اللجوء إلى الاغتراس شبي نكلى في بعض المرضى من أجل إيجاد سبيل لأنظم ألفا - غلاكوزيداز A الفعال إلى داخل الجسم لإصلاح العيب - استقلابي . هذا وقد جُرب مؤخراً الإعطاء المباشر للإنظيم ، - عصء إنظم ألفا - غلاكوزيداز الفعال وريدياً .

داء غوشيه Gaucher's Disease [1882] :

مرادفات : شحام السريروزيد **Cerbroside Lipidosis** ، كثرة المنسجات بشحم الكيراسين **Kerasin Lipid histiocytosis** .

التعريف : هو داء ذو سير حاد ، أو تحت حاد ، أو مزمن ، يحدث نتيجة عيب إنظيمي ولادي في تحلل السريروزيد ، وما ينجم عن ذلك من توضع السريروزيدات في البلاعم .

الحدوث : نادر جداً ، وينتقل بوراثة جسدية صاغرة . ولم يوصف حدوث هذا الداء في أكثر من ثلاثة أجيال متتالية .

الإمراض : إن حلمة مركبات بيتا - غلوكويرانوزيد **Beta Glucopyranoside** - هي المرحلة الأولى من تحلل سريروزيدات السكرية ، ويحفز إنظيم غلوكوسريروزيداز (وهو بيتا - غلوكوزيداز) هذا التفاعل . وفي داء غوشيه ، ينقص مستوى هذا الإنظيم بشدة ، فتتراكم بالتالي

الطفولة الباكرة . ويكون السير هنا كما هو عليه في النمط II . لكنه أكثر سلامة . وهنا يموت المرضى في الطفولة المتأخرة عادة ، أو الكهولة الباكرة .

الموجودات الجلدية : تظهر مناطق من فرط تصبغ شبيه بالكلف على الوجه ، وفرط تصبغ خطي أو لطخي على الساقين . ومن الملاحظ أن فرط التصبغ الشبيه بالكلف يصبح داكناً كالبرونز أحياناً ، أو ذا لونٍ رصاصي ، كما أن خلل التصبغ يصبح أكثر قمامة مع تقدم العمر .

التشريح المرضي النسجي : لا توجد ارتشاحات بخلايا غوشيه في الجلد . يدي الجلد المفرط التصبغ كميات زائدة من الملانين البشري ، وقد يدي أصبغة تحتوي على الشحوم والهيموسيدرين .

التشخيص : يتم التشخيص بإجراء بزالة قصية و/أو طحالية تبين وجود خلايا غوشيه . تكون مستويات شحوم المصل طبيعية عادة ، أما مستوى الفوسفاتاز الحامضي (ذي المنشأ اليحلولي) فيكون مرتفعاً . هذا ويمكن وضع التشخيص لدى الجنين بالجوء إلى بزل السلى .

المعالجة : غير ممكنة ، والآراء مختلفة حول فاعلية استئصال الطحال . أما المعالجة المثبطة للخلايا فهي غير مفيدة . ويمكن اللجوء إلى المداواة بالأشعة من أجل البؤر الموضعية في العظام . هذا وتستجيب مناطق فرط التصبغ الشبيه بالكلف إلى المعالجة الموضعية ، كما في حالات فرط التصبغ بأسباب أخرى .

داء نيمان - بيك Niemann - Pick Disease [نيمان ١٩١٤ ، بيك ١٩٢٦] :

المرادفات : الشحام السفينغوميلايني Sphingomyelin Lipidosis ، داء السفينغوميلاينية Sphingomyelinosis ، متلازمة نيمان - بيك .

التعريف : هو داء وراثي يحدث نتيجة توضع السفينغوميلين في أعضاء متعددة ، بسبب وجود عيب في إنزيم السفينغوميلايناز Sphingomyelinase .

الحدوث : نادر جداً . ويقدر أن عدد الحالات الجديدة من هذا الداء في جمهورية ألمانيا الاتحادية يبلغ ١ - ٣ حالات كل سنة . وينتقل هذا الداء بمورثة جسدية صاغرة .

الإمراض : نتيجة لنقص فعالية إنزيم السفينغوميلايناز أو غيابه ، يترام السفينغوميلاين والكولسترول في البلاعم المتكاثرة في النسيج الشبكية النسجية Reticulohistocytic Tissues (العقد اللمفية ، الطحال ، التوتة ، خلايا كوبفر Kupffer's Cells ، الدبق العصبي) . أما الجلد ، فلا يصاب عادة .

التصنيف : يمكن تمييز خمسة أنماط من هذا الداء .

النمط آ : شكل طفلي إلى شبابي مع إصابة الجملة العصبية المركزية والأعضاء الداخلية ، ووجود عوز في إنزيم السفينغوميلايناز . وهنا لا يعيش الأطفال المرضى أكثر من السنة الثالثة أو الرابعة من العمر .

النمط ب : بدء طفلي شبابي ، مع سير سليم بطيء يستمر بالكهولة ، دون إصابة الجملة العصبية المركزية ، ولكن توجد إصابة حشوية . وهنا يوجد عوز في إنزيم السفينغوميلايناز .

النمط ج : شكل طفلي مراهقي ، مع إصابة الجملة العصبية المركزية والأحشاء الداخلية ، لكن مع وجود عوز جزئي على الأكثر في إنزيم السفينغوميلايناز . ومن المحتمل هنا أن يكون الإيزوانزيم السفينغوميلايناز مفقوداً . والداء هنا يميت قبل سن الخامسة عشر من العمر عادة .

النمط د : يوجد عند المرضى النحدرين من مقاطعة نوفاسكوتيا في كندا . والصورة السريرية مشابهة هنا لما هي عليه في النمط ج ، مع وجود تليف أو تشمع في الكبد .

النمط هـ : يتضمن هذا النمط اضطرابات تخزين السفينغوميلين في الكهول الذين تكون مستويات إنزيم السفينغوميلايناز لديهم طبيعية عادة .

ولعل من المحتمل أنه يجب أن تطلق تسمية داء نيمان - بيك على النمط أ فقط . ولم يؤكد بعد ما إذا كان النمط هـ متواجداً بين المرضى الكهول الذين يعيشون عادة لما حول سن الخمسين من العمر ، أو إذا كانت هذه الحالات تمثل أشكالاً مختلفة ذات بدء متأخر من نمط ب أو نمط ج وذات سير بطيء .

الموجودات السريرية : العلامات الأولية في الشكل الطفلي من داء نيمان - بيك هي ضخامة الكبد والطحال ، والارتشاح المنتشر في الرئتين ، وضخامة العقد اللمفية المتضمة ، والإصابة الشديدة للجملة العصبية المركزية . أما التكتس الدماغي ، والنوب الصرعية الشكل ، والتكتس البقيعي في النمط أ ، فمن المحتمل أنها تعود إلى التأذي العصبي نتيجة تراكم السفينغوميلاين في الدماغ .

الموجودات الجلدية : وهي تظهر في المرحلة المتقدمة فقط من هذا الداء (حين ، وفقدان وزن ، وسغل) ، وتتألف من فرط تصبغ بني ضارب إلى الصفرة منتشر في الجلد والأغشية المخاطية .

التشريح المرضي النسجي : يكون الجلد مستثنى من عمليات التخزين عادة . والموجودات النطية في الأعضاء المصابة ونقي العظام هي الخلايا المختزنة الكبيرة التي يمكن فيها كشف

المعالجة : غير ممكنة .

مرادفات : داء فاربر ، الورام الحبيبي الشحمي العائلي .

الحدوث : سجل حدوث /٣٠/ حالة في الأدب الطبي . ولا يبدو أن هنالك زيادة في حدوثه في مناطق معينة .

الموجودات السريرية : تتمثل الموجودات السريرية بالثلاث المؤلف من تحدد حركة مؤلم في جميع المفاصل ، وبحة صوت ، وعقيدات بنية اللون تحت الجلد ، وخصوصاً على الأوجه الانبساطية للمفاصل الكبيرة (الأصابع ، المرفق ، الركبة ، مفصل عتق القدم) . وقد تؤدي إصابة الأوتار إلى حدوث تقفعات .

التشريح المرضي السجى : غير وصفى ، ويمكن ملاحظة وجود نسيج ليفى فيه أرومات ليف ومنسجات ، وأحياناً خلايا رغوية . تبدي المقاطع المجعدة وجود شحم سكري مع شحم وتلون بالـ PAS .

المجهر الإلكتروني : يبين وجود بُنى دودية الشكل (أجسام فاربر Farber's bodies) في أرومات الليف ، والمنسجات ، وفي الخلايا البطانية أحياناً (أجسام زبرا Zebra bodies) .
(راجع الشكل ٣٨ - ٣) .

الفحوص الكيميائية : نلاحظ وجود تخزين زائد للسيراميدات في النسيج المتغيرة إمرضياً (مثل العقد تحت الجلدية) .

الإنذار : هذا الداء مميت عادة .

السير : هنالك غمطان محتملان لسير هذا الداء :

— سير حاد مع نهاية مميتة خلال الستين الأولى من الحياة ،
ووجود إصابة عصبية مركزية أكثر شدة ، وتغيرات جلدية
طفيفة .

المعالجة : عرضية .

الفصل التاسع والثلاثون

الأدواء الجلدية الناجمة عن اضطراب استقلاب الحموض الأمينية

Skin Diseases Due to Disorders of Amino Acid Metabolism

د . صائن كاشور

د . غانم رسلان

التالي لتراكم الفينيل آلانين ومستقلباته التي تكشف مستوياتها
المزداة في السائل الدماغي الشوكي أيضاً .

الموجودات الجلدية : نظراً لفقدان هدر كسلة الفينيل آلانين ،
فإنه لا تتشكل سوى كميات غير كافية من التيروسين لا تكفي
بدورها من أجل اصطناع الميلانين ، وهذا ما ينتج عنه السحناء
الشقراء ، حيث يكون الجلد أشقر فاتحاً ، والعيون زرقاء ، كما
تقل نسبة حدوث الوحامات المصبغة لدى هؤلاء الأطفال
عادة . وليست السحناء الشقراء علامة ثابتة غير قابلة
للتراجع ، وما يؤكد ترافقها السببي مع عوز الإنزيم ، اغمقاق
الشعر إذا أضيف التيروسين إلى حمية المريض .

وليس من غير الشائع هنا ملاحظة وجود رهاب الضوء ،
وفرط التعرق ، وانطلاق رائحة شبيهة برائحة الفأر . ومن المهم
أن نلاحظ أن جلود هؤلاء المرضى جافة جداً عادة (انعدام
الزهم مع وسوف دقيقة) . وفي ٢٠ - ٥٠٪ من الحالات
هناك أعراض إكزيمة بنيوية ، خاصة وجود آفات إكزيمة خفيفة
الشدة على الخدين .

التشخيص : لقد أصبح بالإمكان وضع التشخيص لدى
الأطفال باكراً في الوقت الراهن . يتلون البول باللون الأخضر
لدى إضافة محلول كلوريد الحديد ٥٪ ، أو إيجابية اختبار
شرائط Phenistix دلالة تشخيصية قاطعة وحاسمة . وعلى أية
حال ، يكون الإفراز المميز لمستقلبات الفينيل آلانين غائباً في
بعض الحالات خلال الأسابيع القليلة الأولى من الحياة . وما
عدا ذلك ، فإن ارتفاع الفينيل آلانين في المصورة إلى
٥ مغ/١٠٠ مل أو أكثر ، يدفعنا للاشتباه بهذا الداء .

الإنذار : سيء ، إلا إذا بُشر بالعلاج باكراً جداً .

المعالجة : يمنع القوت الفقير بالفينيل آلانين حصول التخلف
العقلي إذا أعطي باكراً ، لذلك فمن المطلوب تعديل القوت
بحذر مع بذل العناية المناسبة . هذا وتستجيب التغيرات الجلدية
الإكزيمة لهرميات الستيرويدات المنخفضة الفعالية بسرعة .
كذلك فإنه من المهم توجيه العناية المناسبة للجلد (الاستحمام
بالحمامات المضاف إليها الزيت ، وتطبيق مستحلبات الماء في
الزيت) .

متلازمة هارتنب Hartnup Syndrome [بارون ورفاقه
: ١٩٥٦]

المرادفات : داء هارتنب ، متلازمة البيلة الحمضينية الكلوية مع
الرخ الخيخي البلغرة .

التعريف : هو اضطراب وراثي يؤدي إلى حصول عيب في
النقل الخلوي للحموض الأمينية المتعادلة ، وإلى أعراض جلدية

تنجم هذه الأدوية الجلدية عادة عن عوز ولادي في
الإنزيمات التي تحفز اصطناع الحموض الأمينية النوعية أو
نقلها . تتظاهر اضطرابات استقلاب الحموض الأمينية في الجلد
بشذوذ في تصبغ الجلد والشعر ، واضطرابات في بنية الشعر ،
ومظاهر بلغرة أحياناً . ومن المهم بالنسبة للمرضى الذين لديهم
اضطرابات ولادية في بنية الشعر ، استحضار اضطرابات
الحموض الأمينية في أذهانتنا ، وإجراء مقايسة الحموض الأمينية
الجائلة في الدم ، أو الموجودة في البول .

بيلة الفينيل كيتون Phenyl Ketonuria [فولينغ
: ١٩٣٤]

المرادفات : داء فولينغ Folling's disease ، التخلف العقلي
بالفينيل يروفيك .

التعريف : هو اعتلال إنزيمي وراثي ، تتوقف فيه هدر كسلة
الفينيل آلانين إلى تيروزين بسبب غياب إنزيم هيدروكسيلاز
الفينيل آلانين ، وهذا يتظاهر سريرياً بتخلف عقلي ، ونوب
صرعية ، وسحناء شقراء Fair Complexion .

الحدوث : يقدر أن هناك حالة واحدة من هذا الداء بين كل
١٠/١ آلاف نسمة من السكان وتنتقل الوراثة في هذا الداء
بشكل جسدي صاغر .

الإمراض : بسبب غياب الإنزيم هيدروكسيلاز الفينيل آلانين ،
يخضع الفينيل آلانين للتحويل إلى حمض البيروفيك الذي يتراكم في
الدم . إضافة إلى ذلك ، فهناك زيادة في طرح الفينيل آلانين
وحمض البيروفيك في البول (بيلة الفينيل كيتون) ، ونقص
نسبي في التيروسين في الجسم . (انظر الشكل ٣٩ - ١) .

الموجودات السريرية : يعتبر الجهاز العصبي المركزي الجهة
الرئيسية المتأثرة بهذا الداء . يدي الأطفال المصابون درجات
مختلفة من التخلف العقلي الناجم عن تأذي الدماغ الانسائي ،

وعصبية ، مع بيلة حمضينية نوعية . وتعود تسمية داء هارتنب إلى اسم المريض الذي شخص لديه هذا الداء لأول مرة عام ١٩٥١ .

الحدوث : نادر ، ويحتمل انتقاله بصفة وراثية جسمية صاغرة ، وهو ذو ألائل متعددة Multiple Alleles .

الإمراض : تفترض التغيرات الجلدية الحاصلة هنا وجود نقص في حمض النيكوتيناميد ، حيث أنه من الممكن تلطيف الأعراض الجلدية والعصبية بإعطاء حمض النيكوتينيك . وقد يكون هناك نقص في امتصاص التريبتوفان من الأمعاء ، وهذا ما يُفضي إلى نقص في الحموض الأمينية اللازمة لاصطناع حمض نيكوتينيك . ويمكن أن يُحصَر الاصطناع الحيوي لحمض نيكوتيناميد نفسه نتيجة عيب وراثي في خلايا الجلد ، أو لدماع ، أو حتى الأمعاء والكلى . ولقد افترضت أيضاً إمكانية حدوث تشكيل زائد لمشتقات الأندول نتيجة المستويات المرتفعة للتريبتوفان في لمعة الأمعاء بسبب الاختار الجرثومي ، وهذه المشتقات بدورها يمكن أن تثبط الاصطناع الحيوي لحمض النيكوتيناميد . وفي كل الأحوال ، فإن الإفراز الزائد لأجسام أندول التريبتوفان (حمض الإندوليل أكريليك Indolylacrylic Acid) ، والحموض الأمينية الأخرى في البول أمر ملفت للنظر . وهنا سوء امتصاص نوعي للتريبتوفان ، وربما للحموض الأمينية الأخرى مثل الآلانين ، والسيرين ، والغليسرين ، والفيتيل آلانين بسبب وجود عيب في آلية نقل هذه الحموض الأمينية عبر الغشاء المخاطي للصفام ، ويبدو أن هذا مسؤول عن العوز بحمض النيكوتيناميد داخل الخلايا . وقد يكون وجود عيب مشابه في آلية إعادة لامتناس الكلوي مسؤولاً عن البيلة الحمضينية .

الموجودات السريرية : العلامات الرئيسية هي : رخ مخيخي تنباني مترافق بالرأفة والشفع ، ونوب شقيقة ، وتراجع تدريجي للتطور العقلي ، وتظاهرات جلدية .

الموجودات الجلدية : تكون الموجودات الجلدية فصلية ، وتظهر بشكل تحسس ضوئي Photosensitivity ، مع تغيرات تشمل فقط مناطق الجلد المعرضة للضوء (الوجه ، والأنف ، وظهر اليدين ، وكذلك الركبتين لدى الأطفال) ، خصوصاً في فصل الربيع . وتقدم هذه التغيرات أحياناً صورة أشد من بلغرافية ، أو تماثل تلك التغيرات المشاهدة في التهاب الجلد الشمسي الحاد أو تحت الحاد بوجود الحماسي ، والتورم الخفيف ، والحكة ، إضافة إلى ذلك ، فقد يحدث شيب مبكر في الأشعار أحياناً .

وقد سجلت أيضاً حالات حصل فيها التهاب معدة ، والتهاب لسان ، وإسهال .

البول : إن حدوث استشراب البيلة الحمضينية أمر ضروري لوضع التشخيص . تفرز في البول عدة حموض أمينية بكيات عالية ، خصوصاً تلك التي تمثل زمـر مونوأمينومونوكاربوكسيليك Monoaminomonocarboxylic Groups . أما طرح البرولين ، وهيدروكسي البرولين ، والغليسرين فيكون طبعياً . وهناك عادة بيلة انديكانية Indicanuria واضحة (إيجابية اختبار ميلون Millon) .

السير : تميل الحالة للتحسن مع تقدم العمر . وقد تتطور الأعراض الجلدية والعصبية بشكل مترامن ، أو مستقلة عن بعضها البعض . ويعتبر الحدوث الفصلي أحد المظاهر الشائعة هنا .

التشخيص التفريقي : يتظاهر داء هارتنب على مناطق الجلد المعرضة لضوء الشمس فقط . يجب الأخذ بعين الاعتبار آفات البلغة أو الاضطرابات البلغرافية ، وكذلك التفاعلات السمية الضوئية المحدثة بالأدوية ، أو الأرجية الضوئية ، وإكزيمة التأتب المحدثة بالضوء . كذلك يجب الانتباه إلى تبكل الجلد الولادي Congenital Polkiloderma ومتلازمة كوكاين Cockayne's Syndrome (الشياخ المبكر) التي تلاحظ في السنة الأولى من الحياة ، وتترافق مع اضطرابات في التطور الروحي الحركي .

المعالجة : يؤدي إعطاء جرعات عالية من حمض النيكوتيناميد (٣٠٠ - ٦٠٠ مغ يومياً) إلى حصول تراجع فوري للأعراض الجلدية ، إلا أن عودة الأعراض العصبية إلى طبيعتها تتم بشكل أبطأ . ومن المهم منع التعرض لضوء الشمس الشديد ، وتزويد المريض بقوت عالي الحرارة ، وغني بالبروتينات ، وكذلك تزويده بالوقايات الخارجية من الضوء .

البيلة الألكابتونية مع المغرافية Alkaptonuria with Ochronosis [فيرخوف Virchow ١٨٦٦] :

المترادفات : البيلة الألكابتونية ، المغرافية .

التعريف : هي داء نادر جداً ، يتصف بحدوث تصبغ داكن في الجلد (مغرافية) ، والتهاب مفاصل ، وبول داكن اللون ، وتوضعات لحمض الهوموجنتيسيك في النسيج بسبب وجود اضطراب وراثي في استقلال التيروزين .

الحدوث : نادر جداً ، وينتقل بمورثة جسمية مقهورة . وهو أكثر شيوعاً لدى الذكور ، ونسبة حدوثه ٣/ لكل مليون نسمة من السكان .

الإمراض : هناك قصور في إنظيم أكسيداز حمض الهوموجنتيسيك نتيجة عيب وراثي ، وبالتالي يتوقف تحلل

التيروزين في مرحلة حمض الهوموجنتيسيك (٢ ، ٥ دي أكسي فينيل حمض الأستيك) . تتجمع هذه الحموض في النسيج الليفية والغضروفية خاصة ، وتؤدي لحدوث تصبغات بنية أو سوداء ضاربة للزرقة . ويعتبر اسوداد الغضروف ناجماً عن توضع مكاثير Polymers مصطبغة تشكلت بوساطة أكسدة حمض الهوموجنتيسيك عبر حمض الأستيك بتزوكينون Benzoquinone Acetic Acid .

الموجودات السريرية : من المهم ملاحظة الثالث العرضي التالي : خلل تلون بعض أجزاء الجلد المعرض للضياء ، والأعراض المفصلية ، والبيلة الملانية .

الموجودات الجلدية : يحدث اضطراب لوني منتشر بشكل لون أسود ضارب للزرقة خصوصاً على الأنف والخواف الهامشية للأذنين ، وذلك نتيجة توضع حمض الهوموجنتيسيك في النسيج الغضروفية والتصبغ الأسود . (انظر الشكل ٣٩ - ٢) كما تحدث توضعات مصطبغة بنية اللون في الصلبة ، لكنها نادرة الحدوث في أماكن أخرى من الجلد .

الأعراض المفصلية : تتظاهر بحدوث **الفصال العظمي الناجم عن البيلة الألكاتونية** . تؤدي توضعات حمض الهوموجنتيسيك المكثورة إلى حدوث فصال عظمي تنكسي ، مع تدهم الغضروف المفصلي ، خصوصاً في العمود الفقري . الإصابة القلبية : محتملة الحدوث أيضاً .

البول : إن انغمقاق لون البول لدى تعرضه للهواء ، هو نتيجة الأكسدة السريعة لحمض الهوموجنتيسيك في محلول قلوي ، وتحوله إلى صباغ داكن غير ذواب شبيه بالكينون بسبب وجود الأمونيا المتشكلة بالاختار الجرثومي .

التشريح المرضي النسيجي : يمكن ملاحظة توضع صباغ داكن في الغضاريف والنسج الضامة . وإنه لمن الصعوبة بمكان تمييز هذا الصباغ نسيجياً كيميائياً عن الملانين ، لأن كلا الصباغين يُزالان (ببيضان) بوساطة يروكسيد الهيدروجين ، وكلاهما ذوابان في القلويات . وعلى أية حال فإن التوضعات الناجمة عن حمض الهوموجنتيسيك ينبغي أن تتحول إلى اللون الأسود لدى استعمال أزرق الميتلين العديد الصباغ ، ويمكن اللجوء إلى الصبغ بزرقة النيل أيضاً .

التشخيص : يقدم خلل التلون الغامق للبول بعد إضافة هيدروكسيد الصوديوم الممدد (محلول مائي ١٠٪) أرضية للاشتباه بهذا الداء . ومن الممكن كشف حمض الهوموجنتيسيك في البول بوساطة اختبارات الإنزيم النوعي ، أو بوساطة الاستشراب الغازي . إضافة إلى ذلك ، يجب فحص أفراد العائلة أيضاً .

التشخيص التفريقي : يوضع التشخيص في الطفولة المبكرة غالباً بسبب تلون البول الغامق ، وإلا فإنه يوضع لدى البالغين عند بدء حدوث خلل اللون الغامق للجلد ، واعتلال المفاصل . ويجب ألا تشوش على تشخيص البيلة الألكاتونية الأسباب الأخرى للبول الغامق مثل (الاضطرابات الاستقلابية للكبد ، البرفيرية ، بيلا الميوغلوبين ، البيلة الدموية) ومن المهم تمييز هذا الاضطراب عن أنماط خلل التلون الأخرى (انظر ٧١٠) . كما يجب أن نستبعد البيلة الألكاتونية العرضية (المكتسبة) أيضاً ، وهذه تنجم عن إبطال فعالية إنزيم أكسيداز حمض الهوموجنتيسيك بفعل الأدوية أو المواد الكيميائية كالفينول ، والريزورسينول ، والمياكرين ؛ وفي هذه الحالات لا يوجد اعتلال مفاصل . كذلك ، فإن المغرانية الخارجية المنشأ يمكن أن تلاحظ بسبب الهيدروكينون الموجود في الرهيمات المبيضة .

الإنذار : من غير الممكن الحصول على تراجع لهذا الداء . وعلى أية حال ، فإن المدى المأمول للحياة هؤلاء المرضى يكون طبعياً .

المعالجة : غير ممكنة ، لأن الجين الذي يتحكم باصطناع إنزيم أكسيداز حمض الهوموجنتيسيك مفقود . يمكن اللجوء إلى الإجراءات العرضية (قوت خالٍ من الفينيل الآنين والتيروزين) ، وتخفيفات اللون التجميلية لحالات خلل التلون .

متلازمة حمض الأرجينينوسوكسينيك Argininosuccinic Acid Syndrome [آلن Allen ورفاقه ١٩٥٨] :

التعريف : هذا الداء عبارة عن عيب وراثي نادر جداً ، يترافق بعوز في إنزيم الأرجينينوسوكسينات لياز ، وأعراض تصيب الحملة العصبية ، والأشعار ، والكبد .

الحدوث : من المحتمل أن هذا الداء ينشأ نتيجة وراثية جينين آليلين يشترك كل واحد منهما من والد .

الإمراض : يكون إنزيم الأرجينينوسوكسينات لياز ، وهو الإنزيم الذي يحفز انشطار حمض الأرجينينوسوكسين إلى أرجنين وحمض الفوماريك ، مفقوداً في حلقة البولة . وقد اكتشفت غياب هذا الإنزيم في الكبد والدم لدى هؤلاء المرضى ، ولهذه الأسباب تفرغ في البول كميات كبيرة من حمض الأرجينينوسوكسينيك (٢ - ٩ غ يومياً) يمكن كشفها بالاستشراب الورقي في البول .

الموجودات السريرية : يبدي المريض منذ الولادة عادة شعراً قصيراً ، فريكاً (سهل التفتت) ، قصفاً (هشاً) ، باهتاً ، شديد الجفاف ، صعب التصفيف وتصاب المنطقة القذالية على وجه الخصوص . ويكون نمو الأشعار معاقاً أيضاً لدرجة أن شعر أولئك المصابين بهذا الداء نادراً ما يحتاج إلى حلاقة . هذا

ويمكن أن تصاب أشعار الحواجب والأهداب وأشعار الجسم ، وكذلك الأطراف أيضاً . وعلى أية حال ، فقد يعود الشعر إلى طبيعته بشكل كبير خلال مرحلة المراهقة . كما يلاحظ لدى هؤلاء المرضى حصول تخلف عقلي ، واختلاجات ، ورغ ، واضطرابات كبدية .

التشريح المرضي النسجي : التغيرات الوصفية هي **تقصف الأشعار العقد ، أو تقصف الأشعار الولادي** ، وشذوذات في جلدية الشعرة يحتمل أنها مسؤولة عن المظهر الباهت للأشعار . وإنه لمن غير الواضح فيما إذا كان تقصف الأشعار العقد الذي يؤدي إلى تكسر الأشعار هو نتيجة مباشرة للاضطراب في استقلاب حمض الأرجينينوسوكسينيك . تحدث حالات مشابهة في بعض المرضى بتقصف الأشعار الولادي فقط . وينطبق هذا أيضاً على العلاقة المشتبه بها لمتلازمة حمض الأرجينينوسوكسينيك بالشعر السبحي **Monilethrix** ، والأشكال الخاصة من الخاصة الزمنة (الخاصة ذات المنشأ الأميني : شيلي Shelley وروفسلي Rawnley ١٩٥٦) .

التشخيص التفريقي : تقصف الأشعار العقد ، ومتلازمة الشعر المتوتري ، والشعر السبحي .

التشخيص : يركز التشخيص على وجود حمض الأرجينينوسوكسينيك في البول الذي يكشف بالاستشراب أو الرحلان الكهربائي . هذا ويمكن تشخيص هذا الداء في الحياة الجنينية أيضاً بواسطة بزل السلى .

البيلة الهوموسيستينية Homocystinuria [فيلد ١٩٦٢] :

التعريف : هذا الداء عبارة عن عيب وراثي في استقلاب الميثيونين ، ينتقل بمورثة جسمية صاغرة ، ويحدث بسبب عوز في إنزيم سينتياز سيستاتيونين .

الحدوث : نادر جداً ، وتبلغ نسبته القصوى مريض واحد لكل ٢٠,٠٠٠ مولود . وهنا ينقص متوسط العمر المتوقع ، ويموت كثير من المرضى في السنوات الثلاثين الأولى من أعمارهم نتيجة حدوث اختلالات خشائية . وهذا الداء شائع بين الأقرباء أكثر ، ويميل للحدوث لدى الذكور أكثر .

الإمراض : هناك عيب إنظيمي وراثي يؤثر على عملية انقلاب الهوموسيستين والسيرين إلى سيستاتيونين ، وبذلك فالهوموسيستين المتراكم والمنقلب إلى هوموسيستين يفرغ في البول (إيجابية اختبار ليجال Legal) ، أو يتشكل الميثيونين ، ويصبح قابلاً للكشف بكميات معقولة في البول والمصورة .

الموجودات السريرية : تتظاهر هذه الاضطرابات على وجه

الخصوص في مكونات الكولاجين الحاوية على مجموعات السلفاهدريل ، وبذلك فهي تتظاهر في أماكن عدة : خلع عدسة العين حتى لدى حديثي الولادة ، واضطرابات في النمو والتطور العقلي ، وتغيرات هيكلية (الطول وطول الأطراف يذكرنا بمتلازمة مارفان ، تخلخل العظام) ، وحسر بصر ، وتغيرات وعائية مع خشارات وريدية وشريانية مميتة غالباً (تنقص عوامل التجلط) ، وتغيرات جلدية .

الموجودات الجلدية : يبدى جلد الفم لطخاً حمراء لدى الأطفال والمراهقين والكهول ، خصوصاً في البيئات الدافئة . ويلاحظ أن لجلد الوجه مسامات كبيرة ، كما يميل جلد الأطراف لأن يأخذ شكلاً شبيهاً . أما الشعر فهو متفرق (متناثر) ورقيق .

قد توجد أيضاً أوعية دموية ذات نموذج شبيه بالترزق **Livedo - Like** ، وندبات ضمورية صغيرة تشبه ورق السجائر على اليدين .

التشخيص التفريقي : يجب ألا يلتبس التشخيص بمتلازمة مارفان ، إلا أنه في هذه المتلازمة تغيب الأعراض الخفية ، وتغيرات الأشعار ، واضطرابات التطور العقلي . ومن جهة أخرى فإنه تظهر أعراض خشوية ، إضافة إلى أنه لا يمكن كشف الهوموسيستين في البول .

المعالجة : يجب أن يوضع التشخيص باكراً ما أمكن نظراً لأن تناول الفيتامين ب ٦ (بيروكسيدين Pyroxidine) بجرعات عالية (٣٠٠ - ٦٠٠ مغ يومياً) يعطي نتائج ناجحة جداً في بعض الحالات .

بيلة التريميثيل أمين Trimethylaminuria [هامبرت ١٩٧٠] :

المترادفات : متلازمة رائحة السمك .

هذا الداء عبارة عن داء نادر ذو رائحة جسد حقيقية . يوجد هناك فشل في عمل إنزيم الكبد الذي يؤكسد التريميثيل أمين المحتص من الأمعاء إلى شكل لا عرقي . وهنا يطلق المريض رائحة تشبه رائحة السمك الفاسد . ويعتبر القوت ، والنييت الجرثومي للأمعاء مسؤولين عن هذه الظاهرة . ويمكن إثبات التشخيص بالاستشراب الغازي للبول .

التشخيص التفريقي : التهاب المهبل بالمجاردنيرلا المهيئية **Gardnerella Vaginalis** ، ومتلازمة الشوه **Dysmorphic Syndrome** .

المعالجة : يفيد القوت المناسب في تحسين الرائحة المحسوسة من قبل المريض نفسه ، ومن قبل الآخرين .

الفصل الأربعون

الاعتلالات الغامية

(الاعتلالات الغلوبينية)

Gammopathies

د . صائن كاشور

يمكن أن ينشأ فرط غاما غلوبولين الدم (وهو الزيادة المرضية للبروتينات من نموذج غاما غلوبولين) من أسباب مختلفة كثيرة .

الاعتلال الغامي الوحيد النسيطة *Monoclonal Gammopathy* : هو الزيادة في الغلوبولينات المناعية الناجمة عن الاصطناع الزائد لجزيئات ضدية عبر نسيطة خلوية متكاثرة مستقلة مفردة .

في الاعتلال الغامي العديد النسيطة *Polyclonal Gammopathy* : تُنتج غلوبولينات زائدة عبر عدد وافر من نسايل خلوية مختلفة كنتيجة لتنبه مستضدي مزمن عادة .

تكون الغلوبولينات المناعية ذات مركب غيري *Heterogenous* بالنظر إلى بنيتها الجزيئية ، وشحنتها الكهربائية ، وهذا ما يبدو في الرحلان الكهربائي المصلي كزيادة واسعة في غلوبولين غاما .

إن الغلوبولينات المناعية التي تُنتج مرضياً بشكل زائد في الاعتلال الغامي الوحيد النسيطة هي من بنية جزيئية محددة ، وتُظهر سلوكاً انتقالياً محدداً في الانفصال الرحلاني الكهربائي . لذلك ، فإنه في الحالات النموذجية ، يدي الرحلان الكهربائي المصلي للمرضى الذين لديهم اعتلال غامي وحيد النسيطة ذورة متناسقة ضيقة (مركب M) ، تظهر إما في منطقة γ ، أو β ، أو في منطقة α_2 - غلوبولين أحياناً ، وذلك تبعاً للشحنة الكهربائية للبروتين غير السوي .

لقد نشأ المصطلح التاريخي نظير البروتينات (البارابروتين *Paraprotein*) لهذه الغلوبولينات المناعية الوحيدة النسيطة من الاقتراض الخاطئ بأنها جزيئات بروتينية محولة إمرضياً ولا تمثل نظائر البروتينات جزيئات بروتين غير سوية إلا في الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيطة ، والتي تشكل فيها خلية نسيطة خبيثة جزيئات غلوبولينات مناعية غير تامة تتألف على سبيل المثال من سلاسل خفيفة فقط (ورم مصوريات بنس جونس *Bence Jones Plasma Cytoma*) ، أو من سلاسل ثقيلة فقط (داء السلسلة الثقيلة *Heavy Chain Disease*) .

يتم التشخيص المخبري للاعتلال الغامي الوحيد النسيطة

بالرحلان الكهربائي لمصل المرضى وبوهم . هذا ولقد تم الاستغناء عن التشخيص الروتيني في تمييز نظائر البروتينات بسلوكية تفصلها أثناء التنبيد *Centrifugation* . ويمكن الآن ، بواسطة أزداد المصل النوعية ، تحديد نماذج السلاسل الخفيفة أو الثقيلة بالرحلان الكهربائي المناعي .

قد يصاب كل صنف من الأصناف الخمسة للغلوبولينات المناعية باعتلال غامي وحيد النسيطة ، ويسبب ذلك اعتلالاً جلدياً . وتبعاً لذلك ، يمكننا أن نميز اعتلالات جلدية بالغلوبولينات *IgE, IgD, IgA, IgM, IgG* . ويتعلق تواتر حدوث كل اعتلال جلدي بالتركيز النسبي للغلوبولينات المستقلة في الدم .

نطرح ، في نصف حالات الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيطة من غط الورم النقوي المصوري الخلايا على الأقل ، تُطرح سلاسل جزيئية خفيفة حرة (بروتينات بنس جونس) من الغلوبولينات المناعية الوحيدة النسيطة المناسية في البول بكميات كبيرة . وبدلاً من الاختبار المستخدم سابقاً ، والذي يقوم على غلي البول لكشف بروتينات بنس جونس فيه (ترسب في درجة حرارة ٥٠ - ٦٠ م° ، وتفكك في حوالي درجة ٨٠ م°) ، فقد أصبح كشفها بالرحلان الكهربائي المناعي للبول المركز للمرضى الوسيلة التشخيصية النوعية .

إن التحول الخبيث للخلايا المشكلة للغلوبولينات المناعية (خلايا B) ، مع التكاثر غير المسيطر عليه للخلية النسيطة الناتجة ، وإفراز الغلوبولينات المناعية ، مسؤول عن الزيادة في الغلوبولينات المناعية الوحيدة النسيطة .

تميز حالات الاعتلال الغامي الوحيد النسيطة الثانوي عن غيرها من الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيطة البدئية المتنوعة . فالحالات الأولى تحدث في أدواء أرومات الدم *Hemoblastoses* ، والمرطانات ، واضطرابات الكبد ، والأدواء الخمجية ، وحييوم أصفر البلي الفيروبولوجي *Necrobiotic Xanthogranuloma* . وليس من الواضح حتى الآن ما إذا كان لهذه الأدواء علاقة سببية بظهور الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيطة ، أو أنها أمراض مرافقة مزمنة .

من المهم تمييز الاعتلال الغامي الوحيد النسيطة الأساسي السليم الصامت سريراً والذي يمكن كشفه بالتشخيص المخبري فقط ، ولا يحتاج لمعالجة . ويحدث هذا النوع بتواتر أكثر في الأعمار المتقدمة على هيئة زيادة وحيدة النسيطة لدى ٣٪ كحد أعلى من الأشخاص الذين جاوزوا سن السبعين .

علامات الاعتلال الغامي الوحيد النسيطة البدئي :

- ألم عظمي ، وتغيرات عظيمة تكشف شعاعياً .

تبدى نزوفاً غمشية ، وتكون ذات لون أحمر ، أو تتدرج بين اللونين الأحمر والأزرق .

الموجودات المجموعية : ضخامة مجسوسة بالعقد اللمفية ، ووذمة شديدة نتيجة نقص ألبومين الدم ، وضخامة كبد وطحال أحياناً .
الأعراض : متنوعة .

الموجودات الدموية : يوجد عادة فقر دم سوي الصباغ ، مع أعداد طبيعية من كريات بيض عدلة مفصصة النوى ، وكثرة لمفاويات نسبية .

جملة التخثر : تكون طبيعية باستثناء تطاول محتمل لزمن التخثر ، وانخفاض مقاومة الشعيرات .

المصل : بالإضافة لنقص ألبومين الدم ، يزداد المحتوى البروتيني بشكل كبير جداً (حتى ١٢ غ٪) ، كما تزداد سرعة التثفل كثيراً (أكثر من ١٠٠ م . م في الساعة الأولى) . ويبدى الرحلان الكهربائي المصلي ذروة مرتفعة ضيقة في منطقة غلوبولينات لا ، والتي يمكن أن تظهر في الرحلان الكهربائي المناعي كاعتلال غامي وحيد النسيلة من نمط IgM .

نقي العظام : توجد خلايا لمفية صغيرة و/أو خلايا مصورية الشكل تحل محل نقي العظام .

التشريح المرضي النسيجي : لا يوجد أساس نوعي هنا . تتألف الرشاحة الجلدية من تكاثر خلايا لمفاوية و/أو خلايا مصورية الشكل : لمفوم الخلايا اللمفية المصورية الشكل - Lymphoplas - Macytoid lymphoma ، و ورم الخلايا المناعية Immunocytoma .

التشخيص : يمكن إثبات التشخيص بكشف الغلوبولينات الكبرية في التثبيذ الفائق (أجزاء بروتينية غير عادية ذات وزن جزيئي < ١١٠ في تركيز أكثر من ٥٪) .

التشخيص التفريقي : من المهم نفي واستبعاد الأورام المصورية النادرة جداً من نمط IgM كذلك يجب الانتباه إلى الأرومة المركزية /الخلوية المركزية/ Centroblastic Centrocytic ، أو الللمفوم الخبيث للأرومة المناعية Immunoblastic Malignant Lymphoma .

الإنذار : سيء .
المسار : مزمن .

المعالجة : عرضية وموقفة للخلايا .

اعتلالات غامية وحيدة النسيلة أخرى Other
: Monoclonal Gammopathies

بُعْد ورم المصوريات Plasmocytoma (النقيوم المتعدد

- سرعة تثفل عالية جداً .
- تفاعل SIA إيجابي (ترسب بروتينات مرئية من المصل المنخفض في الماء المقطر) .
- زيادة بروتينات المصل الكلية .
- وجود بروتينات بنس جونس في البول .
- فقر دم .
- نقص وزن .

من المظاهر الجلدية فتختلف اعتماداً على تكاثر الخلايا نتيجة للغلوبولينات المناعية ، والمظاهر الأرجية ، واضطرابات تغذية الوعائية .

الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة : Monoclonal Gammopathies

وجود الغلوبولين الكبري بالدم Macroglobulinemia
[فالدينستروم ١٩٤٤] :

التعريف : هو داء مزمن يتصف بزيادة وحيدة النسيلة تغلوبولينات المناعية من نمط IgM (غلوبولين كبري) .

الحدوث : غير شائع نسبياً ، ويصيب الرجال الكهول خاصة .

الإمراض : الأساس في هذا الداء هو التتسكس الخبيث للأرومة المنفاوية B أثناء تمايزها إلى خلية مصورية . وهذا التتسكس هو نتيجة لتمدد خلية نسيلة متنكسة تؤثر على العقد اللمفية ، والطحال ، والكبد ، ونقي العظام . ويتصف هذا الداء بزيادة وحيدة النسيلة للغلوبولين IgM (غلوبولينات كبرية) بأوزان جزيئية حوالي ٦١٠ موافقة لتثفل مستقر على 19S في التثبيذ . تشاهد الظواهر الزفية نتيجة تأذي الأوعية الدموية بالجزئيات الكبيرة ، وتكون فعالية التجلط وعوامل الصفائح مثبطة . إضافة إلى ذلك يمكن أن يكون هنالك تكاثر للخلايا المصورية الشكل في الجلد .

الموجودات السريرية : يتظاهر وجود الغلوبولينات الكبري في الدم بالأشكال التالية :

أهبة النزف : وهذه تبدو على شكل غمشات نزفية صغيرة بدرجة أقل من النزف المخاطي الكبير من الفم والأنف ، أو النزف في الجملة العصبية المركزية ، والأذن الداخلية ، والشبكة .

أما فرورية وجود الغلوبولينات الكبري في الدم على الجلد فهي نادرة .

الموجودات الجلدية : يعتبر الارتشاح اللمامي النفي الجزئي حول الحجاج من الموجودات الجلدية المشخصة جداً ، وبدرجة أقل من ذلك يكون وجود ارتشاحات ورمية الشكل ، أو عقيدية صغيرة ، أو ارتشاحات شبه لويحية في الجلد ، والتي

الحمامى العقدة *Erythema nodosum* : وقد وجدت في حالات نادرة من الاعتلال الغامي IgA .

الحمامى المرتفعة الدائمة *Erythema elevatum diutinum* : وقد وصفت في الاعتلالات الغامية IgA ، و IgG ، وكذلك في النقيوم بشكل نادر .

الداء البشري تحت الطبقة المتقرنة *Subcorneal Pustulosis* : .

حبيوم أصفر البلى الفيزيولوجي *Necrobiotic Xanthogranuloma* : وهو يحدث في الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة من أنماط IgG و IgM (أنماط Kappa و Lambda .

أعراض غلوبولينات الدم القرية *Cryoglobulinemia* : التشخيص : في كل حالات الاشتباه بوجود أورام مصورية (نقيوم متعدد ، داء كاهلر *Kahger's Disease*) . سرعة التثفل : تكون مرتفعة .

الرحلان الكهربائي في المصل ، والرحلان الكهربائي المناعي : يظهران اعتلالاً غامياً وحيد النسيلة .

بزل نقي العظم : يبين وجود ارتشاح بالخلايا المصورية . فحص الهيكل العظمي : يظهر وجود آفات انحلال عظمي . البول : يحتمل أن تكشف فيه بروتينات بنس - جونس . المعالجة : قد تستطيع العوامل المؤلفة إخماد كلا الاعتلال الغامي والداء .

الاعتلالات الغامية العديدة النسيلة *Polyclonal Gammopathies* :

يُعد فرط غلوبولينات غاما العديدة النسيلة في الدم ، أي الزيادة في كل أجزاء الغلوبولينات المناعية في المصل ، كثير المشاهدة نسبياً . وتترافق هذه الأدوية عادة مع تفاعلات إيجابية في الاختبارات المصلية الأخرى كاختبارات التفاعلات الإفرنجية غير النوعية المصلية ، والعوامل الرثائية ، والعوامل المضادة للنوى ، وعوامل خلايا الذأب الحمامي ، والأضداد الأخرى . ويمكن أن يحدث فرط غاما غلوبولين الدم العديد النسيلة بشكل عرضي في الأدوية الالتهابية المزمنة كالذأب الحمامي المجموعي ، والغراوية (الساركويد) ، ومتلازمة شُجرين *Siögren's Syndrome* ، والتهاب المفاصل الرثائي . ولهذا ، فإن الاعتلال الغامي العديد النسيلة يعد أيضاً تعبيراً عن تفاعل مناعي ذاتي يكون المعرض السببي فيه غير معروف .

Multiple Myeloma) السبب الأكثر شيوعاً للاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة في هذه المجموعة . يتصف النقيوم المتعدد بالإنتاج المفرط لغلوبولينات مناعية وحيدة النسيلة سليمة (حوالي ٥٥ % IgG ، وحوالي ٢٣ % IgA) .

يتعلق تواتر حدوث النقيومات لصفوف الغلوبولينات المناعية المستقلة بتركيز الغلوبولينات المناعية في المصورة السوية ($IgG > IgA > IgM > IgD > IgE$) .

ينتج الاعتلال الغامي IgG الذي يحدث بشكل أكثر شيوعاً من غيره عن نقيوم متعدد ، أو بشكل أقل شيوعاً من لمفومات لاهودجكينية متنوعة ، وخصوصاً من نمط ورم الخلايا المناعية .

أما الشكل الذي يأتي في المرتبة الثانية من حيث درجة الشبوع فهو الاعتلال الغامي IgA ، ويحدث في النقيوم المتعدد أيضاً ، لكنه يحدث كذلك في اللmfومات اللاهودجكينية ، وفي تقيح الجلد المواتي *Pyoderma Gangrenosum* .

وأما الشكل غير الشائع كثيراً ، وهو الاعتلال الغامي IgD فإنه يرى في النقيومات المتعددة أيضاً ، بينما يشاهد الشكل المائل له في قلة الشبوع وهو الاعتلال الغامي IgE في ابيضاض الدم بالخلايا المصورية ، واللمفومات اللاهودجكينية .

الموجودات الجلدية : لا تظهر علامات جلدية في البداية في أورام الخلايا المصورية (النقيومات المتعددة) . وفي المراحل الأخيرة فقط ، قد تظهر ارتشاحات بالجلد على شكل ارتشاحات عقيدية زرقاء ضاربة للحمرة متعددة ، أو على شكل ارتشاحات أكثر تسطحاً . هذا ويدل الفحص النسيجي على التشخيص .

التظاهرات الجلدية الأخرى :

الداء النشواني المجموعي الثانوي *Secondary Systemic Amyloidosis* : (الداء النشواني المرافق) في النقيوم المتعدد ، والذي يظهر بشكل شائع بصورة نزف حول الحجاج ، أو حول الشرج .

الحزاز الوذمي المخاطي والوذمة المخاطية التصلبية *Lichen Myxedematosus and Scleromyxedema* : وهو اعتلالات غامية وحيدة النسيلة من أنماط IgM ، و IgG ، كثيراً ما يرافق تكاثر خلايا مصورية الشكل في نقي العظام ، والجلد ، والعضلات .

تقيح الجلد المواتي *Pyoderma Gangrenosum* (التهاب الجلد التقرحي) : وهنا يمكن كشف وجود اعتلالات غامية وحيدة النسيلة من النمط IgA لدى المرضى مع أو دون نقيوم متعدد .

فرغرية فرط غلوبولينات الدم Purpura Hyperglobulinemia [فالدنستروم ١٩٤٨] :

ترادفات : لمفوم الخلايا المناعية ، داء فالدنستروم Waldenstrom ، فرغرية فرط غلوبولينات الدم .

العرىف : هذا الداء عبارة عن مجموعات ناكسة من فرغرية قىامية Orthostatic Purpura لدى النساء خاصة ، مع فرط غنوبولينات غاما في الدم .

الحدوث : غير شائع ، ويحدث أكثر ما يحدث لدى النساء نشابات ، ولا يوجد تأثير وراثي واضح .

الإمراض : يوجد هنا فرط غلوبولينات غاما عديدة النسيلة في الدم أساسى أو غامض دون أى اقراض بوجود أدواء أخرى قد تؤدي إلى تغيرات هامة في بروتينات المصل . وبالإضافة إلى لعوامل الوعائية ، فإن فرط غلوبولينات غاما المصلى في الدم ذو أهمية محتملة بالنسبة للفرغرية ، وخاصة كما في الأدواء الأخرى نتي يحدث فيها فرط غاما غلوبولينات الدم العرضى أيضاً (التهاب الشفاف العدسى ، التهاب المفاصل الرثياني ، التقويم المتعدد ، الداء النشواني) . وقد توجد زيادة في النفوذىة الوعائية تؤهب بدورها لحدوث الفرغرية .

الموجودات السريرية : تشابه الصورة السريرية تلك الموجودة في الفرغرية القىامية ، وذلك بوجود مجموعات من نزوف نمشية بحجم رأس الدبوس ، أو أكبر بقليل على الأجزاء الارتكازية من الجسم ، وخصوصاً الساقين السفليين ، قد تطلقها عوامل ميكانيكية ، وتكون علامة رمبل – ليد Rumpel – Leede إيجابية . إضافة إلى ذلك ، يمكن مشاهدة توضعات ثمانية ذات لون بني ضارب للصفرة على غمط فرغرية مغرانية صفراء Jaune d'ocre .

يمكن أن تظهر أحياناً عقيدات صغيرة تشبه الأورام الوعائية إلى حد ما كمناطق وذمية على الكاحلين الداخلى والخارجى . أما الأغشية المخاطية ، فلا تصاب عادة .

الأعراض : تظهر حكة بسيطة أحياناً ، وفي أحيان أخرى قد يظهر إحساس حارق شديد ، أو شعور بالانكماش والتضييق في المناطق المصابة من الأطراف .

التشريح المرضى النسجى : تعود الصورة النحوزجية إلى التراكب المرضى للكريات الحمر داخل الأوعية (تكدر الدم Sludging) ، وقد يوجد التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض أيضاً . وهنا يجب إجراء اختبار التآلق المناعى المباشر . السير : مزمن ومتموج .

التشخيص : الأدواء المجموعية الأخرى غائبة . يوجد ارتفاع شديد في سرعة التثفل ، وفرط بروتينات الدم ، واختبارات

تنشيط المصل شاذة (مثل البروتين المنشط C) .

طراز الرحلان الكهربائى المصلى النمطى : نقص ألبومين الدم ، مع ذروة غلوبلين لا عريضة مرتفعة .

الرحلان الكهربائى المناعى : نلاحظ وجود زيادة متعددة النسائل في الغلوبولينات المناعية ، كما تحدث زيادة في نفوذىة الشعيرات دون أى اضطراب في جملة الدوران . ومن الممكن أن نجد فقر دم سوي الصباغ ، مع قلة البيض Leukopenia .

التشخيص التفريقى : من المهم فحص هؤلاء المرضى جيداً ، والتحري عن فرط غلوبولين غاما العرضى في الدم في الذأب الحمامى المجموعى ، وتصلب الجلد المجموعى المترقى ، ومتلازمة شغرين ، والتهاب الأوعية المنخر . كما يدخل في التشخيص التفريقى الأشكال الثانوية من فرغرية فرط غلوبولينات الدم في التشمع الكبدي . وفي هذه الحالة الأخيرة ، يمكن أن نجد فرط غلوبولينات غاما في الدم مع اعتلال غامى عديد النسائل ، لكننا إضافة إلى ذلك عادة ما نجد اضطرابات ذات منشأ كبدي مثل قلة الصفائح ، أو عوز البروترومين ، أو الفيرينوجين . ومن المهم أيضاً استبعاد ونفى وجود غلوبولينات قرية في الدم . Cryoglobulinemias .

المعالجة : صعبة ، ومن المهم إجراء فحوص وتحريات متكررة عن الأدواء الأخرى (التهاب المفاصل الرثياني ، اضطرابات الكبد ، الذأب الحمامى المجموعى ، تصلب الجلد المجموعى المترقى ، متلازمة شغرين ، التهاب الأوعية ، ورم التوتة Thymoma) . أما الستيرويديدات القشرية ، فلم تحرز إلا نجاحاً بسيطاً ، وليس لها سوى تأثير محمد للمرض فحسب . ويمكن أيضاً تجريب العلاج بالأزاثيوبرين Azathioprine .

وجود الغلوبولينات القرية في الدم Cryoglobulinemia

[لاندستيز Landsteiner ١٩٠٣ ، ليرنر وواطسون Lerner and Watson 1947] :

العرىف : الغلوبولينات القرية هي أضداد ذاتية يمكنها رص الكريات الحمر في درجة حرارة تحت ٣٧ م° ، وتعود للنوبان بالتسخين . (راجع الشكل ٤٠ - ١) . تنتمي الغلوبولينات القرية إلى أجزاء من الغلوبولين IgG ، أو IgM (الغلوبولينات الكبرية) ، ونادراً ما تنتمي إلى أجزاء الغلوبولين IgA . ويملك المرضى الذين لديهم غلوبولينات كبرية في الدم عادة غلوبولينات قرية في الدم في نفس الوقت . وعلى أية حال ، فإن هذا المركب لا يسبب أعراضاً جلدية دوماً . هذا ويمكن مشاهدة الفيرينوجين ومكونات المتصمة في الترسيب القرى Cryoprecipitate .

ومن المهم تحديد الحالة الموجودة ، هل هي غلوبولينات قرية

وحيدة النسيلة في الدم ، أم غلوبولينات قرية عديدة النسائل في الدم . يدل وجود الغلوبولينات القرية الوحيدة النسيلة في الدم على وجود كثرة المصريات ، أو نقيوم الخلايا المصورة . أما الغلوبولينات القرية عديدة النسائل فتكون تالية لمعقدات مناعية جواله عادة .

الإمراض : السبب غير معروفة . وهناك جدال حول ما إذا كان ترسب الغلوبولينات القرية ضمن الدوران في المناطق الأبرد من الجلد يسد الأوعية الصغيرة بترسيبات البروتين والنضائر Rouleaux (لفة نقود معدنية موضبة بشكل أسطواناني في غلاف وري) . ومن الممكن أن تحدث الغلوبولينات القرية حالة نقص تحبب الخلايا البدنية أيضاً ، وتؤدي كذلك إلى انطلاق وسائط فاعلة في الأوعية . والنتيجة أنه يمكن مشاهدة اضطرابات الأوعية الدموية المحيطية في حالة وجود غلوبولينات قرية في الدم .

الموجودات السريرية : تعتمد التظاهرات الجلدية السريرية النمطية على الفصل من عدة جهات :

متلازمة رينو الكاذبة Pseudo – Raynaud's Syndrome : تصف بزراق شديد متقطع في نهايات الأصابع والأنف والأذنين مترافق في أغلب الحالات مع شرى البرد . يتطور هذا الزراق لاحقاً إلى زراق نهايات أسود مزرق مفاجيء ، وذلك بعد التعرض للبرد ، ويرافقه ألم شديد جداً يعقبه موات Gangrene . (راجع الشكل ٤٠ - ٢) .

الفرغرية القرية Cryopurpura : تتظاهر بنمشات نزفية على المناطق المعرضة للبرد من الجلد ، وخاصة اليدين والقدمين (فرغرية غلوبولينات الدم القرية) ، أو بكدمات كبيرة أو قروت Sugillations يمكن أن توهب لحدوث أشكال نزفية ونخرية من التهاب الأوعية الأرجي . هذا ومن الشائع حدوث نزوف الخاطية (الأنف والفم) .

تقرحات وموات الجلد : يمكن أن تحدث هذه التغيرات على الأجزاء المعرضة للبرد والتي تملك نسيجاً شحمياً وافراً ، مترافقة مع نزوف ، أو تكون عفوية على ما يظهر .

شرى البرد Cold Urticaria : يمكن العثور على الغلوبولينات القرية في المصل في حالات شرى البرد ، وهي اندفاعات شروية تحدث في مناطق الجلد المعرضة للبرد . ويظهر هذا التفاعل بعد ساعتين كحد أقصى من حقن الجلد بغلوبولينات قرية ذوابة ، ويترافق مع نقص تحبب الخلايا البدنية ، وهذا يقتضي تحرر وسائط فعالة في الأوعية Vasoactive Mediators كالهستامين مثلاً تقوم به الغلوبولينات القرية .

زراق الأطراف Acrocyanosis : يبدي معظم هؤلاء المرضى

زراق نهايات أزرق ضارباً للحمرة في الأصابع والأنف والأذنين بعد التعرض للبرد . ويوجد في هذه الحالات عادة ارتفاع واضح في عيار الغلوبولينات القرية التي تعود إلى صنف IgM .

التهاب السبلة الشحمية البردي Cold Panniculitis : الأعراض : ألم شديد كما في متلازمة رينو ، وما يعقبها من نخر أو موات في الأصابع والأبأخس . إضافة إلى ذلك ، تحدث الحككة في شرى البرد .

التشريح المرضي النسيجي : يمكن أن نجد في حالات النزوف النمشية نضائد Rouleaux ، وتحتات Exudates من ترسبات بروتينية إيوزينية في أوعية الأدمة المتسعة (كدر Sludging) . كذلك يمكن أن نجد بشكل نموذجي تخرراً في الأوعية الصغيرة ، وخصوصاً المحيطية منها . وفي بعض الأحيان يمكن ملاحظة وجود التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض Leukocytoclastic Vasculitis مع غلوبولينات قرية مختلطة . أما التغيرات الأخرى فهي ثانوية ، وغير نوعية .

السر : مزمن .

التشخيص : يركز التشخيص على الأعراض السريرية المذكورة أعلاه في مناطق الجلد المعرضة للبرد ، وإجراء اختبار الغلوبولينات القرية .

التشخيص التفريقي : يشاهد وجود الغلوبولينات القرية العديدة النسائل في الدم في الذأب الحمامي المجموعي ، والتهاب الشرايين العقد Polyarteritis Nodosa ، ومتلازمة شجرين ، وايضااض الدم اللمفاوي المزمن ، والغرن اللمفاوي Lympo Sarcoma - ، وداء غلوبولينات الدم الكيري لفالدنستروم ، وفرغرية فرط غلوبولينات الدم ، والتهاب الأوعية المنخر .

يفترض وجود غلوبولينات قرية وحيدة النسيلة في الدم وجود النقيوم المتعدد (ورم الخلايا المصورة) . ويتطلب التفريق عن متلازمة رينو أخذ قصة مرضية دقيقة ، وحصول ترافق مع شرى البرد ، وفقدان التفاعل الثلاثي المميز لمتلازمة رينو . وإن سرعة التثفل العالية ، والوجود الجسم للغلوبولينات القرية في الدم (حتى ١٠ غ/ ١٠٠ مل مصل) يعزز التشخيص .

كذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار وجود غلوبولينات قرية في الدم بشكل عرضي لالتهاب الشغاف الجرثومي ، أو تشمع الكبد ، أو المفومات الخبيثة .

المعالجة : صعبة ، ويجب معالجة الأدواء المستبطنة ، وكمثال على ذلك نجرب معالجة شرى البرد بالبنسلين بمقدار ١٠ - ١٠ X ١٠ وحدة/يوماً لمدة ٢ - ٣ أسابيع ، أو بمعالجة عرضية . ويمكن أن تتحسن الأعراض بتبديل المصورة .

الفصل الواحد والأربعون

الأدواء النشوانية

Amyloidoses

د . محمد نزار الدقر

الكيمياء الحيوية والأمراض :

الأدواء النشوانية مجموعة من الأمراض غير الشائعة يحدث فيها ترسبات للمادة النشوانية خارج الخلايا ، موضوعة أو جهازية ، حيث تبدو المادة النشوانية في الأنسجة كمادة ثابتة ، شافّة ، غير ملوّنة . ذات خصائص تلوينية نوعية . فهي محبة لحمض بشكل خاص وولوعة بأحمر الكونغو ، وتبدي تديلاً في اللون مع البنفسجية الزجاجية Crystal V. وبنفسجية النيل ، كما أنها ولوعة بالأصبغة الومضانية مثل التيوفلافين ت . ويكون تفاعل الباس PAS عادة إيجابياً . وفي بعض حالات فردية قد يكون من الصعب التمييز بشكل مؤكد بين المادة النشوانية وبين ترسبات الدخينة الغروانية والتنكس الهيالي الجليدي المخاطي (الداء البروتيني الشحماني) أو نظير الفيرين . وعادة لا ينصح بإجراء اختبار أحمر الكونغو داخل الأدمة لاستمرار تبدل لون الجلد ، فالترسبات النشوانية الجلدية تبقى مصطبغة باللون الأحمر لعدة أيام أو أسابيع بعد حقن أحمر الكونغو (١ - ٢٪) في الأدمة . وكطريقة للكشف يؤكد هنا على التلوين بأحمر الكونغو القلوي لبوشتر Puchtler ، حيث أن التتميط الظاهري المناعي Immunophenotyping للمادة النشوانية أصبح ممكناً . وتتصف المادة النشوانية بأنها كاسرة مضاعفة بالضوء المستقطب وتبدو خضراء في المقاطع النسيجية الملونة بأحمر الكونغو (لذا تدعى بمزدوجة اللون) . وتبدو ترسبات المادة النشوانية في النسيج إما حول الألياف الكلاجيلية (الداء النشواني حول الكلاجيلين) Pericollagenous أو حول الغشاء القاعدي والألياف الشبكية (الداء النشواني حول الشبكي = Perireticulin) وتكون الخلايا المتنية (البرانشيمية) دائماً خالية من المادة النشوانية .

تركيب المادة النشوانية : بالرغم من أن المادة النشوانية متباينة في بنيتها ، وأن المواد النشوانية المختلفة يمكن تمييزها بطرق كيميائية - حيوية ومناعية ، فإنها تشترك جميعاً بمظهر متشابه وهو البنية المستدقة الليفية والبنية بيتا المنطوية بواسطة انعراج الأشعة السينية . هذه البنية المستدقة لألياف المادة النشوانية تختلف كلياً عن بنية الألياف الكلاجيلية والمرنة وغيرها من الألياف المعروفة جيداً . أما الفحص بالمجهر الإلكتروني فييدي

ليفات دقيقة غير متفرعة تشبه العصا تقيس من ١٠٠ - ٣٠٠ نانومتر طولاً ومن ٥ - ١٥ سماكة ويفترض أنها مؤلفة من تحت وحدات خيطية . وتشكل الألياف النشوانية حزماً يصطف بعضها بشكل متواز وبعضها بشكل شبكة ثلاثية الأبعاد . وهذا قد يكون مسؤولاً عن الانكسار المضاعف ، ويشترك مع عديدات السكاكر المخاطية في إحداث التلون المتبدل . وتبدي معظم ترسبات المادة النشوانية عنصراً بنوياً ثانياً هو المكون P (المكون المصوري النشواني ، AP) . وهذا المكون ، في مستوى البنية المستدقة ، يتكون من تحت وحدات Subunit خماسية قصيرة قطرها ٩٠ نانومتر . وإن المكون P النشواني يبدو وكأنه مثيل في تركيبه للمصورة البشرية الطبيعية (SAP ، المكون P النشواني المصلي) ويمكن للكيمياء النسيجية المناعية أن تظهر اتحاد الأضداد المضادة للمكون P بشكل خاص مع الغشاء القاعدي للأوعية والغدد العرقية والألياف المرنة ، وعلى هذا فإن المكون P للمادة النشوانية يبدو وكأنه من مكونات الجلد السليم .

المجدول ٤١ - ١ : الأدوية النشوانية والنماذج المطابقة للترسبات النشوانية

نموذج المادة النشوانية	الأدواء النشوانية المجموعية
AA	الداء النشواني في حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية
AF	اعتلال الأعصاب النشواني العائلي
غير معروف	الداء النشواني العائلي مع الشرى والصمم واعتلال كلوي
AF	داء العضلة القلبية النشواني العائلي
AL	الداء النشواني المجموعي الأساسي
AA	الأدواء النشوانية المجموعية الثانوية (الأدوية النشوانية التفاعلية)
AL	بارابروتينية ، نظائر البروتينات في الدم ، ورم الخلايا المصورية ، الورم النقوي العديد ، البيلة الآحينية لبس جونس ، فرط غلوبولينات الدم الكبيرة ، داء السلاسل الثقيلة
AA	الأحماض الزمعة ، الأمراض الورمية
	الأدواء النشوانية الجلدية الموضوعة
AK	الداء النشواني الجلدي البقي
AK	الحزاز النشواني ، الداء النشواني الجلدي الحطاطي

الشبكي ومناطق الغشاء القاعدي وتقود إلى الداء النشواني حول الشبكي ، في حين تتوضع ترسبات المادة النشوانية L بشكل مسيطر في النسيج الضام الكلايجني وتؤدي إلى الداء النشواني حول الكلايجني . ومن المهم أن نؤكد بأن الخلايا المتنية (البرانشيمية) لا تحتوي أبداً على مادة نشوانية ! .

تصنيف الأدوية النشوانية : حتى هذا اليوم لا يوجد تصنيف عام وحيد مقبول ولقد سطرنا في الجدول (٤١ - ١) التصنيف المقبول من وجهة نظر الجلديين .

الأدواء النشوانية المجموعية Systemic

: Amyloidoses

الداء النشواني المجموعي الأساسي

Idiopathic Systemic Amyloidosis [Virchow]

[١٨٥٤ و ١٨٩٩ Lubarsch]

المترادفات : الداء النشواني الجلدي العضلي المجموعي البدئي ، الداء النشواني حول الكلايجني ، نظير الداء النشواني .

التعريف : ترسبات مجموعية أساسية (غامضة) من المادة النشوانية AA أو AL في الأنسجة اللحمية المتوسطة مع إصابة في الأعضاء الداخلية (الكبد - الطريق المعدي المعوي - العضلة القلبية - الكلية) والجلد واللسان .

الحدوث : نادر جداً ، يصيب كلا الجنسين ، البدء عادة بعد سن الخمسين .

الإمراض : إن سببات المرض غير معروفة . وقد افترض في العديد من الحالات وجود اضطراب في وظيفة الخلايا المصورية أدى إلى تشكل المادة النشوانية ، كما تم تمييز الداء النشواني الأساسي Idiopathic من النمط AA .

الموجودات السريرية : تسيطر على الصورة السريرية أعراضاً وعلامات حشوية مع نقص في الوزن وإسهال متكرر وآلام بطنية . ويظهر بشكل متأخر ضخامة كبدية وقصور قلب معند يترافق أحياناً مع اعتلال أعصاب عديد . وقد يوضع التشخيص لأول مرة فقط عندما يؤدي الورم النقوي العديدي إلى آلام في الأطراف أو آلام عظمية أو إلى الكسور العظمية . أما **الأعراض الجلدية فتشاهد في ٣٠٪ من الحالات ولها أهمية في التشخيص ، وهي غالباً متعددة الأشكال . والاندفاعات النموذجية عبارة عن حطاطات شمعية ، شافة ، بحجم رأس الدبوس ، منتشرة ، حيث تبدي ولعاً خاصاً بالأجفان وتلتصق مع اللويحات الصفراء . كما نشاهدها في المناطق المركزية من الوجه وفي النقرة والإبط والمفصّل وحول الشرج ، تكبر ببطء وقد تشكل عقيدات أو لويحات ، وقد ترافقها حمى ووذمة ، وجسأة في الأصابع بسبب ترسب المادة النشوانية تحاكي**

الداء النشواني الجلدي العقيدي	AL
الداء النشواني الجلدي الفقاعي	غير معروف أو
الداء النشواني الجلدي التيكلي (Poikilodermic)	AL
المران النشواني	غير معروف

الطبيعة الكيميائية الحيوية للمواد النشوانية : يمكن تمييز المواد النشوانية المختلفة عن الكلايجين والمرنين والبروتينات الصلبة الأخرى بشكل واضح بواسطة مكوناتها من الحموض الأمينية ومن مائيات الفحم (٢٪ - ٤٪) . وتحوي المواد النشوانية على كميات وافرة من التربتوفان ، ولا تحوي في العادة على الهيدروكسي بروتين والهيدروكسي ليزين . علاوة على ذلك ، فهي تحتوي على بروتينات مصلية نوعية أو أجزاء منها . وهي دائماً ذات طبيعة متاثلة في المريض الواحد لكنها تختلف في تركيبها الكيميائي من مريض لآخر . ويمكن تمييز الأشكال المختلفة من المادة النشوانية وطلائع البروتينات اعتماداً على اختبارات كيميائية - حيوية وفيزيائية - حيوية ومناعية مذكورة في الجدول (٤١ - ٢) .

الإمراض : لم يفسر إمراض الأدوية النشوانية بشكل مؤكد . ومن المقبول عموماً أنها ليست سوى ترسبات بسيطة موضعية أو متعممة لطلائع بروتينية منتشرة من الدم إلى النسيج الخلالي ، بل إنها نتيجة لعملية خلوية تؤدي إلى ترسب المادة النشوانية . ومن الناحية الشكلية فاللثة النشوانية غالباً ما توجد مرافقة للخلايا الشبكية البطانية والبلاعم ، وتظهر التحريات الدور الأساسي لهذه الخلايا في منشأ المادة النشوانية . وبشكل مشابه فالخلايا المصورية يمكن اعتبارها كخلايا أصلية للمادة النشوانية . وبالرغم من أن الاستجابة المناعية ليست طبيعية في العديد من الأدوية النشوانية فإن هذه الشذوذات لوحدها لا يمكن أن تفسر تشكل المادة النشوانية . وكذلك فإن دور المكون P في اتحاد الكلس مع المادة النشوانية أو ترسب عديدات السكاكر المخاطية غير واضح . ومن جهة أخرى فمن المؤكد أن تشكل المادة النشوانية قد ينتج عن حث مستضدي مستمر أو اضطراب مورثي أو حتى نتيجة التهاب مزمن أو حديثة تشوية .

إن ترسبات المادة النشوانية في الأنسجة تكون إما مرتبطة مع الألياف الشبكية والغشاء القاعدي (الداء النشواني حول الشبكي) أو تتوضع على طول الألياف الكلايجينية كما في جدران الأوعية الدموية (الداء النشواني حول الكلايجيني) . وتتوضع ترسبات المادة النشوانية A مفضلة النسيج الضام

الجدول ٤٩ - ٢ : نماذج المادة النشوانية والأمراض المتعلقة بها
(أعدته كل من Linke و Nathrath عام ١٩٨٠)

أشكال المادة النشوانية	السمية	البروتين الطليعي	اسم المرض
- المادة النشوانية من نمط سلسلة الخفيفة للغلوبلين ضاعى	$A_{\lambda}AL, A_K$	سلاسل خفيفة من الغلوبينات المتاعية وحيدة النسيلة من نمط K أو λ	الأدواء النشوانية المعممة المتشاركة مع تكاثر الخلايا البائية والأورام مثل الورم النقوي العديد ، ورم الخلايا المصورية ، البيلة الآحينية لبس جونس ، الورم المصوري لبس جونس ، داء والدنستروم . - الداء النشواني الأساسي المعمم . - الداء النشواني الموضع . مثلاً في الطريق التنفسي أو المثانة .
- المادة النشوانية A	AA	المادة النشوانية A المصلية	- الأدواء النشوانية المعممة الثانوية المترافقة مع أمراض التهابية مزمنة أو أورام : مثل السل ، الجذام ، الأمراض الرئوية ، التهاب الكولون القرصي ، الورم الكلوي الكظري ، داء هودجكين . - الأشكال الأساسية من النمط AA . - الداء النشواني المترافق مع حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية .
- المادة النشوانية العائلية	AFp	مماثل طليعة الألبومين	- الداء النشواني العائلي البرتغالي . - الأدواء النشوانية العائلية الأخرى .
- المادة النشوانية من منشأ غدي - صماوي	AE AE _t AEp	الكالسيونين الدرقي الأنسولين المعثكل (غلوكاكون ؟)	- السرطانة اللبية للدرق . - الداء النشواني لجزر المعثكلة . - الأورام الأنسولينية .
- المادة النشوانية الشيخية	AS AS _c (قلب) AS _b (دماغ)	غير معروف	- الداء النشواني التنكسي في القلب . - العتة الشيخية ، داء ألزهايمر Alzheimer .
- المادة النشوانية K	AK	قرنين	- الحزاز النشواني (الداء النشواني الجلدي الحطاطي) . - الداء النشواني الجلدي البقيعي .
- المادة النشوانية الموضعة	LA	غير معروف	- الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة .

في الجلد

أما الداء النشواني الفقاعي فيمكنه أن يتطور أيضاً في غياب المرض المستبطن المثبت وتشاهد على الأغشية المخاطية عقيدات زجاجية ولويحات أو ارتشاح منتشر في اللسان (ضخامة اللسان النشوانية) وقد ينتشر إلى الحنجرة وهذا يؤدي إلى بحة في الصوت وعسرة في البلع ، (راجع الشكل ٤١ - ١) .

الأعراض : عسر البلع وعسر التصويت يمكن أن ينجم عن انتشار الداء النشواني إلى اللسان والحنجرة . والعرض التشخيصي الأكثر أهمية هو تنوع الآلام المفصلية والآلام العضلية والعصبية الناجمة عن الاضطرابات الحسية . وقد يحدث

تصلب الجلد المنتشر والمترقى (التصلب الجلدي النشواني لغوترون Gotttron) . ويتظاهر الداء النشواني العقيدي بشكل متناظر على الأذنين أو الثنيات المفصالية أو على شكل تسمك لويحي منتشر في الوجه بما يشبه السحنة الأسدية . وتعتبر الزوف الحثرية Petechial شائعة على جلد سليم في الظاهر . ويعتبر تشكل الفقاعات الرضية علامة تشخيصية مبكرة وهامة مشابهة لما يحدث في انحلال الجلد الفقاعي المكتسب (انحلال الجلد الفقاعي الرضحي) . هذه العلامة يجب تمييزها عن البرفيرية الجلدية الآجلة .

إسهال دوري ووذمة بدئية في الكاحل .

التشريح المرضي النسيجي : من الناحية النسيجية هناك داء نشواني حول كلاجيني مع ترسبات للمادة النشوانية AL في الغلالة البرآنية للأوعية الدموية الصغيرة وحول الألياف الكلاجية ، وخصوصاً في الطبقة الحليمية للجلد . أما التبدلات الالتهابية فليس لها أي وجود . وأما المادة النشوانية حول الغدد اللعابية والخلايا الشحمية (الحلقات النشوانية) فيمكن إظهارها بواسطة الخزعة بالإبرة Needle biopsy .

التشخيص : يجب أن نبحث عن الاضطرابات في بروتينات المصل حيث أن هذا المرض غالباً ما يحدث في مرحلة متأخرة مع الورم النقوي العديد (ورم الخلايا المصورة) ... إلخ ، على الرغم من أن بروتينات المصل قد تكون سوية في بعض الحالات ، ويحدث عادة ارتفاع في الغلوبولينات . علينا أن نبحث إذن عن الورم النقوي العديد : البيلة البروتينية لبنس جونس ، والمسح الهيكلي ، والبروتينات المصلية ، (الرحلان الكهربائي ، الرحلان الكهربائي المناعي) ، وفحص نقي العظم (الخلايا المصورة اللانموذجية) ، ويشك بالتشخيص عند تنوع الأعراض . ويمكن إثباته بالخزعة الجلدية أو خزعة من مخاطية المستقيم . ومن المهم تمييزه عن الداء البروتيني الشحماني (التنكس الهيايني الجلدي والمخاطي) والذي يبدأ في سن الطفولة . وعن الحزاز الوذمي المخاطي ، وعن الوذمة المخاطية الصلبة والصفرومات العجيرية وفرط بروتينات الدم الشحمية .

الإنذار : سيء ، وفي العادة هو قاتل خلال سنتين .

المعالجة : عرضية فقط ، ويمكن أن تجرب مثبطات المناعة (كالآزاثيوبرين Azathioprine أو الأدوية السامة للخلايا Cytotoxic مع الذي بنسلايين) لفترة طويلة ، حيث يعطى مثلاً الآزاثيوبرين (١٠٠ - ١٥٠ ملغ/اليوم) والذي بنسلايين d. penicillamine (٣٠٠ ملغ تُزاد بالتدريج حتى ٩٠٠ ملغ/اليوم) .

الداء النشواني المجموعي الثانوي

: Secondary Systemic Amyloidosis

المترادفات : الداء النشواني حول الشبكي - الداء النشواني التفاعلي .

التعريف : تنجم الترسبات النشوانية عن أمراض تقيحية مزمنة (التهاب عظم ونقي مزمن ، توسع القصبات) أو الأمراض المشكلّة لنواسير مزمنة (السل ، الإفرنجي ، الجذام) ، وخلال سير الأمراض الالتهابية المزمنة ذات الطبيعة غير الحمجية (كالتهاب المفاصل الرثواني ، الصدف الوخيم طويل الأمد ، التهاب اللفائقي السّاحي ، التهاب الفقار الرثواني ، التهاب

القولون التقرحي ، اعتلال المفاصل الصّدافي ، العد المكعب) أو في أمراض الغراء أو خلال سير التشنؤات الخبيثة كداء هودجكن والايضاض للمفاوي المزمن أو الأورام الخبيثة .

وتبدو الترسبات النشوانية من نمط AA مرتبطة بالغشاء القاعدي والألياف الشبكية ، ومن هنا جاءت التسمية : الداء النشواني حول الشبكي . وتكون المادة النشوانية الثانوية قابلة للانحلال في برمنغنات البوتاسيوم . ويصاب عادة كل من الكلية ، الطحال ، الكبد ، الكظر ، الطريق المعدي المعوي والأوعية الدموية ، أما الموجودات الجلدية فهي نادرة جداً .

التشخيص : إن العلامة السريرية الرئيسية هي المتلازمة الكلائية مع تفاقم القصور الكلوي وتبدو ضخامة كبدية طحالية بشكل متأخر . ويعتبر هاماً في التشخيص إثبات وجود المادة النشوانية في خزعة المستقيم ، أما الخزعة الجلدية أو اللثوية فيمكن اعتبارها ، غير أنها لا تعطي النتائج الأفضل . وفي حال سلبتها يمكن اللجوء إلى بزل النقي لوحده أو مشتركاً مع الخزعة الكبدية أو الكلوية .

الإنذار : يبدي الداء النشواني الثانوي ميلاً للهجوم إذا عولج المرض المؤهب .

المعالجة : يوصى ، بالإضافة إلى معالجة المرض المؤهب ، بإعطاء الذي ميتيل سولفوكسيد فموياً . وعندما يكون المرض المؤهب هو التهاب المفاصل الرثواني فمن المفيد إعطاء الكلورامبوسيل بمقدار ٠,٢ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً .

الأدواء النشوانية الجلدية الموضعية

: Localized Cutaneous Amyloidoidoses

يمكن كشف المادة النشوانية في الجلد في هذه الحالات دون وجود أي إصابة واضحة في الأعضاء الأخرى ، وهي دائماً أدواء نشوانية حول الكلاجيني .

: Lichen Amyloidosis الحزاز النشواني

التعريف : اندفاع حزازاني مزمن بدئي . حاكّ بشدة وخاصة في المنطقة الظنبوية وهو ناجم عن توضع المادة النشوانية .

الحدوث : نادر ، ويحدث خاصة لدى البالغين من الجنسين .

الإمراض : يمكن للعوامل الوراثية أن تؤخذ بعين الاعتبار طالما أن المرض يحدث عادة بشكل عائلي ، كما يمكن للغلوبلين ألفا٢ الشاذ أن يوجد لدى بعض المرضى . وتتضمن ترسبات المادة النشوانية المكوّن P لهذه المادة ، ويمكن كشف المادة القرنية في ترسبات المادة النشوانية بواسطة تفاعل الأضداد وحيدة النسيلة المضادة للقمرنين . ويفترض في إمراض الحزاز

نشواني والداء النشواني البقيعي (المادة النشوانية K) وجود تكسر خيطي في الخلايا القاعدية مع تدرك وتحول تالي للخيطو ثغرية إلى مادة نشوانية .

الموجودات السريرية : تغلب إصابة حرقى الظنبوب ، حيث يظهر في هذه المواضع حطاطات قاسية منبسطة أو مرتفعة قليلاً ، متعددة وكثيفة إذ تتجمع بشدة مع بعضها . وهي ذات مظهر حزازاني ، يختلف لونها بين اللون القرنفلي والأحمر البني ، وتبدي عادة فرط تقرن مع تبدلات ثلولية على سطحها . وإن تبدلات الحزازانية قد تتجمع أيضاً في مناطق معزولة ، (راجع شكل ٤١ - ٢) .

الأعراض : تعتبر الحكمة الشديدة عرضاً واسماً وذو أهمية خاصة لأن الآفات الجلدية في الأدواء النشوانية المجموعية ، سواء ثانوي والأساسي ، تكون عادة غير حاككة .

التشخيص المرضي النسيجي : تحدث الترسبات النشوانية في لأدمة الحليمية فقط وقد تتلاقى في مساحات واسعة . وقد تحدث في بعض الأحيان رشاحة التهاية مزمنة حول الترسبات نشوانية . ومن الناحية الكيميائية - النسيجية المناعية يمكن لترسبات النشوانية أن تتفاعل مع مصل ضدي Antiserum موجه ضد المكون P للمادة النشوانية وأحياناً ضد القرنين .

التشخيص التفريقي : من المهم أن نفرق الحزاز النشواني عن الحزاز المسطح الثلولي والأشكال الموضوعة من الحزاز البسيط المزمن والداء البروتيني الشحماني . وفي حالة وجود تبدلات عقيدية أشد يجب أن نستبعد الحزاز المسطح الضخامي والحزاز المسطح الكليل Obtusus . ويعتمد التشخيص على كشف المادة النشوانية في الحليمات الأدمية بواسطة الخزعة .

المعالجة : تجرب الأترينات كمعالجة جهازية . وتكون المعالجة الموضعية عرضية لتسكين الحكمة . وتعد المعالجة الموضعية بالستيروئيدات القشرية تحت ضماد بلاستيكي كتيم معالجة فعالة ، أو تحقن موضعياً ضمن الآفة إذا كان ذلك ضرورياً ، كما يمكن استئصال الآفة إذا كانت وحيدة . ويمكن اللجوء أيضاً إلى السنفرة الجلدية .

الداء النشواني الجلدي العقيدي الضموري

Amyloidosis Cutis Nodularis Atrophicans

[Gotttron ١٩٥٠]

التعريف : في هذا الشكل النادر من الداء النشواني حول الكلاجيلني قد تتطور آفات عقيدية على الجذع أو آفات أشبه باللوبحات على الساق ، وقد نشاهد تبدلاً ضمورياً جزئياً شبيهاً بضمور الجلد البقيعي .

الإمراض : غير معروف ، وقد أكد غوترون على مرافقة هذه الآفة للداء السكري .

الموجودات السريرية : ارتشاحات قريضية بنية محمرة ، عقيدية نوعاً ما ، تصبح جاسئة في محيطها ، مما يبدي ميلاً للتراجع المركزي مع ضمور شبيه بما يشاهد في ضمور الجلد البقيعي . وبشكل نموذجي يبدو المظهر الشمعي للمادة النشوانية أو الوميض المصفر للنسيج الشحماني غيرها .

التشخيص المرضي النسيجي : رغم ضالة الترسبات النشوانية في الطبقة الحليمية الجلدية ، فهي تشاهد في كامل سماكة الجلد وحتى الطبقات السفلية للأدمة كما تندخل في الصفيحة المخصوصة Lamina Propria للغدد العرقية والأوعية الدموية ، كما يغلب وجود رشاحة التهاية خلوية مزمنة في النسيج المجاورة .

التشخيص التفريقي : تميز عن ضمور الجلد البقيعي (التهاب الجلد البقيعي الضموري) ، ضمور الجلد الأساسي المزمن المحدد ، الوحمة الشحمومية ، اللمفومات الجلدية الحبيثة .

المعالجة : استئصال الآفات الصغيرة ، ويمكن أن تجرب الستيروئيدات القشرية السكرية موضعياً .

الداء النشواني الجلدي البقيعي Macular Cutaneous

Amyloidosis : [Palitz و ١٩٥٢ Peck]

ويسمى بالداء النشواني الجلدي بين اللوحين . وقد وصف هذا الشكل الموضع وغير المعتاد من الأدواء النشوانية الجلدية بشكل خاص عند الأشخاص الملونين بشدة في أمريكا الجنوبية والوسطى والشرق الأدنى في آسيا . علماً بأنه يصادف أيضاً في المناخات المعتدلة .

الإمراض : غير معروف . ويمكن مشاهدة الترسبات النموذجية للمادة النشوانية في الخرز الجلدية ضمن الحليمات الأدمية بواسطة تقنيات كيميائية نسيجية وبالمجهر الالكتروني . وهي تماثل في توزيعها الترسبات النشوانية حول الكلاجيلنية في الحزاز النشواني . وقد يترافق المرضان معاً ويعتبره البعض أحد أشكاله . لم يتضح بعد بشكل محدد نموذج المادة النشوانية لكنها أحياناً قد تتحد مع الأضداد المضادة للقرنين (المادة النشوانية K) .

الموجودات السريرية : بالرغم من أن تظاهرات الداء النشواني البقيعي يمكن مشاهدتها في أي مكان على الظهر أو الأطراف إلا أن توزيعها الانتقائي عادة بين لوحين الكتف مشكلة لويحات بقعية مفرطة التصبغ ذات أشكال وحجوم مختلفة وحواف غير واضحة (الداء النشواني الجلدي بين اللوحين) . ويعتقد أن

الداء النشواني الفقاعي (الزفي)

: Bullous (Hemorrhagic) Amyloidosis

شكل نادر جداً يترافق بحدوث فقاعات تالية للرضح وبعثلال في الخلايا المصورية .

: Amyloid Elastosis المران النشواني

[Winkelmann ١٩٨٥]

شكل منفرد من الداء النشواني الجلدي والمجموعي ، مترقي وعميت يصيب الألياف المرنة في الأدمة والجنب والصفاق Peritonium . اندفاعاته الجلدية عبارة عن حطاطات أو عقيدات ليفية ثابتة ذات لون لحمي أو بني مصفر ، تتوضع على الرقبة أو الكتف أو الجذع ، وتذكر بوحمة النسيج الضام أو التليف الجلدي العدسي . تحتوي الآفات الجلدية على ألياف مرنة سوية مغطاة بمعطف من المادة النشوانية . ويشكو المريض من ضعف مترقي وسقاب وعلامات عصبية توافق التغيرات في الأوعية الدموية بسبب توضع المادة النشوانية فيها .

الآفات الجلدية الحاككة هي ثانوية تالية للخدوش أو أن تكون شكلاً خفيفاً من الحزاز البسيط المزمن ويتم وضع التشخيص عادة بالفحص النسجي ، (راجع الشكل ٤١ - ٣) .

الأعراض : تتظاهر الآفة بحكة معتدلة مع فرط تصبغ .

التشريح المرضي النسجي : نجد في الأغلب ترسبات نشوانية صغيرة جداً في الحليمة الأدمية قريبة من البشرة وقد تغفل هذه الترسبات دون إجراء تلوين كاشف خاص وقد يكون تكرار الخزعة ضرورياً . وتشاهد الأجسام النشوانية الشبيهة بالأجسام الهيمالينية للحزاز المسطح قرب البشرة وحول الأوعية في الحليمة . وهي إيجابية الباس PAS وسهلة الكشف في المجهر الومضاني مع التيوفلافين آ ويمكن كشف البنية المستدقة النموذجية للمادة النشوانية بواسطة المجهر الالكتروني .

السير : لا يوجد ميل للهجوم العفوي .

التشخيص التفريقي : تفرق عن التصبغ التالي للالتهاب أو الإكزيمة ، والحزاز البسيط المزمن والتفاعلات الدوائية .

المعالجة : كما في الحزاز النشواني باستثناء الاستئصال الجراحي .

الفصل الثاني والأربعين

الأدواء الهياينية

Hyalinosis

د. محمد نزار الدقر

الأشكال المختلفة من التنكس الزجاجي (الهيايني) هي آفات مزمنة نادرة جداً تحدث فيها ترسبات - الهياين - وهي مادة كسرة بشدة - متوضعة في الجلد والأغشية المخاطية . وهناك اختلافات كيميائية جلية بين الهياين والمادة النشوانية . ومن المحتمل أن تنجم الأدواء الهياينية عن ترسب مكونات مصلبة تدخل الأنسجة من المجرى الدموي . أما التركيب الكيميائي هذه المكونات فيمكن أن يكون بشكل رئيسي من زمرة بروتينات السكرية الغنية بماءات الفحم ، وقد توجد ترسبات شحمية إضافية ، كما هي الحال في الداء البروتيني الشحماني . هذا ويفترض وجود استعداد وراثي للإصابة بهذا الداء . ويمكن تمييز نوعين من التنكس الزجاجي (الهيايني) : أولاهما لا يترافق بتحسس ضيائي ، والآخر يترافق مع تحسس ضيائي ، وخاصة الشكل الناجم عن البروتوبرفيرية المكونة للحمر .

الداء البروتيني الشحماني Lipoid Proteinosis :

[Wiethe : ١٩٢٤ و Urbach : ١٩٣٣]

مرادفات : التنكس الزجاجي الجلدي المخاطي - متلازمة أورباخ وايت .

التعريف : داء يبدأ عند اليافعان بترسب المادة الهياينية والحاوية على الشحوم في الجلد والأغشية المخاطية .

الحدوث : نادر جداً ، وهو مرض عائلي في الأغلب ، ويحتل أن ينتقل بوراثة صاغرة يحملها صبغي جسدي Autosomal ، إصاباته لا تنحاز لأحد الجنسين لكن سجلت قرابة بين نوالدين . وتحدث في الشكل الثانوي تبدلات نسجية مماثلة في مناطق من الجلد المعرضة للضياء فقط وقد وصفت في البروتوبرفيرية المكونة للحمر .

الإمراض : غير معروف . ولا تقدم معايير البروتين المصلي أي دليل على اضطراب استقلاب البروتينات الشحمية . ويجب أن يكون ترسب المواد الدسمة مظهراً ثانوياً . وقد يكون الاضطراب الرئيسي في هذا المرض تباطؤ في نقل بروتينات مصورية معينة من الدم إلى الأنسجة حيث ترسب ، ويمكن أن ترى ككتل هياينية عاكسة ، مجردة من الخلايا ، ويختلف السلوك الكيميائي النسجي للمادة الهياينية عن المادة النشوانية ،

فهي لا تبدي أي تبدل في اللون وتكون إيجابية الباس PAS شديدة ، وتبدو في المجهر الإلكتروني مكونة من شبكة ليفية دقيقة من الخيوط ذات سماكة ٤ - ٦ نانومتر .

الموجودات السريرية : البحة منذ الطفولة البكرة والناجمة عن توضع الهياين في الخنجرة هي مفتاح التشخيص .

الموجودات الجلدية : المناطق التي تصاب عادة هي الوجه وخاصة الجفن العلوي والسفلي والشفتين والرقبة والوجه الباسط للأصابع على المفاصل وجوانب الأصابع ، والمرفقين والإبط . ففي هذه المواضع ويبطئ تحدث ترسبات بيضاء مصفرة أو بلون لحمي تتظاهر على شكل حطاطات قاسية صغيرة ، أو عقيدات ، تميل للتجمع على شكل لويحة تعطي مع ترقبها مظهراً متقرناً ثلولياً . والمظهر المميز بشكل خاص هو المظهر الحبيبي الدقيق أو الثلولي للآفات على مفاصل الأصابع وفي الإبط . وغالباً ما تؤدي الترسبات المرتشحة في الوجه إلى ثبات تعابير الوجه ، كما يحدث فقد في الأشعار حول الترسبات الهياينية في المناطق المشعرة من الجلد وخاصة الأهداب ، (راجع الشكلين ٤٢ - ١ و ٤٢ - ٢) .

الموجودات على الأغشية المخاطية : تعتبر التغيرات المرضية في جوف الفم نموذجية تماماً حيث تنتشر ترسبات هياينية لونها أبيض مزرق أو مصفر على الغشاء المخاطي للفم واللوزتين والبلعوم والخنجرة (يشكو المصاب من بحة لترسب الهياين في الحبال الصوتية ولسان المزمار) . وللسبب نفسه يصبح اللسان ضخماً وخشناً (ضخامة اللسان Macroglossia) كما يصبح لجيم اللسان أكثر سماكة وضخامة مثبتاً اللسان في الفم . كما يمكن للشفنتين أن تتضخما بسبب الترسبات الهياينية الجسيمة فيها (ضخامة الشفاه Macrocheilia) .

الموجودات المجموعية : يمكن أن تحدث تغيرات مشابهة أيضاً في المريء والمعدة والمستقيم والمهبل بسبب الترسبات الهياينية . والصورة الوصفية بشكل خاص هي مظهر التكلس المتناظر داخل القحف الشبيه بالجنح فوق السرج التركي وعلى جانبيه . وفي مثل هذه الحالات قد تحدث نوبات صرعية عند المريض .

الأعراض : تعتبر البحة الموجودة منذ الطفولة علامة تشخيصية هامة . وتعود الأعراض الأخرى للاضطرابات الحركية الناجمة عن الترسبات الهياينية الشديدة في الجلد والأغشية المخاطية .

التشريح المرضي النسجي : إما أن تكون البشرة سوية ، وإذا كان هناك آفات جلدية ثلولية ، فإن البشرة حينئذ تبدي تسمكاً شواكياً غير منتظم يرافقه فرط تقرن . كما توجد ترسبات خارج خلوية لمادة هياينية متجانسة في الأدمة الحليمية والطبقة الشبكية العليا حول الشعريات والشرينات والغدد

وظيفي كسلك المتوضعة على الحبال الصوتية . وحديثاً جُرب بنجاح عند بعض المرضى إعطاء دي ميتيل سولفوكسيد عن طريق الفم .

الداء البروتيني الشحماني المترافق بتحسس ضيائي : Lipoid Proteinosis With Photosensitivity

ويسمى أيضاً بالداء البروتيني الشحماني الثانوي . يعاني مريض البروتوبرفيرية المولدة للحمر من تحسس ضيائي ملحوظ ، وتحدث في الربيع خاصة على شكل تفاعل التهابي في المناطق من الجلد المعرضة للضياء (الوجه ، الرقبة ، اليدين ، الساعدين) . والآفات التي تحدث في ذلك الوقت شبيهة جداً بتلك المشاهدة في الداء البروتيني الشحماني (الداء البروتيني الشحماني الثانوي) . وهذا ينطبق بشكل خاص على الآفات الحطاطية التؤلولية التي تتوضع على الأوجه الباسطة للأصابع وحواف الأصابع ، والمرفقين ، وخاصة في منطقة الأنف . لا توجد تبدلات مرضية في الأغشية المخاطية أو الأحشاء .

التشريح المرضي النسجي : الموجودات النسجية شبيهة بما نشاهده في الداء البروتيني الشحماني (متلازمة أورباخ - وايت) والمكون P النشواني يمكن كشفه في الترسبات في التشريح المرضي المناعي Immunopathologically . وقد يلعب اللامينين Laminin دوراً أيضاً .

التشخيص : في الحالات المشكوك فيها يجب إجراء الفحوص الخاصة بالبروتوبرفيرية المكونة للحمر والبرفيرية الجلدية الآجلة .

العرقية والعضلات الناصبة للشعرة . وقد يمتلئ الجسم الحليمي للأدمة العليا تماماً بكتل الهياكل متوضعة بين الألياف الكلاجية المرنة . ويؤدي التلوين الخاص بالدهن في المقاطع المجمدة شحوماً ضمن ترسبات الهياكل (ولهذا سمي بالداء البروتيني الشحماني) . وتحتوي المادة الهياكلية مواد غنية بماءات الفحم لذلك تبدي تفاعلاً إيجابياً بشدة نحو الباس PAS . أما اختبارات كشف المادة النشوانية فتكون سلبية . وقد وجدت كميات كبيرة من عديدات السكاكر المخاطية الحامضة (الكبريتات القرنية Keratosulfate) ضمن الترسبات الهياكلية ، وقد يعود ذلك للبروتينات السكرية المترسبة .

السير والإنذار : المرض مترق عادة حتى البلوغ المبكر . الإنذار العام جيد رغم أن الاضطرابات الموضعية كإصابة الحنجرة أو اللسان يمكن أن تؤدي إلى العجز .

التشخيص : سهل إذا اعتبرت البحة - العرض الأولي الذي يبدأ منذ الطفولة - دليلاً ، أو إذا فحص المريض من أجل الموجودات الجلدية أو الموجودات على الأغشية المخاطية أو لوجود التكلسات داخل القحف .

التشخيص التفريقي : من المهم أن نفرق الداء الهياكلي الجلدي الثانوي أو العرضي عن البروتوبرفيرية المولدة للحمر والتي لا تحدث فيها التبدلات على الأغشية المخاطية الموصوفة مطلقاً ، كما يجب أن تميز عن الدخينة الغروانية وفيها نجد مادة جيلاتينية تخرج من الآفات الحطاطية اللينة على الوجه عند خدش الجلد .

المعالجة : إن هذه الترسبات ليس لها أي علاج فعال ، والعلاج الوحيد هو الاستئصال الجراحي للآفات المخذلة لاضطراب

الفصل الثالث والأربعون

الأمراض الجلدية الناجمة عن اضطرابات في استقلاب عديد السكريد المخاطي

Skin Diseases Caused by Disorders in Mucopolysaccharide Metabolism

د . محمد دلة

د . غانم رسلان

تتأثر المواد الأساسية للحمية المتوسطة بعوامل هرمونية ، ويمكن العثور على تغيرات مرضية في استقلاب عديد السكريد المخاطي في الجلد بإغناء عديد السكريد المخاطي الحامضي في اضطرابات غدية صباوية . وتشكل عديدات السكريد المخاطية الحامضة ، كحمض الهيالورونيك أو سلفات الديرماتان ، من قبل أرومات الليف مثلما يمكن إظهاره في المزارع الخلوية . ويمكن أن يبدي النسيج في اضطرابات استقلاب عديد السكريد المخاطي الوراثية تَرُسُّبَ كميات كبيرة من عديدات السكريد المخاطية . ومن المرجح وجود عيب وراثي في استقلاب أو في تقويض معقدات عديدات السكريد المخاطية البروتينية .

أدواء عديدات السكريد المخاطية الوراثية :

: Hereditary Mucopolysaccharidoses

تتميز هذه الأمراض الوراثية (راجع الجدول ٤٣ - ١) سريرياً بشكل خاص ببيلة عديدات سكريد مخاطية ، أي إطراح كميات كبيرة من عديدات السكريد المخاطية في البول (سلفات درماتان ، سلفات هيباران ، سلفات كيراتان) ، وترسب نفس عديدات السكريد المخاطية في الأنسجة والخلايا المختلفة . وتظهر العلامات والأعراض السريرية في الطفولة المبكرة عادة . وأيضاً ، تبدي بعض أدواء عديدات السكريد المخاطية الوراثية هذه مواداً قابلة للتلون بشكل متبدل التلون Metachromatically في هيولى اللمفاويات ، والتي تم تطويرها ضمن طريقة تشخيصية . كما أن الاضطرابات الوراثية قابلة للكشف أيضاً في أرومات الليف المزروعة . وهذا ما يسمح بالتشخيص قبل الولادة لهذه العيوب الاستقلابية الوراثية وغيرها بيزل السلى Amniocentesis . (راجع مبحث العيوب الاستقلابية القابلة للكشف قبل الولادة) .

العيوب الاستقلابية القابلة للكشف قبل الولادة :

* الشحومات Lipidoses :

داء كثرة الغنغليوزيد GM₁ Gangliosidosis (الأنماط)

(١ - ٤) .

داء كثرة الغنغليوزيد GM₂ (الأنماط ١ - ٣) .

داء غوشر .

داء نيهان - بيك .

داء Krabbe .

داء فابري .

الختل الأبيض المتبدل اللون Metachromatic

Leukodystrophy .

داء ريفزوم Refsum .

المادة الأساسية للحمية المتوسطة Mesenchymal ground substance مادة عديمة الشكل تؤلف مع الكلاجين والألياف المرنة مَطْرَقَ Matrix النسيج الأدمي والضمام تحت الجلد . وتحتوي هذه المادة الأساسية على كميات كبيرة من الغليكوز أمينوغليكانات Glycosaminoglycans الغنية بعديدات السكريد المخاطية ، إضافة للماء والأملاح والبروتينات السكرية Glycoproteins ويؤلف جزءاً عديد السكريد المخاطي نحو ٠,٥ - ١ ملغ لكل غرام من الوزن الجاف في الجلد . وتتألف عديدات السكريد المخاطية الحامضة بشكل رئيسي من حمض الهيالورونيك Hyaluronic acid ، وسلفات الديرماتان Dermatan sulfate ، وسلفات - ٦ - كوندرويتين Chondroitin - 6 - Sulfate ، بالإضافة إلى كميات أصغر من سلفات الهيباريتين Heparitin - Sulfate . ويختلف التركيب الدقيق لعديدات السكريد المخاطية الحامضة في الجلد من منطقة إلى أخرى ، ويختلف أيضاً مع العمر والجنس . حيث تحتوي مادة وارطون Wharton في الحبل السري رجحاناً لحمض الهيالورونيك ومقداراً صغيراً نسبياً من عديدات السكريد المخاطية المكثرة ، بينما يحتوي الجلد في انكهل قليلاً من حمض الهيالورونيك ولكنه يحوي الكثير من عديدات السكريد المخاطية الحامضة المكثرة من نمط سلفات الديرماتان وسلفات - ٦ - كوندرويتين . وإن عديدات السكريد المخاطية الحامضة في المادة الأساسية هامة لتوازن استقلاب الماء والملح ضمن الجلد . ويرجع أن حمض الهيالورونيك القابل للاستخلاص من الملح هام بشكل رئيسي لتسعة الرابطة للماء في المادة الأساسية للنسيج الضام ، في حين تعب عديدات السكريد المخاطية المكثرة دوراً خاصاً في إنتاج الكلاجين والألياف المرنة .

الجدول ٤٣ - ١ : أنواع عديدات السكريد المخاطية (ع س م) الوراثية

الخط Type	اللقب Eponym	غير الظهور ! سنوات	اضطراب النمو	التقدمات المفصالية	الآذن المظنية Bone	الوراثية : المخ العدد ، Gargoyliam	تتيم القروية	الصفحات الكبدية	التخلف العقل	بيلة عديدية	عديد السكريد	الليب الإنطيمى	طراز الوراثة
				Joint	Contracture						المصاب	Enzyme	(جسمية صاغرة) X - Y صاغرة)
ع س م IH	Pinnader - Hunter	١	++	++	++	++	+	++	+++ / ++	+	سفات درماتان	α - L - Idu	١
ع س م IS	Hunter - Urtich - Schete	٧ - ٥	+/-	+	+	-	++ / +	++ / -	-	+ / -	وسفات حيران سفات درماتان (وسفات حيران)	α - L - Idu - Ronidase	١
ع س م II	Hunter - و تتيم	١	+	+	++ / +	+	-	+	++	+	سفات درماتان وسفات حيران إيو دورونات - ٢ - سفات	سفاتاز	٢
ع س م III A	Sanfilippo A	٦ - ٤	+	+	+	+	-	+	+ / -	+	سفات حيران	سفاتاز سفات	١
ع س م III B	Sanfilippo B	(٧ -) ٤ - ٢	+/-	+/-	+	+/-	-	+	+++	+	سفات حيران غلو كوز أمينيداز ب . ألفا - ن - أستيل	سفاتاز سفات	١
ع س م III C	Sanfilippo C	(٧ -) ٤ - ٢	+/-	+/-	+	+/-	-	+	+++	+	C. α - Acetyl Co A: α - N - acetylglucos - amine transferase	سفاتاز سفات	١

الموجودات السريرية : تتظاهر أدواء عديدات السكرية المخاطية الوراثية بتغيرات في الجهاز الهيكلي وخصوصاً في العظام الوجهية والجمجمة ، وبتغير القرنية وضخامة كبدية طحالية وتبدلات وعائية .

يتشخص الجلد أحياناً بسبب ترسب عديدات السكرية المخاطية - ويوجد أحياناً ميل لفرط الأشعار ، وهي العلامة التي تحدث أيضاً في : رزمة المخاطية المحددة . وتوجد غمطياً أيضاً عقيدات مرتشحة أو لطخات عاجية ييضاء متناظرة بين زاويتي الكتفين وفي منطقة الطية الإبطية الخلفية . وتبلغ العقيدات الإفرادية ١ - ١٠ مم بالحجم ، ويمكن أن تكون متلاقية على مناطق أوسع . وفي بعض الأحيان ، ثمة آفات مشابهة على الأطراف العلوية والسفلية وفي المناطق الصدرية والألوية . ويمكن أن يظهر على الأصابع تشخّن منتشر أكثر في الجلد مما يشير إلى تصلب الأطراف . وقد يلاحظ نمو أشعار غير طبيعي ، وقد يوجد عادة وعلى أية حال غياب لأشعار ركب العانة Mons pubis والإبطيين بعد البلوغ . (راجع الجدول ٤٣ - ١) .

التشخيص : إذا اشتبه بهذا النمط من المرض فيجب أن يُعرض الطفل على طبيب الأطفال . ويفحص البول للكشف عن عديدات السكرية المخاطية بطريقة أزرق التولويدين (التلون المتبدّل غمطي) ، وإن إجراء اختبار سيتيل تري ميتيل أمونيوم بروميد أو كلوريد Cetyltrimethylammonium bromide or Chloride على البول أيضاً ذو قيمة في كشف عديدات السكرية المخاطية . ويمكن أيضاً في الدراسات الماسحة الكشف عن خزن عديدات السكرية المخاطية في خلايا الدم (المفواويات والمحييات) . وإذا وجد أساساً للتشخيص فيمكن إجراء التقديرات الإنزيمية على أرومات الليف أو الكريات البيض أو المصل .

المعالجة : لا تعرف في الوقت الحاضر طرق علاجية فعالة .

الأدواء الموسينية (مخاطيات الجلد) :

: Mucinoses (Myxodermas)

تتصف الأدوية الموسينية أو الأدوية المخاطية الجلدية بوجود زائد لمادة من غمط مخاطي (Mucus باللاتينية ، Myxa باليونانية) في الجلد . وتتألف المادة المخاطية هذه من مكونات من المادة الأساسية بين الليفية - تحديداً غليكوكوز أمينوغليككانات - مع محتوى محدد من عديدات السكرية المخاطية الحامضة والمتعادلة في رابطة البروتين . وفيما يخص

داء ولان Wolman .

* أدواء عديدات السكرية المخاطية :

النمط ١ داء Pfaundler - Hurler .

النمط ٢ داء Hunter .

النمط ٣ A - C داء سان فيليب Type III A - C

Sanfilipp disease .

النمط ٥ داء Scheie .

النمط ٦ داء Maroteaux - Lamy .

النمط ٧ عوز الغلوكورونيداز .

* الشحومات المخاطية Mucopolidoses :

الشحام المخاطي ٢ (مرض خلية - ١) .

الشحام المخاطي ٣ .

* اضطرابات في استقلاب السكريات :

غلكتوزمية Galactosemia .

عوز غلكتوكيناز Galactokinase deficiency .

داء غليكوجيني نمط ٢ (مرض Pompe) .

داء غليكوجيني نمط ٣ (مرض Cori) .

داء غليكوجيني نمط ٤ (مرض Andersen) .

عوز غلوكوز - ٦ - فسفات .

عوز نازعة الكربوكسيل يروفات .

عوز الفوكوزيداز - α عوز Fucosidase .

عوز المانوزيداز - α عوز Mannosidase .

* اضطرابات في استقلاب الحموض الأمينية :

الداء السيستيني Cystinosis .

مرض شراب القيقب Maple Syrup .

سيتروليمية Citrullinemia .

بيلة حمض ميتيل المالونيك Methylnalonic (الأنماط ١ - ٤) .

بيلة هوموسيسيتينية Homocystinuria .

فرط فالين الدم Hypervalinemia .

فرط ليزين الدم Hyperlysinemia .

حمضية البروبيونيك Propionic acidemia .

بيلة حمض الأرجينين - سكسينيك Arginine - Succinic aciduria .

Succinic aciduria .

هستيدينية Histidinemia .

* اضطرابات استقلابية أخرى :

متلازمة ليش - نيهان Lesch - Nyhan .

عوز الفسفاتاز الحمضية .

المتلازمة الكظرية التناسلية .

التلاسيميا البيتة B - Thalassemia .

فقر الدم المنجلي .

عديدات السكريد المخاطية الحامضة فإننا نجد وبشكل خاص حمض الهيلارونيك أو سلفات الدّرّماتان أو الهياران . وتحتوي عديدةات السكريد المتعادلة Neutral على هكسوز أمينات - Hexosamines في شكل مكوثر Polymerized وهي مع نيتروينات تقوم بتشكيل البروتينات السكرية .

يعتمد تلوين المواد المخاطية وسلوكها النسجي الكيميائي على بنيتها الكيميائية . فحمض الهيلارونيك يتلون بشكل ضعيف فقط في تفاعل الباس PAS . وسلفات الهيارين والدرّماتان هما سلبيتا الباس PAS ، بينما تكون عديدةات السكريد المخاطية المتعادلة والبروتينات السكرية ايجابية الباس PAS غالباً . ويمكن استخدام تفاعل Hale أو التلون بأزرق الألبان لكشف جميع أنماط عديدةات السكريد المخاطية الحامضة في المقطع النسيجي . تقوم الهيلارونيدازات الجرثومية والخصوية في مقطع النسيج بمهاجمة حمض الهيلارونيك . ومن المهم إذا وجد الشك بالداء الموسيني ألا يثبت النسيج المستأصل بالفورمالين كالمعتاد (لأنه يذيب المخاطانيات Mucoids الذوابة بالماء) بل يثبت في الإيتانول المطلق الحاوي على فورمالين ١٪ . ويمكن لعوامل غدية صباوية وإنظمية مختلفة أن تؤثر على المواد الأساسية بين الليفيّة للنسيج الضام الأدمي . وقد أجريت دراسات مفصلة بشكل خاص على تأثيرات هرمون الدرقية وهرمونات النخامة على المادة الأساسية بين الليفيّة . ويمكن أن توجد زيادة بالمادة الأساسية للحمية المتوسطة في حالات مرضية في الجهاز الغدي الصاوي . وفي أدواء موسينية أخرى يشمل الاضطرابُ الجلدَ فقط .

أدواء موسينية أدمية :

أدواء موسينية في قصور الدرقية :

– الودمة المخاطية المنتشرة .

– الودمة المخاطية المحددة .

أدواء موسينية في فرط الدرقية :

– الودمة المخاطية أمام الظنبوب .

– متلازمة EMO .

أدواء موسينية في حالات سويّ الدرقية Euthyroid :

– الحزاز الودمي المخاطي .

– الودمة المخاطية التوصيلية .

– الداء الموسيني الشبكي الحمامي .

– الداء الموسيني الجلدي ذو النمط اللويحي .

أدواء موسينية ظاهرية :

الداء الموسيني الجريبي ، النمط الغامض .

الداء الموسيني الجريبي ، النمط العرضي .

أدواء موسينية ثانوية :

أدواء موسينية أدمية ثانوية :

– أمراض التهاية مثل الإكزيمة والصداف والأورام (ليفوم ، شحموم ، غرّن شحمي ، غرّن مخاطي ، كيسات زليلية) ؛ ودمة الغدد العرقية المخاطانية .

أدواء موسينية ظاهرية ثانوية :

– السرطانة قاعدية الخلايا .

الأدواء الموسينية الأدمية Dermal Mucinoses :

تتصف الأدواء الموسينية الأدمية البدئية بترسّب زائد للمواد الأساسية بين الليفيّة للحمية المتوسطة في النسيج الضام الأدمي ، وتبقى البشرة خالية من هذه الترسبات . ومع الزيادة بالمعقدات البروتينية الحاوية على حمض الهيلارونيك يحدث اضطراب ثانوي في التشكل الجديد للألياف الكلاجيلية . والصورة النسيجية في مثل هذه الحالات مماثلة للصورة الخاصة بمادة وارتنون في الحبل السري مع ترسب غزير للمادة المخاطية النمط وشيء قليل فقط من الألياف الكلاجيلية القصيرة . وإذا وجدت زيادة بعديدات السكريد المخاطية الحامضة المكثرة مثل سلفات الكوندرويتين يزداد إنتاج الكلاجين ويزداد الميل للتصلب .

الأدواء الموسينية في قصور الدرقية Mucinoses in Hypothyroidism :

Hypothyroidism :

إن نقص الوظيفة الدرقية سبب لزيادة المواد بين الليفيّة في الجلد .

الودمة المخاطية المنتشرة (1878) Diffuse Myxedema

ord) :

المرادفات : الودمة المخاطية الحقيقية ، الودمة المخاطية المنتشرة في قصور الدرقية .

التعريف : عبارة عن تراكم عديدةات السكريد المخاطية الحامضة والسائل في الجلد كنتيجة لعدم كفاية الوظيفة الدرقية .

الإمراض : يمكن أن يُعزى قصور الدرقية لتركيّب هرموني معوز إما باضطراب خلقي (ودمة مخاطية بدئية) أو مكتسب (ودمة مخاطية ثانوية) مثال ، بعد العمل الجراحي على الدرقية أو المعالجة بـ I_{131} ، أو تنبيه غير كافٍ للمُوجّهة الدرقية Thyrotropin ، أو الاضطرابات الدرقية الالتهابية أو غيرها .

الموجودات السريرية : يشاهد جلد جاف وشحمي ومتنفخ خصوصاً في الأجزاء القاصية للأطراف . والجلد المتوذم بشكل لديني لا يتوهّد بالضغط عليه لأن الكمية المزدادة من المادة الأساسية في الأدمة تحوي الماء بالشكل المرتبط فقط . ويمكن أن يبدو الوجه متورماً ، وخاصة في الأجفان .

والشرى المزمن والخاصة البقية أكثر تكراراً في الانسليم الدرقى .

الوذمة المخاطية أمام الظنبوب : Pretibial Myxedema [1928 Keining]

المترادفات : الوذمة المخاطية المحددة المتناظرة أمام الظنبوب ، مخاطية الجلد المحددة المتناظرة أمام الظنبوب ، الوذمة المخاطية المحددة بالانسليم الدرقى (1946 Cohen) .

تعريف : ترسبات أدمية أمام الظنبوب متميزة سريراً، لعديدات السكريد المخاطية الحامضة المرتبطة بالبروتين في المرضى المصابين بفرط الدرقية أو بعد استئصال الدرقية .

الحدوث : ليست نادرة جداً . وهو أكثر شيوعاً عند النساء .
الإمراض : يسود الاعتقاد الآن بأن إمراض الجحوظ في الانسليم الدرقى يشبه مثيله في الوذمة المخاطية أمام الظنبوب . وتنشأ كلا العلامتين من غزارة المادة اللحمية المتوسطة بين اللييفية ، وبشكل رئيسي عديدات السكريد المخاطية الحامضة من غمط حمض الهيالرونيك في نسيج الجلد . ولا تتراجع كلا الآتين أحياناً بعد استئصال الدرقية . ولقد افترض أن هذا قد يكون مرتبطاً بالهرمون مُنبِّه الدرقية Thyroid Stimulating hormone أو العامل المنبه للجحوظ منها . ويجب التفكير أيضاً بالأورام المنتجة للهرمون مُنبِّه الدرقية .

من جهة أخرى ، يمكن أن تحدث العلامتان بعد استئصال النخامة أو تشيعها مثل تأثير منبه الدرقية مديد المفعول Long-acting thyroid stimulator . وهو غلوبولين مناعي من الصنف 7S (IgG) الذي يرتبط بالجسيمات الصغرية Microsomes في الزجاج In vitro والذي لوحظ في الدم عند أكثر من نصف المرضى المصابين بالجحوظ ، والوذمة المخاطية أمام الظنبوب ، وثُكن جلد الأطراف Acropachyderma .

الموجودات السريرية : باعتبار أن الوذمة أمام الظنبوب تنجم عن إغناء موضعي بالبروتينات المخاطية المرتبطة بالماء فهي تتطور في المرضى المصابين بقصور الدرقية أو داء يزدو Basedow أو بعد استئصال الدرقية أو المعالجة الدوائية بالمواد المثبتة للدرقية Thyrostatic . وتتطور بشكل بطيء في البدء تورمات ثابتة صفراء عمرة أو بالأحرى يضاء رمادية على الطرفين السفليين (الوذمة أمام الظنبوب Pretibial edema) . وكتيجة للترسب المخاطي في النسيج الضام العلوي فإن الغدد الزهمية وجريبات الأشعار تُزاح جانباً مؤدية لمظهر جلد برتقالي غمطي (جلد البرتقالة) . ويلاحظ أيضاً وجود فرط أشعار في مناطق الجلد المريض . ويمكن أن تصبح هذه العلامات وخيمة جداً

ومن الملاحظ وجود لون أبيض مصفر شاحب للجلد أشد كثافة في المنطقة الأنفية الشفوية وعلى الراحتين والأخصين وهو ينتج عن الكاروتينمية Carotinemia الثانوية في مرضى الوذمة المخاطية . ويكون الجلد مفرط التقرن بشكل موضعي ومنتشر ، ويمكن أن يبدى تقرنات جرابية . ويحتمل حدوث تغيرات سماكية الشكل متعممة . وتنخفض وظيفة الغدد الزهمية (انعدام الزهم Asteatosis ، ركودة زهمية Sebostasis) .

التشريح المرضي النسيجي : يحوي النسيج الأدمي مادة غزيرة من غمط حمض الهيالرونيك وسلفات الدرمانان . وبشكل خاص في الطبقات العليا حول جريبات الأشعار والأوعية الدموية .

السير : تراجع بمعالجة الاستبدال Replacement .

المعالجة : تُجرى دراسة غذية صماوية لتحديد ما إذا كانت الوذمة المخاطية بدئية أو ثانوية ومن ثم تُعطى معالجة الاستبدال .

الوذمة المخاطية المحددة Circumscribed Myxedema [Jadassohn و 1916 Dossekker]

المترادفات : الوذمة المخاطية المحددة في قصور الدرقية ، الوذمة المخاطية الحدية (Dossekker) ، الفلغمون الكاذب .

الموجودات السريرية : في حالات قصور الدرقية الصريحة - عادة من النمط البدئي - لا توجد أحياناً وذمة مخاطية منتشرة فقط بل ارتشاحات بلون الجلد محددة وثابتة أو تورمات ذات غمط قَلْبِيٍّ محددة على الأطراف أو الأعضاء التناسلية (راجع الشكل ٤٣ - ١) . ويمكن أن توجد أيضاً وذمة وجهية وحيدة أو تورمات عقيدية أو أكثر انتشاراً ثابتة أو مرنة بلون الجلد على الوجه والتي تشبه الجذام .

التشريح المرضي النسيجي : هو نفسه كما في الوذمة المخاطية المنتشرة .

الإنذار : حسن بمعالجة الاستبدال .

المعالجة : تشخيص غدي صماوي ومعالجة الاستبدال .

الأدواء الموسينية في فرط الدرقية Mucinosis in Hyperthyroidism

يكون الجلد في فرط الدرقية أو في الانسليم الدرقى thyrotoxicosis دافئاً ورطباً . وكثيراً ما يوجد احمرار ثابت في الوجه وعلى المرفقين وعلى الراحتين . ويميل الشعر لأن يكون رقيقاً لطخياً مع حاصة منتشرة في فرط الدرقية . ويوجد في أحيان كثيرة انحلال ظفري Onycholysis وتكون الحافة الحرة للظفر متموجة الشكل ومنحنية نحو الأعلى . والوذمة أمام الظنبوب علامة ، ومن المشكوك فيه ما إذا كانت الحكمة المعممة

وتشبه داء الفيل البلدي Elephantiasis nostras مع تغيرات مفرطة التقرن . ولا يحدث تقرح تلقائي .

التشريح المرضي النسجي : يحدث تراكم غزير للمخاط في نسيج الضام الأدمي العلوي . وكيميائياً نسيجياً تتكون عديدات السكر المخاطية الحامضة في معظمها من غمط حمض هيبالرونيك ولكن يمكن أن تكون عديدات سكرية مخاطية متعادلة . وتوجد أرومات ليف عديدة ، غير أنه لا يوجد سوى شبكة بسيطة فقط من ألياف كلاجينية قصيرة وناعمة .

السر : لا تتراجع الأعراض دائماً بالمعالجة المناسبة وإشواء Normalization وظيفة الدرقية أو النخامة . ويوجد دائماً ميل لرجعة . وليس من النادر حدوث شفاء عفوي بعد ٥ - ١٠ سنوات .

المعالجة : صعبة ومن المهم معالجة المرض المستبطن .

المعالجة الجهازية : الستيرويدات القشرية فعالة في بعض الأحيان في معالجة الجحوظ ولكنها ذات تأثير موقف للمراضة ، Morbidstatic على الأعراض الجلدية .

المعالجة الموضعية : يمكن المحاولة بحقن الهيبالرونيدياز موضعياً والذي يحملته Hydrolyzes حمض الهيبالرونيك وعديدات السكر المخاطية المكثرة . وقد نصح أيضاً بالحقن الموضعي لمعلقات الستيرويد الممددة (تريامسينولون اسيتينوئيد) ، إضافة للاستخدام المديد للعصائب الضاغطة . وقد تستطب المداخلة الجراحية في الحالات الوخيمة .

متلازمة EMO [توماس 1933] :

التعريف : هي تشارك بين الجحوظ Exophthalmus والوذمة مخاطية أمام الظنوب Pretibial Myxedema ، والاعتلال المفصلي العظمي الضخامي Hypertrophic osteoarthropathy . وأول من وصفها توماس عام 1933 ، بينما تم استخدام مصطلح متلازمة EMO لأول مرة من قبل Braun - Falco و Petzoldt (١٩٦٧) .

الإمراض : غير معروف . ويعتقد بأنه قد يوجد تأثير لمبناه الدرقية المديد المفعول .

الموجودات السريرية : يمكن للمرضى المصابين بفرط الدرقية أن يُدوا - وبشكل متسلسل - جحوظاً ، ووذمة مخاطية أمام الظنوب ، واعتلالاً مفصلياً عظمية ضخامياً مع أصابع متعجّرة Clubbed وأظفار كزجاجة الساعة . ولا تحدث الحالة في أي عمر محدد . ويمكن أن تتراوح المدة الزمنية ما بين بدء فرط الدرقية وحدوث الاعتلال المفصلي العظمي الضخامي من أسابيع إلى ثلاثة عقود . وفي كل الحالات على الأغلب تسبق

المعالجة المضادة للدرقية المرض . ويظهر تعجّر الأصابع في الأصابع المتعجّرة بأظفار منحنية ، وتورم باليدين والقدمين ، وغمر عظم سمحاق في الأطراف ، وبذلك فإن لهذا الداء شياً معيناً بشخ الجلد والسمحاق Pachydermoperiostosis .

الأدواء الموسينية في سوي الدرقية Mucinoses in Euthyroidism :

السواء الدرقي Euthyroidism هو وظيفة طبيعية للغدة الدرقية . ولا توجد أية صلة بالاضطرابات الوظيفية في الدرقية أو بالهرمون الموجه للدرقية Thyrotropic من النخامة في هذه الأمراض .

الحزاز الوذمي المخاطي Lichen Myxedematosus :

المترادفات : الداء الموسيني الخطاطي ، الداء الموسيني الخطاطي الحزازي (Mucinosis Papulosa seu Lichenoides) ، مخاطية الجلد الخطاطية ، الحزاز الليفي الخطاطي Lichen fibromucinoidosus .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : غير معروف . وتشتمل الحدوثية الإمراضية الرئيسية على تكاثر أرومة الليف مع تراكم مصاحب لعديدات السكر المخاطية الحامضة من غمط حمض الهيبالرونيك . وتتحرف البنية المستدقة للغلوكوز أمينوغليكسان على أية حال عن مثلتها الموجودة في الجلد الطبيعي . ولا تحتوي خيوط حمض الهيبالرونيك بشكل واضح أية وحيات من غلوكوز أمينوغليكسان . وإن الحدوث المتزامن لاعتلال غاما وحيد النسيلة مع ارتشاح خلايا مصورية ضمن نقي العظم يمكن أن يشير إلى وجود صلة مع ورم المصوريات (النقيوم المتعدد) . وقد ورد ذكر عامل مصلي يربط أرومات الليف .

الموجودات السريرية : في حالة وظيفة درقية أو نخامية طبيعية يشاهد طفح يزداد بشكل بطيء من آفات حطاطية ٢ - ٥ مم في القطر أو ذات مظهر حزازي ، وهي طرية ولكنها كثيفة أحياناً ويتراوح لونها من لون الجلد إلى الأصفر الضارب للبياض أو الأصفر الضارب للحمرة . ويمكن أن تحدث الآفات أيضاً بتكدسات موضعية أو متلاقية . والأماكن المفضلة هي الذراعان والجذع والفخذ (راجع الشكل ٤٣ - ٢) .

الأعراض : الأعراض الشخصية غائبة .

الموجودات المخبرية : توجد زيادة في بروتينات المصل ، مع اختفاء بعديدات السكر المرتبطة بالبروتين (بروتين سكري) ، ولكن مع وجود كميات شاذة من غلوبولينات المصل في اتجاه اعتلال غاما وحيد النسيلة أو عديد النسيلة ،

وأحياناً من غمط ورم المصوريات (IgG-k). ويمكن أن توجد اضطرابات في وظيفة الكبد وارتشاح بخلايا مصورية في نقي العظم .

التشريح المرضي النسيجي : خلافاً للوذمة المخاطية أمام الظنبوب ، وبالإضافة للحدوث الغزير للمواد المخاطانية من غمط عديدات السكريد المخاطية الحامضة (حمض الهيالرونيك وسلفات الدرمتان) ، يوجد تكاثر واضح لأرومات الليف والكلاجين (الداء الموسيني الليفي) . وتبدي حزم الكلاجين ترتيباً غير منتظم . ويمكن أن تشابه الآفات الباكراً الحبيوم الحلقي الذي يحتوي على الموسين أيضاً . وإن المواد المخاطانية متفاعلة لتلوين Hale وأزرق الألسيان وهي أيضاً متبدلة التلون عادة ، ولكنها حساسة جزئياً للهيالرونيداز الخصوية .

التشخيص التفريقي : من السهل نوعاً ما تمييز الحزاز الوذمي المخاطي عن الأشكال الأخرى للاندفاعات مثل الحبيوم الحلقي الحطاطي المنتشر ، أو العقيدات الرثائية ، أو الكلاجينومات الطفحية Collagenomes eruptives .

الإنذار : يجب أن يوضع الإنذار بحذر بسبب الموجودات العامة . ويوجد أيضاً خطر حدوث مرض قلبي ودماعي .

المعالجة : صعبة وغير مرضية إلى حد كبير .

المعالجة الجهازية : محاولات علاجية بالستيرويدات القشرية السكرية ومثبطات المناعة . والعوامل المؤلفة هي أفضل معالجة (خردل الفينيل ألانين ٢ مغ باليوم ، أو كلورامبوسيل ٢ - ٤ مغ يومياً) .

المعالجة الموضعية : تجريبية بحقن الهيالرونيداز أو معلقات الستيرويدات ضمن الآفات ؛ والاستئصال الجراحي حيثما أمكن .

الوذمة المخاطية التصليية Scleromyxedema [Arndt و Gotttron 1954] :

المترادفات : متلازمة Arndt و Gotttron .

التعريف : مرض مزمن يكون فيه تغيرات جلدية قلبية واعتلال غاما واصمين .

الحدوث : نادرة جداً ، وهي أكثر شيوعاً في النساء .

الإمراض : هي مرض يتطور من الحزاز الوذمي المخاطي الذي فيه فعالية أرومية ليفية غير مسيطر عليها إضافة إلى ترسب منتشر لمادة مخاطانية . ومن الملاحظ حدوث كميات شاذة من الغلوبولينات المناعية من النمط IgG والتي غالباً ما تحتوي سلاسل خفيفة من النمط بشكل دائم . ويوجد فرط تنسج للخلايا المصورية في نقي العظم والذي يُحتمل أنه مسؤول عن

إنتاج الغلوبولينات المناعية الشاذة هذه ، أي اعتلال غاما . وقد كشف النقيوم المتعدد في حالة واحدة للوذمة المخاطية التصليية . وتحدث الغلوبولينات المناعية المرضية أيضاً حول ألياف الكلاجين في النسيج الضام ، أي في العضلات والجلد والعضلة القلبية والأوعية . ومن المحتمل أن يؤدي ترسب الغلوبولينات المناعية المرضية إلى تنبيه تركيب عديدات السكريد المخاطية والكلاجين . ولقد تبين أن مصل هؤلاء المرضى يُبَيِّن تركيب الدنا DNA وتكاثر أرومات الليف .

الموجودات السريرية : تتميز الصورة السريرية في الوذمة المخاطية التصليية بشكل أساسي بثلاثة موجودات : صورة من غمط تصلب جلد ، وتشن جلد من غمط قيلي ، وحطاطات حزازية .

الصورة الشبيهة بتصلب الجلد Scleroderma-Like : يبدو من خلال فحص المريض عن بُعد المظهر لتصلب جلد منتشر مترقي من غمط تصلب جلد الأطراف وذلك بسبب التشن المنتشر في جلد الوجه مع تغيرات مماثلة على الأطراف القاصية .

تقسي الجلد من النمط القيلي وتشنه : يحدث هذا في كامل الجلد أو في أجزاء واسعة منه . ويكون الجلد ثخيناً جداً ومزداداً بالحجم ، ويمكن أن يكون مرتفعاً في طيات كبيرة ، وإن فرط التصنيع المنتشر غمطي .

الحطاطات الحزازية : تحدث حطاطات متعددة تفصل بينها مسافات ضيقة - على طول خطوط الجلد أحياناً - حزازية بلون الجلد ضاربة إلى البياض وبحجم رأس الدبوس ، وهي غمطية جداً . ويمكن لها أن تكون منعزلة (خصوصاً في طيات الجلد) ، ولكنها تُظهر ميلاً ملحوظاً لانتظامها خطياً أو على شكل طوقي ، وتترآم في أماكن حدوثها في صفوف تكمل الصورة لجلد متمسك حزازي .

يتبع تشن الجلد ذو النمط القيلي جزئياً عن حدوث منتشر لحطاطات حزازية تميل للتكدس . والأماكن المفضلة هي الجهة وجانب الوجه والمنطقة خلف الأذن وخلف العنق رغم أن الجذع والأطراف يمكنها أن تصاب أيضاً (راجع الشكل ٤٣ - ٣) .

الغلوبولينات المناعية الشاذة Abnormal Immunoglobulins : يحدث اعتلال غاما من النمط IgG سريع الهجرة Fastmigrating مع سلاسل خفيفة من نمط λ بالإضافة إلى ندرة النمط IgA أو النمط IgM (غلوبولينات كبيرة Macroglobulins) . ومن الملاحظ عادة وجود داء كثرة المصوريات في نقي العظم ولكن دون علامات محددة لخلايا ورم المصوريات Plasmacytoma .

والأدوية المثبطة للمناعة ، والأدوية السامة للخلايا مثل المفلان والميتوتركسات والسيكلوفسفاميد كما في ورم المصوريات ، والمحاولة بالإيزوترينوثين . ويمكن لحدل الفينيل ألانين ٢ مغ يومياً أن يسبب هجوعاً بالبارابروتينية والآفات الجلدية . ويستمر التحسن ما دامت المعالجة محتملة .

المعالجة الموضعية : المراهم الحاوية على الستيرويدات والميبارينويدات Heparinoids وقد جربت المعالجة بمحزم الالكترونات أيضاً .

الداء الموسيني الشبكي الحمامي Reticular Erythematous Mucinosis :

المترادفات : الداء الموسيني الحمامي الشبكي ، متلازمة REM (Steigleder ، Gartmann و Linker 1974) ، الداء الموسيني الشبيه باللوحيات .

التعريف : لطخات متنوعة الشكل من الحمامي على الصدر والظهر ، مع كشف كيميائي نسيجي لمواد مخاطانية في النسيج الضام الأدمي .

الحدوث : غالباً في الكهول متوسطي الأعمار ، وبشكل مسيطر في النساء . ولا تعرف لهذا الداء أسباب وراثية أو بيئية .

الإمراض : ذو نموذج التهابي على الأرجح مع وجود مواد مخاطانية قابلة للكشف كيميائياً نسيجياً مثل عديدات السكريد المخاطية الحامضة المتفاعلة مع تلوين Hale أو أزرق الألسيان .

الموجودات السريرية : شبكة من الحمامي على الصدر أو منتصف الظهر أو كليهما معاً للطخات كثيرة أو قليلة التسطح ، غير منتظمة ولكنها محددة بشكل واضح ، وتفرق عن الجلد المحيط بلونها الأحمر اللامع . ويمكن أن تكون الحمامي مرتفعة قليلاً ومشابهة للشرى . ويغيب التوسف والتقران الجريبي والضمور . (راجع الشكل ٤٣ - ٤) .

الأعراض : حكة خفيفة أحياناً .

التشريح المرضي النسيجي : البشرة طبيعية ، ويوجد تنكس تنمهي Hydropic degeneration في خلايا بشروية إفرازية أو سفاج معتدل وتسرُّب خلوي بسيط فقط في الحالة القصوى . ويوجد ارتشاح حول وعائي مميز بخلايا مدورة حول الأوعية المتضخمة في أعلى الأدمة الشبكية . وترتكز أهمية التشخيص على الترسبات المتفاعلة مع أزرق الألسيان أو Hale في النسيج الضام ، وهي ليست متبدلة اللون عادة كما أنها ليست متفاعلة مع الباس PAS أيضاً .

المسیر : مزمن لمدة شهور ، وقد يحدث تراجع بالأشعة فوق البنفسجية أو ضوء الشمس .

لأعراض القلبية الوعائية الدماغية : يبدي مثل هؤلاء المرضى أعراضاً دماغية أحياناً ، مع تغيرات شريانية تصلبية في قاع العين وتصلب في الكليتين والشرايين الإكليلية تكتشف بتشريح الجثة . ويمكن أن تنسجم العلامات السريرية مع ذلك . ولم يتأكد بشكل محدد بعد ما إذا كانت هذه التغيرات الوعائية ناجمة عن اعتلال غاما أو ناجمة عن اضطرابات في استقلاب عديدات السكريد . ويمكن أيضاً ملاحظة وجود إصابة لمعضلات المخططة المتصلبة ، مع ترسب مخاطاني وارتشاح خلايا مصورية (اعتلال عضلي وذمي مخاطي تصليبي Scleromyxedema myopathy) .

الأعراض : تسبب الحطاطات الحزازانية أحياناً حكة شديدة . أما فرط التصبغ المنتشر فرمما كان من الأفضل أن يُفسر على أساس أنه تفاعلي . ومن الأهمية بمكان أن يفحص المريض بانتباه للكشف عن وجود بارابروتينية من النمط IgG (داء السلسلة الخفيفة) أو IgM وعن حدوث ورم المصوريات ، بالإضافة إلى إصابة الكبد والأعراض الدماغية القلبية الوعائية ، بشكل مستقل تماماً عن الاعتلال العضلي الودمي المخاطي التصليبي . ويمكن أن يترافق تصلب الجلد والتهاب العضل والذئب الحمامي مع الودمة المخاطية التصليبية .

التشريح المرضي النسيجي : يتميز التشريح المرضي الجلدي بترسب محدد لمواد مخاطانية حاوية على عديدات السكريد المخاطية الحامضة من الأنماط حمض الهيارونيك وسلفات الدرمانان بالإضافة إلى الأنماط المتعادلة ، وتكون مرتبطة إلى البروتينات بشكل واضح . كما يوجد تليف كثيف غني بالخلايا إضافة لألياف نسيج ضام متنكسة مع ترسب غلوبولينات مناعية في ألياف الكلاجين المتودمة وجدر الأوعية . ويوجد أيضاً في بعض الأحيان ارتشاح خلايا مصورية . وقد يوجد داء كثرة المصوريات في نقي العظم ، والموكويد Mucoïd وتفاعل خلايا مصورية في العضلات ، وترسب غلوبولينات مناعية في الجدر الوعائية للأعضاء الأخرى .

المسیر : لا يبدي المرض أي ميل للتراجع العفوي ، ويتبع عادة سيراً مزمناً على مدى سنوات عديدة . وكثيراً ما تنجم الوفاة عن ذات رئة قصبية أو إصابة قلبية وعائية أو دماغية وعائية . ويمكن أن يحدث داء نشواني ثانوي .

التشخيص : الصورة المتعممة من نمط تصلب الجلد ، والجلد الثخين والرخو المشابه للقليل ، والحطاطات الحزازانية جميعها علامات مميزة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : المعالجة بالستيرويدات القشرية السكرية

التشخيص التفريقي : يسهل تفريق هذا الداء عن التهاب الجلد المني لأنه - خلافاً لالتهاب الجلد المني - لا توجد في الحقيقة أية إصابة ظاهرية في الأماكن الانتقائية في المتلازمة الموسينية الشبكية الحمامية .

المعالجة : تم الحصول على نجاح في بعض الحالات من خلال وصف الكلوروكين فموياً .

الداء الموسيني الجلدي الشبيه باللوحيات
[Perry] **Plaque - Like Cutaneous Mucinosis**
و Kierland و [1960 Montgomery] :

هو مشابه جداً للداء الموسيني الشبكي الحمامي ، ويتظاهر الداء بشكل رئيسي كآفات بنمط لويحي مع حطاطات بوجود نفس التفاعلات الأساسية . وقد لوحظ تحريش ضوئي Photoprovocation في أحيان كثيرة .

الداء الموسيني الظهاري Epithelial Mucinosis :

يتألف الداء الموسيني الظهاري من حدوث مواد مخاطانية مركبة من عديدات سكريد مخاطية حامضة في جريبات الأشعار ، أو الغدد الزهمية ، أو البشرة أثناء سير التنكس الخلوي الظهاري الشبكي أو أي التهاب آخر . ولم يتم التأكد بعد بشكل محدد فيما إذا كانت هذه المواد هي من إنتاج الخلايا الظهارية بسبب اضطرابات في التمايز وبالتالي فهي تُنتج بكميات مفرطة ، أو أنها تنطلق فقط من مركبات موجودة بشكل طبيعي (انقلاب مخاطي Mucophanerosis) .

الداء الموسيني الجريبي Follicular Mucinosis
[1926 Kriebich] :

المرادفات : الحاصة الموسينية (1957 Pinkus) ، الانقلاب المخاطي Mucophanerosis داخل الجريبي والغدي الزهمي (1957 Braun - Falco) ، الداء الموسيني الجريبي (1959 Joblonska) .

التعريف : يدل اسم المرض على التبدل الأساسي ، وبالتحديد حدوث المخاط أو الودمة الحاملة للمخاط ضمن الخلايا المتكسنة في الغدد الزهمية وغمد الشعر الخارجي ، ونادراً جداً ما يحدث في البشرة . وتنجم هذه التغيرات إما عن تفاعل التهابي خلوي أو تفاعل من نمط لمفوم جلدي .

الحدوث : ليس نادراً جداً . ويحدث عادة على الرأس والنصف العلوي من الجسم . ولا يعرف ما إذا كان يوجد أي تأثير لعوامل بيئية أو وراثية .

الإمراض : السبب غير معروف . ويُشاهد بعد التسرب

الخلوي لخلايا لمفانية تُنكس خلوي ظهاري شبكي محدد ، وتظهر أثناء ذلك مواد مخاطانية . تحوي هذه المواد المخاطانية عديدات سكريد مخاطية حامضة غزيرة يمكن تحديدها جزئياً بأنها حمض هيسالرونيك وجزئياً كعديدات سكريد مخاطية حامضة مكثرة . وهي تتلون بشكل متبدل اللون بأزرق التولويدين وتبدي تفاعلاً صريحاً للتفاعل Hale - PAS ، ولكنها من جهة أخرى سلبية الباس PAS . ولم يتأكد أصل هذه المواد المخاطانية بشكل محدد . ففي التصوير الشعاعي الذاتي Autoradiography لا توجد زيادة بانجبال السلفات [S³⁵] الذي يشير لتحرر ثانوي لهذه المواد بال تلازم مع بعض الأشكال الخاصة للأذية الخلوية . وهذا مُتضمن بمصطلح الانقلاب المخاطي Mucophanerosis .

الموجودات السريرية : ليست الصورة السريرية متميزة دوماً ، وبالتالي يمكن أن يكون التشخيص السريري صعباً ، ولا يتحدد إلا بعد الفحص النسيجي فقط . وعادة ما يوجد لطخة أو أكثر محددة بشكل جيد نسبياً ، ومرتفعة ومتوذمة ، ومرتشحة ، والتهاية على الوجه والفروة ، وأحياناً على الرقبة أو الكتفين أو الأطراف أو الجذع . وتبدي هذه اللطخات وسوفاً شبيهة بالنخالية ومنتصقة بشكل ثابت وتشبه الإكزيمة النية ويمكن أن تسبب حكة أحياناً . وكثيراً ما تتميز اللطخات الالتهابية أيضاً بتقران جرابي مؤنف ، وعلى مستوى الجلد جزئياً . وبالضغط الجانبي على الأجرة تنطرح مواد مخاطانية . وتميل اللطخات لأن تفقد الأشعار ضمنها ، وهو ما لا يلاحظ في اللطخات المتوضعة على الجلد الأجرد . وإذا كانت اللطخات موضوعة على الفروة أو اللحية أو الحاجبين دلّ فقد الأشعار المحدد على العلامة السريرية الرئيسية . وهذا ما أطلق عليه مصطلح الحاصة المخاطانية Alopecia mucinosa . وقد توجد حكة واضحة في بعض الأحيان .

يمكن تمييز شكلين للداء الموسيني الجريبي :

الداء الموسيني الجريبي الغامض Idiopathic : وهو يتوافق مع صورة المرض الموصوفة أعلاه . وتستمر اللطخات في الشكل تحت الحاد لأسابيع أو أشهر قليلة ثم تشفى عفوياً . وبلي الشفاء عودة نمو الشعر وهو لا يشتمل على ضمور (راجع الشكل ٤٣ - ٥) .

وفي الشكل الأكثر إزماً قد تكون اللطخات عديدة وتبدي تعدد أشكال polymorphism أكثر ضراحة . ويوجد ارتشاح التهابي من نمط لويحي أو عقيدي ، وأحياناً مع تغيرات تشبه الإكزيمة ، أو مع عقيدات بلون الجلد مميزة غير منتظمة تحدث في مناطق أكبر ، وخصوصاً في منطقة الكتف . وقد تستمر هذه الأشكال المزمنة لسنوات عديدة . ويجب الأخذ

هـ لا اعتبار أن الداء الموسيني الجريبي يمكن أن يكون علامة
مقفوء جدي حيث .

ـء موسيني الجريبي العَرَضِي Symptomatic : هذا الشكل
كثير شيوعاً من الشكل الغامض بشكل ملحوظ . وحسب
درستنا تبلغ النسبة نحو ١ : ٣ . ويجب دائماً أن يُقَيَّم الداء
موسيني الجريبي كمرض قبل ورمي Preneoplastic .
وأحياناً ، نجد المرض كعلامة جلدية نمطية في اللمفومات الخبيثة
في حنك ، وبشكل رئيسي في لمفومات خلايا T مثل الفطار
مضري . ويحدث أيضاً في الأشكال الأخرى لللمفومات
خبيثة وفي داء هودجكن . وإن التبدلات المرضية في الغدد
الزهمية ومقاطع الغدد الخارجية هي نفسها كما في الداء الموسيني
جريبي الغامض عادة . ويسمح الفحص التفصيلي للارتشاح
لأدومي المحيط من جهة أخرى في تقدير المرض اللمفاوي
تكتاري المستبطن . وسرياً يمكن أن يحدث أحياناً فطار
فضائي غطّي بالمرحلة الارتشاحية أو الورمية مع الداء الموسيني
جريبي الغطّي أحياناً (راجع الشكل ٤٣ - ٦) .

التشريح المرضي النسجي : يوجد تسرب خلوي مع خلايا
مفاوية بالارتشاح المحيطي مؤدياً إلى تطور تنكس خلوي بشروي
شبيكي وظهور فلولح مميزة وأحياناً (أفضية) كيسية كاذبة
ملوئة بمادة مخاطانية غنية بعديدات السكريد المخاطية الحامضة
(بروتينات سكرية حامضة) . وهذه المواد متبدلة التلون
ومتفاعلة لأزرق الأليسيان و Hale ، ولكنها تبقى سلبية
الباس PAS . ويمكن أن تلاحظ كمواظ مخاطية ليفية . وفي
حالات نمطية للداء الموسيني الجريبي يوجد ارتشاح لمفاوي
منسجي حول جريبي واضح إلى حد ما ويمكن أن يحتوي أيضاً
على حمضات عديدة . وفي الشكل العرضي ينسجم الارتشاح
مع المرض المستبطن .

السير : في الشكل الغامض من هذا الداء ، يمكن أن يكون
السير حميداً أو أكثر حدة ، مع لطخات قليلة وميل عفوي
للشفاء خلال أشهر قليلة . ويمكن أن يُميَّز هذا عن السير الأكثر
إزماً مع عدد أكبر من اللطخات وعلى مساحة أوسع من

الجلد ، بالإضافة إلى تعدد أشكال Polymorphism أكثر في
اللطخات الإفرادية . ويمكن أن تستمر هذه الأشكال المزمنة
لسنوات عديدة دون أي دليل على مرض آخر . وغالباً ما تتميز
الأشكال المزمنة بعدم الميل للتراجع .

التشخيص التفريقي : يتظاهر الداء الموسيني الجريبي على شكل
خاصة في أجزاء الجلد المشعرة . ولذلك كان من الضروري
تمييزه عن الحاصة البقية الودمية (Kviem 1941) ، أو سعفة
الرأس ، أو سعفة الذقن (كشف الفطور) . وفيما يخص
الفروة ، يفرق عن التحرز المحدد على الفروة مع حاصة متراجعة
عفويّاً (Braun - Falco 1960) . وفي هذه الحالة تبدي
البقع الخالية من الشعر تبدلاتٍ نهائية واضحة مع تحرز .

وعلى أجزاء الجسم ذات الشعر الزغبي يجب أن يؤخذ بعين
الاعتبار انعدام الزهم Asteatosis ، والإكزيمة الزهمية ،
والحزاز البسيط المزمن ، والحزاز المسطح المؤنف Lichen
planus acuminatus . وينصح بالدراسات التشخيصية
النسجية في كل حالة .

الإنذار : يجب أن ينظر إليه بحذر . فالمرضى المصابون بالداء
الموسيني الجريبي يجب أن تجري متابعتهم بانتباه على مدى
سنوات لأنه ، حتى في الأشكال الغامضة ، يمكن فيما بعد أن
يتطور الداء إلى الفطار الفطرائي أو الأشكال الأخرى من لمفوم
خلايا T الجلدي الخبيث .

المعالجة : صعبة عادة . ويمكن في الحالات الغامضة استخدام
التطبيقات الموضعية المحتوية على الستيرويدات القشرية
السكرية ، بالرغم من أنها أقل فعالية من الستيرويدات المعطاة
داخلاً (٢٠ - ٤٠ مغ بريدنيزولون يومياً أو المقادير الموافقة مع
تخفيض تدريجي) . وأيضاً ، يمكن استخدام المعالجة
الكيميائية أو التشعيع بأشعة X السطحية Soft X - ray
irradiation (ثلاث أو أربع مرات Gy 1 بفواصل ٨ أيام أو
أكثر) .

ويكون المرض المستبطن هو الهدف الرئيسي للمعالجة في
الداء الموسيني الجريبي العرضي .

الفصل الرابع والأربعون

البرفيريات Porphyrrias

د . محمد دلة

الكيمياء الحيوية ، التصنيف ، والتشخيص :

البرفيريات عبارة عن أدواء خلقية أو مكتسبة تتعلق باضطرابات تصيب التركيب الحيوي للهم Heme . ويأخذ هذا النمط من العيب أشكالاً سريرية مختلفة تتميز بارتفاع محتويات بروتينات معينة أو طلائعها في الأنسجة والبول أو البراز . والبرفيريات مواد مُحَسَّنة للضوء (سامة ضوئياً) ، وتؤدي الاضطرابات المتعلقة بها لأعراض سمية ضيائية في مناطق الجلد المعرضة للضياء ، باستثناء وحيد فقط هو البرفيرية المتقطعة الحادة . وقد يكون الشذوذ الكيميائي الحيوي المحدد وراثياً غير واضح في بعض المرضى ، مما يستدعي القول إنهم مصابون ببرفيرية كامنة . وفي مثل هذه الحالات يأخذ المرض بالظهور أحياناً بعوامل مثيرة ، مثل الأدوية كالكلوروكين أو الغريزوفولفين ، أو مناعات الحمل القموية ، إضافة إلى المواد الكيميائية أو الملوثات البيئية ، أو المعادن الثقيلة .

التركيب الحيوي للبرفيريات وصفاتها Biosynthesis and Characteristics of Porphyrins : يُشكل الميم الزمرة الضميمة Prosthetic في العديد من بروتينات البرفيرين ، والتي منها مشتقات برفيرين الحديد ، أو ما يسمى بروتينات الميم ، وهي الأكثر أهمية في الإنسان . توجد بروتينات الميم (السيتوكرومات والبيروكسيدات والكاتالازات) في جميع الخلايا ، وهي تقوم بدور ناقل وحامل للأكسجين ، كما في حالة الهيموغلوبين والميوجلوبين . ورغم احتمال أن البرفيريات يمكن أن تُركَّب في أية خلية ، إلا أن المواضع الرئيسية لتركيب البرفيرين هي الجملة المكونة للحمر والكبد والكلتان .

لقد تم توضيح التركيب الحيوي للبرفيرين (راجع الشكل ٤٤ - ١) . فهو يبدأ بتكاثف السوكسينات والغليسين ليتبع بنزع الكربوكسيل وينتج عن ذلك حمض دلتا - أمينوليفولينيك δ-aminolevulinic acid ، وهو الطليعة الأولى الهامة للبرفيرينات . ويؤدي تكاثف جزيئين من حمض دلتا - أمينوليفولينيك لتشكيل مُوَلَّد البرفوبيلين Porphobilinogen ، ثم تشكل أربع جزيئات من مولد البرفوبيلين البرفيرينات . ويمكن ، حسب زمر السلسلة الجانبية ، الحصول على مولد اليوروبرفيرين I أو مولد الكبروبرفيرين I ، ويتشكل من الأخير في النهاية البروتوبرفيرين I والذي ينتج عنه بانجبال الحديد في

الفترة الجنينية ، الميم كزمرة ضميمية للهيموغلوبين . في الكهول ، يعطي مولد البرفوبيلين بشكل رئيسي برفيرينات النمط III (طريق مولد اليوروبرفيرين III ومولد الكبروبرفيرين III) ، ومولد البروتوبرفيرين والبروتوبرفيرين . يؤدي انجبال الحديد ضمن البروتوبرفيرين والمحفز بإنظيم خالية الحديد Ferrochelatase لتشكيل الميم . ينقلب مولد اليوروبرفيرين I ومولد الكبروبرفيرين I بنفس الوقت إلى يوروبرفيرين وكبروبرفيرين ويطرخان في البول والبراز .

تُحفَّز كل خطوة من خطوات التركيب الحيوي للهم إنظيمات نوعية أكثرها أهمية ستناز حمض دلتا - أمينوليفولينيك التي تعمل كأنظيم مُحَدَّد في مجمل مراحل التركيب المتوالية المؤدية لتشكيل البروتوبرفيرين .

يبلغ مقدار الإطراح الطبيعي للبرفيرين ٥٠ - ١٠٠ ميكروغرام / ٢٤ ساعة في البول و ٢٠٠ - ٥٠٠ ميكروغرام / ٢٤ ساعة في البراز . وهذا المقدار صغير نسبياً لكون الكبد قادراً على أخذ البرفيرين من الأمعاء بطريق الدوران الكبدي المعوي .

جميع مشتقات البرفيرين ذات لون أحمر داكن وتظهر تألقاً كثيفاً . وتبدي البرفيرينات ، وخصوصاً اليوروبرفيرينات ، تألقاً قوياً بلون أحمر عندما تتعرض للأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة . ويكون الامتصاص أعظماً عند ٤٠٠ نانومتر .

يتلون البول بالأحمر أو الأحمر المائل للبي في البرفيريات أو أنه يصبح أحمر بعد مدة من ركوده . ويوجد تألق أحمر مميز للبرفيرين في البول تحت الضوء فوق البنفسجي (الفحص بالأشعة فوق البنفسجية الصناعية أو ضوء وود في غرفة مظلمة) ، وهي طريقة ملائمة للكشف الكيفي عن البرفيرينات .

يولد الضوء المرئي قصير الموجة أو الأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة (UVA) تألقاً هو المسؤول عن الخواص السامة الضوئية للبرفيرينات والمؤدية للتبدلات الجلدية في المناطق المعرضة للشمس . وفي البرفيرية المتقطعة الحادة فقط تكون التفاعلات الجلدية السمية الضوئية غائبة لأن البرفيرينات تتحد كمركبات زنك في بروتينات الميم ولذلك فهي لا تتوضع بشكل حر في الجلد . ولم تتوضح بعد بشكل كامل العلاقة الدَّيْنِيَّة الضوئية بين العلامات الجلدية والبرفيرينات . ولقد تبين - بعد الإشعاع فوق البنفسجي مثلاً - أن البرفيرينات يمكنها أن تثير شلال المنمة مبتدئة بذلك التفاعلات الانتهاية في الجلد .

تصنيف البرفيريات Classification of Porphyrrias :

البرفيريات عبارة عن اضطرابات إنزيمية في استقلاب البرفيرين . تُنتج بروتينات هيم الكرية الحمراء في نقي العظام ، بينما تنتج البروتينات هيم الخاصة بأنظمة سلسلة نقل الإلكترون في الكبد بشكل رئيسي .

● البرفيريات المكونة للحمر Erythropoietic Porphyrrias .

- البرفيرية المكونة للحمر الولادية (CEP) .
- البروتوبفيرية المكونة للحمر (EPP) .

● البرفيريات الكبدية Hepatic Porphyrrias .

- البرفيرية المتقطعة الحادة (AIP) .
- البرفيرية المتقلبة (VP) .
- البرفيرية الجلدية الآجلة (PCT) .
- الكبروبفيرية الوراثية (HCP) .

● البرفيريات المكونة للحمر الكبدية Hepatoerythropoietic Porphyrrias .

- البرفيرية المكونة للحمر الكبدية (HEP) .
- البرفيريات الثانوية أو العرضية و برفيريات أخرى .

يترافق مع البرفيريات كل من الكحولية والانسام (بالمعادن الثقيلة وبخاصة الرصاص) ، والمواد الكيميائية ، ومبيدات الحوام (هكساكلوريتزن) ، وأمراض الكبد والأمراض الدموية . وتكتسب الأخيرة وتظهر كيبيلات برفيرية و/أو برفيرينيميات . ويمكن أن تشتمل الأسباب التالية : الأمراض الخمجية والأدوية (المسكنات ، المركبات ، الصادات ، مشتقات السلفونيل يوريا ، الايزونازيد ، الغريزوفولفين ، الهرمونات الجنسية كالأستروجينات في مانعات الحمل الفموية) ، والداء السكري ، والأورام الخبيثة ، واضطرابات استقلاب الحديد (الداء الهيموسيدري ، الصباغ الدموي) ، والحمل وحالات الخمصة Starvation States .

التشخيص : إن العلامات الجلدية في المناطق المعرضة والتي تتفاقم بالتعرض للشمس تشير إلى البرفيريات . وتشبه الآفات انحلال البشرة الفقاعي أو التهاب الجلد السمي الضوئي . ويجب أيضاً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث البرفيرية في الملائات Melanoses وعند حدوث علامات التعرض للضياء بشكل مزمن ، والجلد الشيخوخي المبكر في الأشخاص اليافعين .

ويجب في مثل هذه الحالات فحص البول والبراز والدم لكشف البرفيرينات . ويجب أيضاً التحري عن التآلق الأحمر للكريات الحمر .

الوسمات الكيميائية : توجد بالتوافق مع التصنيف المذكور أعلاه المظاهر المميزة التالية :

البرفيرية المكونة للحمر الولادية : تألق أحمر في الكرية الحمراء ، يوروبفيرين I بالبول ، كوستاز مولد اليوروبفيرين III في الكريات الحمر .

البروتوبفيرية المكونة للحمر : تألق أحمر في الكريات الحمر ، بروتوبفيرين في الكريات الحمر والبراز ، البول سلبى عادة .

البرفيرية المتقطعة الحادة : حمض دلتا – أمينوليفولينيك ومولد البرفويلين في البول .

البرفيرية المتقلبة : بروتوبفيرين وكبروبفيرين في البراز .

البرفيرية الجلدية الآجلة : يوروبفيرين في البول ، لا يوجد مولد البرفويلين .

الكبروبفيرية الوراثية : كبروبفيرين في البول والبراز .

البرفيرية المكونة للحمر الكبدية : تألق أحمر في الكرية الحمراء (أحياناً) ، بروتوبفيرينات في الكريات الحمر ، يوروبفيرين في البول ، وبيلة برفيرية بخصاسي كربوكسي برفيرين بشكل رئيسي .

البرفيريات الثانوية العرضية : برفيرينات في الدم والبول . لا يوجد مولد برفويلين .

البرفيريات المكونة للحمر Erythropoietic Porphyrrias :

تظهر البرفيريات المكونة للحمر اضطرابات في استقلاب البرفيرين محددة بالتركيب الحيوي للهم في خلايا الجملة المكونة للحمر .

والبرفيريات المكونة للحمر أكثر ندرة من البرفيريات الكبدية . وتتميز جلدياً بحساسية مفرطة للضوء تعزى للتفاعلات السمية الضوئية الناجمة عن تراكم البرفيرينات في الجلد .

البرفيرية المكونة للحمر الولادية Congenital Erythropoietic Porphryia : [١٨٩٩ Garrod ، ١٩١١ Gunther]

المرادفات : البرفيرية المكونة للحمر الولادية ، داء غوتتر ، البرفيرية الولادية .

التعريف : مرض نادر جداً ذو وراثة جسدية صاغرة ، يتصف سريرياً بتبدلات جادة في المناطق المعرضة للشمس ، وبإطراح مقادير كبيرة من اليوروبفيرين I في البول ، وبفقر دم انحلاي .

الحدوث : تم وصف ٨٠ حالة في الأدب الطبي . وتحدث الحساسية المفرطة لضوء الشمس منذ الولادة فما بعد . وتحدث الآفات الجلدية بضوء الشمس .

الأمراض : يقتصر هذا الاضطراب بشكل رئيسي على الجملة المكونة للحمر في نقي العظم . والعيب الأساسي هو عوز متجانس الزيجوت في تيمية سينتاز Cosynthetase لمولد اليوروبرفيرين III في كل الأنسجة . ويوجد في الهيموليزات Hemolysate والأرومات الليفية اضطراباً في التوازن بين سينتاز Synthetase لمولد اليوروبرفيرين I وتيمية السينتاز مولدة اليوروبرفيرين III . وبالنسبة ترتفع بشدة محتويات البرفيرين في الأرومات الحمر والكريات الحمر ، وتطرح في البول مقادير عالية من البرفيرينات من النمط I .

الموجودات السريرية : تبدأ منذ الولادة . وتؤدي الحساسية الواضحة للضوء لعدم الارتياح والصراخ إذا تعرض مثل هذا الطفل للشمس .

الموجودات الجلدية : يحدث لدى المريض بعد فترة قصيرة من التعرض للشمس حس حكة وحرق وحمامي وذمية (صورة لنمط التهاب الجلد) . وتحدث حويصلات تكون أحياناً نزفية في المناطق المعرضة للشمس وبشكل خاص على حواف الأذنين . ويمكن للصورة عندئذ أن تشابه انحلال البشرة الفقاعي أو الحصاف الوقمي الشكل Hydroa Vacciniforme .

تحدث خلال سير المرض ندبات جلدية الشكل وتطور إلى تندب شديد مع التصاق الأصابع وجدع شديد في آخر الأمر مع فرط اصطبغ ونقص اصطبغ . ويقود التأذي الجلدي الضوئي عادة إلى حاصة دائمة بالفروة (متلازمة الثعلبية الكاذبة) . ويوجد رهاب ضوء واضح .

فرط الأشعار : يكون من نمط الشعر الزغبي ويصيب الوجه والأطراف وبخاصة الساقين .

احمرار الأسنان Erythrodontia : يعني أن التآلق الأحمر في الأسنان بالأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة (الفحص بضوء وود) موجودة ثابتة جداً . وما عدا ذلك ، تميل الأسنان لأن تكون صفراء أو مائلة للبي .

يحدث فقر دم انحلالي مزمن Chronic Hemolytic Anemia (انحلال دم ضوئي) وضخامة الطحال أثناء سير المرض ويتحسن أحياناً بعد استئصال الطحال .

التهاب الملتحمة والقرنية والشرخ الخارجي والالتصاق الملتحمة عبارة عن علامات تفاعلية للتغيرات الالتهابية السمية الضوئية في العين .

الموجودات المخبرية :

البول : يأخذ لوناً أحمر فاتحاً إلى أحمر خمر ، وييدي تألقاً أحمر شديداً . يزداد بوضوح اليوروبرفيرين I ، والكيروفرين I بشكل أقل وضوحاً لكنه يبقى مميزاً . ولا توجد طلائع البرفيرين (حمض دلتا - أمينوليفولينيك ، مولد البرفوبيلين) . ويكون اختبار الألدهيد لإهرليش Ehrlich سلبياً .

البراز : يزداد الكيروفرفيرين I أكثر من اليوروبرفيرين I . الكريات الحمر : تُظهر كريات الدم الحمراء تألقاً أحمر ثابتاً (لذا أتت تسمية تألق الكريات) . ويرتفع البرفيرين (يوروبرفيرين I) بشكل جوهري ويحتمل حدوث فقر دم انحلالي .

نقي العظم : يحدث تألق قوي في نقي العظم وخصوصاً في الأرومات الحمر والكريات الحمر .
الكبد : لا تضطرب وظائف الكبد .

السير : يكون الجلاد الضوئي أقل وضوحاً في الشتاء . ويعتمد التندب جداً على الخمج الجرثومي الثانوي . ويؤدي التفرح والتندب اللاحق - أثناء سير المرض - إلى فقد الأظفار والجدع في المفاصل الطرفية للأصابع وغضروف الأنف والأذن مع الانعدام التام لقابلية التحرك . ونادراً ما يعيش المرضى لما بعد عمر الخمسين سنة .

التشريح المرضي النسيجي : تحدث الحويصلات تحت البشرة ، مع زيادة التندب والتكس الزجاجي في النسيج الضام كما في البروتوبرفيرية المكونة للحمر .

التشخيص التفريقي : يجب الأخذ بعين الاعتبار البرفيرية المكونة للحمر الكبدية بالإضافة إلى الأشكال الخثلية لانحلال البشرة الفقاعي (تبدأ منذ الولادة ، وأيضاً على سطوح الاحتكاك السادة) وجفاف الجلد المصطبغ .

المعالجة : لا توجد معالجة مثلى .

الجهازية : استئصال الطحال في حالة فقر الدم الانحلالي . وإن الحماية الضوئية بتأثير البيتاكروتين (١٠٠ - ٢٠٠ مغ يومياً) قليلة الفائدة . وقد نصح Ippen بتجربة الكلوروكين بإعطائه بجرعة منخفضة (٦٢,٥ - ١٢٥ مغ مرتين بالأسبوع) .

الموضعية : تجنب ضوء الشمس ، والحماية المناسبة من الضوء بارتداء القفازات أو استعمال واقيات الشمس الفيزيائية أو الكيميائية التي تمتص UVA و UVB والضوء المرئي ، وتجنب حدوث الأخماج الثانوية في التآكلات البثرية الحويصلية ، ولبس النظارات الشمسية المحكمة .

البروتوبيرفيرية المكونة للحمرة Erythropoietic Protoporphyrinemia : [Treibs و Kosenow ١٩٥٣] .

ترادفات : البروتوبيرفيرية المكونة للحمرة P.Enythropoietica ، البروتوبيرفيرية الكبدية الحمراء ، خللاد الضوئي البروتوبيرفيريمي Protoporphyrinemic Light Dermatosi .

التعريف : اضطراب في استقلاب البرفيرين محدد وراثياً يترافق بحساسية للضوء ناجمة عن عوز إنزيم خالصة الحديد Ferrochelatase في المتقدرات . ويتميز الداء بوجود تراكيز عالية من البروتوبيرفيرين في الكريات الحمر . ويبدأ عادة في الطفولة .

المحدوث : ليست نادرة جداً (نحو ١/١٠٠,٠٠٠ من السكان) ، ومهما يكن ، فهي لا تتحدد بسهولة دائماً بسبب لأعراض الجلدية الضوئية المتعددة . ويورث الداء كخلة جسمية سائدة دون ارتباط بالجنس . وتحدث طفرة عفوية .

الإمراض : يشتق المرض من نقص وراثي في فعالية خالصة الحديد في المتقدرات والتي تُحفز انجبال Fe^{+2} ضمن لبروتوبيرفيرين ليتشكل بذلك الهيم . ومن الملاحظ أن تركيب هيم يبدو طبيعياً في مثل هؤلاء المرضى لأنه لا يحدث فقر دم . ويمكن للكبد أيضاً أن يكون موضع التركيب الزائد لبروتوبيرفيرين لأنه يمكن كشف عوز خالصة الحديد في خلايا كبد والأرومات الليفية . وإن زيادة بروتوبيرفيرين البلازما هو مسؤول بشكل رئيسي من الناحية الإراضية عن التفاعلات السمية الضوئية بالجلد وليس زيادة بروتوبيرفيرين الكرية الحمراء . وباعتبار أن البروتوبيرفيرين يطرح عن طريق المسلك الصفراوي الكبدي فإنه لا يوجد إطراح زائد للبرفيرين في البول .

الموجودات السريرية : تنجم الصورة السريرية المتغيرة عن انتشيع بالأشعة UVA . ويوجد بشكل نمطي اعتماداً على الفصول (الفصول المشمسة من السنة) ، وبدءاً للتفاعلات الحادة في الجلد بعد التعرض المباشر لضوء الشمس ، أو حتى عبر زجاج النوافذ والملابس الرقيقة في بعض الأوقات ، بالإضافة إلى التشميع بالمصابيح المتألقة أحياناً . وفي الرضع يبدوون بالصراخ عند التعرض للشمس خلال الصيف الأول من حياتهم ، ويعاني الأطفال الصغار من حس حرق في مناطق الجلد المعرضة لضوء الشمس .

ويستطيع المرء تمييز أشكال متعددة من التظاهرات الجلدية :

نمط التهاب الجلد Dermatitis Type : يتطور عند المريض حس حرق حاد وحكة حاداً بعد تعرض معتدل نسبياً لضوء

الشمس ، والذي يحدث على الوجه (الأنف ، منطقة الوجنة ، الذقن ، حواف الأذنين) وعلى ظهر الأصابع واليدين لئيتبع بعد ساعات قليلة بحمى ، ويترافق أحياناً مع وذمة كما في بدء التهاب الجلد الشمسي الحاد . ويمكن أن يستمر هذا لعدة أيام أو حتى أسابيع . وتحدث في الأطفال حويصلات مع تشكل جليات وندبات ضمورية جذرية الشكل أثناء سير التفاعل وبخاصة على جسر الأنف والوجنتين وظهر الأصابع . وتعتبر هذه الندبات والشقوق الكاذبة حول الفم موجودات نمطية .

تبدى أحياناً مناطق الجلد المعرضة لضوء الشمس بشكل مزمن تسمى متحزراً في خطوط الجلد وتصبغاً . (راجع الشكلين ٤٤ - ٢ و ٤٤ - ٣) .

نمط الحكة Pruritus Type : لا توجد علامات جلدية نوعية . ويذكر المريض بشكل شخصاني أن مناطق الجلد المعرضة للضوء تظهر حكة أو حس حرق مزعجين بعد وقت قصير من التعرض البسيط للنسي للشمس .

نمط الشرى Urticaria Type : تظهر في المناطق المعرضة للشمس حمى مرتفعة محمرة وانتبارات مترافقة مع حس حرق أو تحريش مزعج .

نمط الوذمة الوعائية Angioedema Type : تحدث بعد التعرض للشمس تورمات تحت الجلد على ظهر اليدين أو في المنطقة حول الحجاج أو على الوجنتين ، ولا يرافقها حمى عادة ، وتشابه الوذمة الوعائية (وذمة كوينكة) . (راجع الشكل ٤٤ - ٤) .

نمط الحصف الوقي الشكل Hydroa Vacciniforme Type : تظهر في بعض الأحيان مرحلة حويصلية أولية وتليها آفات حطاطية غخرية مع تشكل ندبات جذرية الشكل ، وتحدث بشكل رئيسي على الأجزاء القاصية للأنف وفصيص الأذن وعلى ظهر اليدين .

ومن المميز أيضاً أن نجد فرط أشعار في الناحية الصدغية أو الوجنية . وخلافاً للبرفيرية المكونة للحمرة الولادية ، فإن احمرار الأسنان والتألق في الجلد يكونان غائبين .

ويوجد في المرضى الكبار زيادة في إصابة الشفتين على هيئة شقوق كاذبة . كما توجد ثخانة ثلولية الشكل منتشرة أو خشونة في جلد جوانب ظهر الأصابع ، وخصوصاً فوق المفاصل السنية ، متائلة مع الأعراض الجلدية المشاهدة في الداء البروتيني الشحماني (التنكس الهيساليني الجلدي المخاطي ، متلازمة أورباخ - وايت) ، والتي هي سريرياً ونسجياً عبارة عن داء بروتيني شحماني نمطي مع حساسية ضوئية أو تنكس

هيايني محرض بالضياء . (راجع الفصل ٤٢ والشكل ٤٤ - ٥) .

الموجودات المخبرية : يدي المريض ، وفي كثير من الأحيان أقرباؤه ، زيادة مهمة في تراكيز البروتوبرفيرين في الكريات الحمر والمصورة الدموية والبراز . ويمكن ألا توجد زيادة بالبرفيرين في واحد من هذه الجويات الثلاثة . وتكون فحوصات البول للبرفيرينات سلبية عادة وذلك لكون البروتوبرفيرينات تُطرح عن طريق الصفراء .

البول : اللون طبيعي ، ولا توجد زيادة في إطراح البرفيرينات أو طلائع البرفيرين .

البراز : إن زيادة البروتوبرفيرين والكبروبرفيرين شائعة إلى حد ما .

الكريات الحمر : يشاهد تألق أحمر برتقالي في الكريات الحمر (الكريات المتألقة) مع طيف اشتدادي عند ٤٠٠ نانومتر بالمجهر المتألق ، وهذا يزود بفحص سريع وحساس يُعتمد عليه في إقرار وجود البروتوبرفيرية المكونة للحمر . ومن المهم أيضاً معرفة أن تألق الكرية الحمراء في البروتوبرفيرية المكونة للحمر يتلاشى بعد ١٠ - ١٥ ثانية ، مقارنة مع تألق الكريات الحمر المستمر في البرفيرية المكونة للحمر الولادية . ولا يمكن كشف الكريات المتألقة دوماً ، فإذا كان ملائماً ، يمكن أن يكون تكرار الفحص ضرورياً .

كيميائياً حيويًا : يكون مستوى البروتوبرفيرين في الكرية الحمراء مرتفعاً بلا جدال .

المصورة الدموية : يزداد البروتوبرفيرين .

نقي العظم Bone Marrow : يجب في الحالات التي يكون فيها تألق الكرية الحمراء سلبياً إجراء فحص تألق الأرومات الحمر .

فحص الجلد : إحداث الانتبارات المميزة المترافقة مع الحكمة بواسطة طيف UVA والقريب من الضوء المرئي أو المصادر الأخرى للأشعة UVA .

الأعراض : لا تبدل الصحة العامة جوهرياً . والأعراض المميزة هي حس حرق أو حكة حارقة واضح مرافق لحدوث الأعراض ، أو الهجمات الناتجة عن التعرض للشمس . ويمكن في الأشكال الشديدة أيضاً ملاحظة أعراض عامة حادة كالأرق ، واضطرابات حركية ، وهَيُوجِيَّة ، وهي تتراجع بسرعة . وتتطور لدى المرضى أيضاً تبدلات كبدية قد تمتد حتى درجة تشمع كبد مميت .

التشريح المرضي النسيجي : تكون الحويصلات تحت بشرية . ويوجد حول الشعيرات في الطبقة الحليمية وفي أعلى الأدمة

الشبكية تتخّن في الصفيحة القاعدية . ويظهر المجهر الإلكتروني طبقات متعددة تقود إلى توضع مادة عديمة الشكل متفاعلة بقوة مع الباس PAS ومحددة كيميائياً نسيجياً بكونها بروتينات سكرية مشابهة لتلك الموجودة في متلازمة أوريخ - وايت . ويمكن أيضاً كشف الغلوبولينات المناعية وبشكل خاص في الأوعية الأصغر . وعلى أية حال ، خلافاً للاضطراب الأخير تقتصر التبدلات على المناطق المعرضة للضوء . ويتعلق ظهور البروتينات السكرية المصلية في النسيج بالتفاعلات السمية الضوئية المُسبَّبة عن زيادة النفوذية الوعائية ، والتي ترافق بالتكاثر المتجدد في الصفيحة القاعدية حول الوعائية .

السير والإنذار : سير المرض مختلف . وأحياناً كثيرة تصبح التظاهرات السريرية في الكهول خفيفة أو غائبة ، بالرغم من استمرار الاضطرابات باستقلاب البرفيرين . وإن الإنذار العام جيد بالرغم من إمكانية حدوث تحسّ صفراوي أو التهاب المرارة ، وأحياناً إصابة الكبد مع ميل للتشمع الذي هو نتيجة لزيادة حمل الكبد للبروتوبرفيرين .

التشخيص التفريقي : يجب الانتباه للحدوث الفصلي للأعراض الجلدية واعتمادها على التعرض للضوء . ويتم التمييز عن البرفيرينات الأخرى بسرعة بناء على القصة والموجودات السريرية والمعطيات المخبرية . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد بالتماس ، والوذمة الوعائية ، والجلاد الضيائي متعدد الأشكال ، والشرى الشمسي . وتساعد الخزعة النسيجية واختبار تألق الكرية الحمراء على التشخيص .

ليس صعباً التمييز عن الكبروبرفيرية المكونة للحمر لـ Heilmeyer ١٩٦٣ - الكبروبرفيرية المكونة للحمر الولادية - التي لم تتأكد استقلاليتها بعد . وفي هذه الحالة المشابهة سريريا للبروتوبرفيرية المكونة للحمر يُرجح أيضاً كونها مرضاً وراثياً جسدياً سائداً ، حيث تُظهر الكريات الحمر تألقاً أحمر عائداً لزيادة الكبروبرفيرين III ، في حين يجب أن يقف تركيز البرفيرين في البول والبراز طبيعياً .

المعالجة :

الجهازية : لا توجد معالجة فعّالة لأن إعاضة الإنظيم غير ممكنة . ومن الملائم تجربة إعطاء البيثاكاروتين (١٠٠ - ٣٠٠ مغ يومياً) في الأشهر المشمسة مع الفحص المناسب لوظيفة الكبد . ويمكن أيضاً تجربة الكلوروكين كما في البرفيرية الجلدية الآجلة (يوصف بمقدار منخفض بسبب التأثيرات الجانبية السمية الناجمة عن التحريك الكتلي للبرفيرين في بعض الحالات) . ومن جهة أخرى يجب وصف مضادات الهيستامين قبل التعرض للشمس أو إذا وجدت حكة واضحة .

انوضعية : تطبيق واقيات الشمس أو حاصرات الشمس ذات عامل الوقاية المرتفع (٢٠ - ٣٠) والتأثير المرشح في نواحي UVA و UVB ، بالإضافة للستر (مموهات ، إلخ) .

البرفيريات الكبدية Hepatic Porphyrrias :

يكنم العيب في البرفيريات الكبدية في الكبد بشكل رئيسي ، ولكنه يمكن في الكريات الحمر أحياناً . ويمكن لطرائق ذات حساسية مناسبة أن تكشف أيضاً اضطرابات في الكرية الحمراء .

وفي البرفيريات الكبدية الحادة يقود العيب الإنظيمي الوراثي البدئي إلى اضطراب التنظيم الجزئي ، والتحريض على تركيب حمض دلتا - أمينوليفولينيك في المتقدرات في الكبد .

أما في البرفيريات الكبدية المزمنة - والتي أساسها أذية الكبد المزمنة - فلا تتأثر آليات تركيب البرفيرين والهيم ، وإنما الحديثة هي عبارة عن مرض الغشاء (أذية الخلية الكبدية وعيب في نازعة كربوكسيل مولد اليوروبفيرين) .

البرفيريات الكبدية أكثر شيوعاً من البرفيريات المكونة للحمر . والأعراض الجلدية التي تدل على زيادة الحساسية لضوء الشمس ليست دائماً موجودة في هذه الحالات .

غالباً ما تحمرش البرفيريات الكبدية ، التي يحتمل فيها الأساس الوراثي ، بعوامل مثيرة خارجية .

العوامل السمية التي يمكن أن تحدث علامات سريرية في البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية المتقلبة والكبروبرفيرية الوراثية هي :

النومات : الباريتورات ، غلوتيتسايميد ، ميتيريلون ، كاربوما ، إلخ .

مضادات الالتهاب : مشتقات الفينيل بوتازون والبيرازولون .

المسكنات والمخدرات : هالوتان ، كيتامينات ، بنتازوسين ، إلخ .

الأدوية الموجهة النفسية psychotropic : ديازيبينات ، ميروبامات ، إيميرامين ، نيكوتيناميد ، إلخ .

مضادات الاختلاج : هيدانتوين ، تريمتادون ، إلخ .

الستيرويدات : استروجينات ، مانعات الحمل الفموية .

الأدوية المضادة للجراثيم : سلفوناميدات ، غريزوفولفين ، كلورامفينيكول ، بيرازيناميد ، إلخ .

الأدوية المضادة للسكري : تولبوتاميد ، كلوربروباميد .

أدوية أخرى : أرغوتامين ، ميتيل دوبا ، مشتقات التيوفيلين ، خلاصات السرخس Fern ، طاردات الديدان .

عوامل خطورة أخرى : الكحول ، المعادن الثقيلة ، قوت منخفض الشُعرات (الكالوري) .

البرفيرية المتقطعة الحادة Acute Intermittent Porphyrria :

المرادفات : البرفيرية الحادة المتقطعة ، البرفيرية الكبدية الحادة .

التعريف : برفيرية شائعة بشكل معتدل ، وتحدث بشكل حاد ، وذات وراثية جسمية سائدة . تُثار عادة بالأدوية أو بالدورة الطمثية لدى النساء ، أو بالكحول . وهي لا تترافق بحساسية ضوئية .

الحدوث : يصيب هذا المرض الحاد ٦٠٪ - ٧٠٪ من المرضى المصابين ببرفيريات كبدية وبشكل رئيسي النساء (بنسبة ٤ : ١ تقريباً) . ويتراوح عمر البدء عادة بين ٢٠ - ٤٠ سنة . والبرفيرية المتقطعة الحادة مرض وراثي جسدي سائد تؤدي عوامل مثيرة داخلية أو خارجية لإظهاره . ويمكن للمرضى ذوي الداء الكامن أن يُبدوا ارتفاعاً في إطراح مولد البرفويلين في البول .

الإمراض : المرض وراثي ويؤدي أشكالاً مختلفة من التعبير والنفاذ . ويكون تنظيم تركيب البرفيرين مضطرباً بشكل أساسي (عيب بدئي في ستيلاز مولد اليوروبفيرين I في الكريات الحمر والكبد والأرومات الليفية) مع وجود إنتاج زائد وتراكم لطلائع البرفيرين عديمة اللون ، وبشكل رئيسي حمض دلتا - أمينوليفولينيك (تزداد كثيراً جداً فعالية ستيلاز حمض دلتا - أمينوليفولينيك) ومولد البرفويلين (زيادة فعالية مع تيم ستيلاز Cosynthetase مولد اليوروبفيرين) .

الموجودات السريرية : نادراً ما تحدث البرفيرية المتقطعة الحادة آفات جلدية فقط والتي تتظاهر عادة كقرط اصطباغ خفيف ، وتوجد في الأماكن المعرضة للشمس بشكل رئيسي . وتوجد نقطة هامة هي إمكانية حدوث تظاهرات عصبية غمطية في هذا المرض كما في البرفيرية المتقلبة . وقد تحدث تقرحات في الجلد . (راجع بحث البرفيرية الجلدية الآجلة) .

نادراً ما يتظاهر الداء قبل البلوغ . ويمكن أن يبقى موجوداً بشكل كامن طوال الحياة أو أن يثار بعوامل مختلفة . ويرجح أن الإنتاج الزائد لطلائع البرفيرين يقود إلى تأذي الجهاز العصبي . من أجل العوامل المثيرة الرئيسية راجع الجدول في بحث البرفيريات الكبدية .

توجد أعراض متعددة مميزة للبرفيرية المتقطعة الحادة :

أعراض بطنية : تعتبر هجمات الألم المغصي في البطن غمطية .

وليس ممكناً في كل حالة تأكيد وجود علاقة بين مقدار إطراح مولد البروفوبيلين والبرفيرين في البول وشدة الهجمة الحادة للألم . وإن أشيع التشخيص الخاطئة الحاصلة هي التهاب المرارة الحاد ، أو التهاب الحويضة أو التهاب البنكرياس الحاد ، و التهاب الزائدة الدودية الحاد ، أو العِلْوَص Ileus الحاد وأحياناً مع دفاع بطني . ويمكن أن يترافق المغص البطني بإقياء وإمساك شديدين (مثلث غونتر) .

أعراض قلبية وعائية : العرض الشائع بشكل خاص هو تسرع القلب إضافة إلى ارتفاع ضغط الدم .

اعتلال عصبي محيطي *Peripheral Neuropathy* : يمكن أن يؤدي لشلل حركي شامل خلال أيام قليلة أثناء الهجمة الحادة ، ويصيب العضلات في الأطراف ، والعضلات التنفسية ، والحنجرة (عسر تصويت) والأعصاب القحفية . وقد يقود الاعتلال العصبي الحسي إلى خلل حسي أو مذل أو فرط حس أو زوال حس الألم خصوصاً في الساقين ، بالرغم من أن هذا الاعتلال نادر .

تعدّ التظاهرات في الجهاز العصبي المستقل مسؤولة عن تسرع القلب ، أو ارتفاع ضغط الدم ، أو التعرق الغزير أو التبدلات في الدوران الدموي الجلدي .

الأعراض العصبية المركزية : وتتجلى كأعراض عصبية أو اكتئابية .

وظيفة الكبد : رغم أن زيادة إطراح البرفيرينات وطلائع البرفيرين تُشتق من الكبد فإن اضطراب الوظيفة الكبدية لا تتناسب والصورة السريرية .

تختلف أعراض المرض بين المرضى وحسب توضع المرض في الجهاز العصبي . وهذا يفسر حقيقة أن المرضى يستشيرون من أجل آلامهم ومشكلاتهم اختصاصيين في الطب الباطني أو جراحين أو أطباء نفسانيين أو أطباء أعصاب أو أطباء نسائين . ومن المميز وجود اختلافات واضحة في الموجودات الكيميائية .

الموجودات المخبرية :

البول : اللون خمرى أو بني محمر . ويمكن أن يغمق البول أيضاً بعد ركوده في الهواء بسبب الانقلاب غير الإنظيمي لمولد البروفوبيلين إلى برغوبيلين . ويكتسب البول لاحقاً لوناً أسود نبياً غطياً . ويظهر البول تألقاً أحمر بالأشعة فوق البنفسجية . ويكون اختبار Watson - Schwartz أو Hoesch المطبق على البول الطازج إيجابياً أثناء الهجمات . ويظهر التحليل الاستشرابي Chromatographic ارتفاعاً واضحاً في حمض دلنا - أمينوليفولينيك ومولد البروفوبيلين مع ارتفاع بسيط أو

معتدل لليوروبرفيرين III والكوروبرفيرين III بالإضافة إلى ثلاثي وخماسي وسباعي كربوكسي برفيرينات .

البراز : طبيعي عادة ولكن توجد في بعض الأوقات زيادة خفيفة بتركيز البرفيرين .

الكريات الحمر : لا يوجد تألق في الكرية الحمراء .

مصل الدم : ليس له أهمية تشخيصية .

التشريح المرضي النسيجي : توجد أكثر التبدلات تميزاً في الأعصاب وتشمل تدمير النخاعين ، وانحلال الكروماتين ، والتفجي Vacuolization في الهويول وتدمير الخلية العصبية .

السير : يختلف حسب شدة المرض . ومن المهم أن تجتنب بشدة كل العوامل المثيرة ، والمعالجة بانتباه أثناء الأطوار الحادة .

التشخيص التفريقي : البرفيرية المتقطعة الحادة مقلد كبير للأمراض العصبية والقولنجية . ومن المهم أيضاً تمييزها عن الانسحاب بالرصاص والذي يتصف أيضاً بهجمات بطنية واعتلال أعصاب محيطية .

المعالجة : يُقبل المرضى في المشفى مع مراقبة مُركزة أثناء الأطوار الحادة . ومبادئ المعالجة هي التالية : تثبيط ستيلاز حمض دلنا - أمينوليفولينيك بتسريب كميات مناسبة من الغلوكوز (٤٠٠ - ٦٠٠ غ يومياً) والسوائل (٢ - ٣ لترات يومياً) ، والهياتين Hematin (٢٥٠ - ٥٠٠ مغ يومياً) ، والستوكروم C (١٥ مغ يومياً) ، مع مناصرة كهارل المصل . وإذا وجد تسرع قلب أو ارتفاع ضغط الدم يجب أن يعطى البرويرانولول (٥٠ - ٢٠٠ مغ يومياً) والرزربين (٠,٥ مغ يومياً) ، أو يعطى اليروستغمين في حالة وجود أعراض العِلْوَص (نحو ١ مغ يومياً) ، أو إذا وجد هياج وغثيان فيعطى الكلوروبرومازين (١٠٠ مغ يومياً) . وإذا وجد ألم فقد يتطلب إعطاء الأسبرين أو مشتقات المورفين بالإضافة إلى الكورتيكوستيروئيدات السكرية . ومن المهم تجنب الأدوية المثيرة للبرفيرية مثل الباربيتورات ومشتقات السلفونيل يوريا والأستروجينات .

البرفيرية المتقلبة *Variegate Porphyria* :

المترادفات : البرفيرية المتقلبة *P. Variegata* ، اليروتوكوروبرفيرية الوراثية ، البرفيرية الكبدية المختلطة ، البرفيرية الجنوب أفريقية الوراثية .

التعريف : هي اضطراب في استقلاب البرفيرين . يكمن العيب الإنظيمي البدني فيه بأكسيداز مولد البروتوبرفيرين ، وتشترك بعلامات سريرية مع البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية الجلدية الآجلة (كما سيأتي) .

الحدوث : نادرة نسبياً . وسُجِّل تواترها بنحو ٥٪ من كل حالات البرفيرية الكبدية . وقد سُجِّلَت حالات كثيرة من جنوب أفريقيا . وفي ١٣ عائلة ذات صلة قرى أظهر ٢٣٦ فرداً في قسم منهم برفيرية متقطعة حادة وفي قسم آخر برفيرية متقلبة . وكانت الهجمات الحادة أكثر تكراراً في النساء ، بينما كانت تبدلات الجلدية أكثر تكراراً في الرجال . ويتراوح عمر البدء عادة بين ٢٠ و ٤٠ سنة من العمر ، والوراثة هي جسمية سائدة .

الإمراض : يوجد عيب أساسي في أكسيداز مولد نيروتوبرفيرين . وكنتيجة له يوجد توضع للبروتوبرفيرين في نسج . وتوجد زيادة في إطراح البروتوبرفيرين والكبروبرفيرين في البراز .

الموجودات السريرية : يمكن للداء أن يأخذ أشكالاً مختلفة . وفي الحالات المميزة تحدث الأعراض الجلدية للبرفيرية الجلدية لآجلة مع قصة هجمات . شابهة كثيراً لتلك في البرفيرية المتقطعة الحادة . ويمكن أن تسبق الأعراض الجلدية الهجمات الحادة أو أن تليها . وفي نحو ٣٠٪ من الحالات تشاهد فقط لتظاهرات الجلدية ، في حين لا توجد تبدلات جلدية في ١٥٪ من المرضى تقريباً .

لتظاهرات الجلدية : تتطابق مع الصورة السريرية للبرفيرية جلدية الآجلة ، التي سترد بالتفصيل لاحقاً . وتبدأ الأعراض الجلدية عادة بين عمر ٢٠ سنة و ٣٠ سنة . وهي تقتصر على الأماكن المعرضة للشمس (الوجه - ظهر اليدين) .

الهجمات الحادة : تتطابق الأعراض في الهجمات الحادة مع تلك المميزة للبرفيرية المتقطعة الحادة . وتلاحظ كنبات ألم بطني ، واضطرابات في الجملة العصبية المستقلة ، واعتلال عصبي محيطي ، وأعراض للجملة العصبية المركزية .

يمكن أن تثار الهجمات في البرفيرية المتقلبة بعوامل خارجية كما في البرفيرية المتقطعة الحادة وبخاصة الأدوية (راجع الجدول في بحث البرفيريات الكبدية) ، أو الكحول ، أو الخمصة .

الموجودات المخبرية :

البول : أثناء الهجمات الحادة يكون البول غامقاً أو أنه يصبح غامقاً (بلون خمري) عند ركوده . وإن التآلي الأحمر بالأشعة فوق البنفسجية غمطي . ويكون اختبار مولد البروفيلين (اختبار الالدهيد لإهرليش) إيجابياً . وأيضاً يكون اختبار Watson - Schwartz أو Hoesch إيجابياً . واستشرايياً ، يكون تركيز حمض دلتا - أمينوليفولينيك ومولد البروفيلين مزداداً كثيراً جداً . وتعد بيلة البرفيرين مع سيطرة جزء الكبروبرفيرين غمطية ، ويوجد إطراح كلي لطلائع البرفيرين

وحمض دلتا - أمينوليفولينيك ومولد البروفيلين .

البراز : يوجد إطراح زائد للبرفيرينات خصوصاً البروتوبرفيرين والكبروبرفيرين . وأثناء الهجمات الحادة يزداد الكبروبرفيرين III ، بينما في أطوار المهاد ينطبق هذا على الكبروبرفيرين III ، ولكن أيضاً على البروتوبرفيرين III بشكل خاص . وهذا أيضاً ذو أهمية للتشخيص التفريقي عن الكبروبرفيريات الوراثة التي يسيطر فيها إطراح الكبروبرفيرين في البراز . ويمكن أيضاً للبرفيرينات X (مقترنات البرفيرين - بيتيد) أن تزداد بشكل كبير .

الكريات الحمر : لا يوجد تألي للكريات الحمر .

السم : يجب أن يوضع الإنذار بحذر . وباعتبار أن المرض نادر فليست الإفادة الدقيقة ممكنة . وقد لوحظت حالات استمرت أكثر من عشر سنوات .

المعالجة : تتوافق المعالجة في الهجمات الحادة مع المعالجة في البرفيرية المتقطعة الحادة . وإن الوقاية من الهجمات الحادة هامة وتكون بتجنب الأدوية المثيرة ، وبخاصة الباريتورات ، والسلفوناميدات ، ومشتقات السلفونيل يوريا والاسروجينات . ويمكن لمناعات الحمل الغموية أيضاً أن تفاقم البرفيرية المتقلبة . ولقد تبين أن مثل هذه المشاركات الهرمونية يمكن أن تحدث تركيب حمض دلتا - أمينوليفولينيك في خلايا الكبد في مُضَع الطيور . ومن جهة أخرى ، فالمعالجة كما في البرفيرية الجلدية الآجلة ، وخصوصاً بالفصد المتكرر ووسائل الوقاية من الضوء . وتوجد بعض الخبرة بالكولوروكين . ويجب أن يوصى المريض بضرورة تجنب الأذيات الضوئية والميكانيكية للجلد في المناطق المعرضة للشمس . ويُنصح بفحص أفراد العائلة فيما يخص البرفيرية المتقلبة .

البرفيرية الجلدية الآجلة Porphyria Cutanea Tarda :

[Gunther ١٩٢٢ ، Waldenstrom ١٩٣٧] .

المترادفات : البرفيرية الكبدية المزمنة ، متلازمة البرفيرية المزمنة ، جلاد البرفيرين الفقاعي الرضحي - الضوئي (Tappeiner ١٩٥٣) ، البرفيرية الفقاعية الولادية الآجلة .

التعريف : هي اضطراب مزمن متعدد الأسباب يصيب التركيب الحيوي للبرفيرين ، ويُغزى لعوز نازعة كربوكسيل مولد البرفيرين III في خلايا الكبد مع حدوث موجودات غمطية بالجلد والكبد ، بالإضافة إلى إطراح واضح لليوروبرفيرين في البول . ومن الممكن أن تُثار بالتحريض طويل الأمد بعوامل سمية خارجية المصدر .

الحدوث والإمراض : يُقدَّر تواتر حدوث البرفيرية الجلدية الآجلة في الكهول بين عمر ٤٠ سنة و ٧٠ سنة بنحو ١٪ من

الجلدية الآجلة (البرفيرية الجلدية الآجلة الوراثية) . وترى معظم الحالات كبرفيرية جلدية آجلة عرضية . وإن الكحولية وأمراض الكبد المزمنة هامة بشكل بارز . على أية حال ، يمكن أيضاً أن يحدث انسداد كبدي مزمن بفعل الأدوية (باريتورات ، هيدانتوينات ، زرينخ ، هرمونات ستيروئيدية ومانعات الحمل الفموية) . وقد حدث في تركيا وباء كبير ، وبخاصة في الأطفال ، وكان مسبباً عن القمح المعالج بالهيكساكلوروبينزين (البرفيرية التركية) . وعرف أيضاً أن التماس المهني بالهيدروكربونات المكثورة الأخرى يؤدي للبرفيرية الجلدية الآجلة (ثنائي الفينيلات متعددة الكلورة Polychlorinated Biphenyls و كلوريد الفانيليل) . ويمكن لأورام الكبد والقناة الصفراوية أن تكون أساساً لتشخيص البرفيرية الجلدية الآجلة العرضية ، مثلما يستطيع الحث الاستروجيني العلاجي في المرضى المصابين بسرطانة موية . ويمكن للكلوروكين أن يشير سوررات مؤقتة . وإن الداء السكري أيضاً أكثر تكراراً في هذا المرض .

وقد وصفت تبدلات جلدية للبرفيرية الجلدية الآجلة في المرضى الخاضعين للديال الدموي Hemodialysis لمدة طويلة بوجود اضطرابات بسيطة في استقلاب البرفيرين أو عدمها . (راجع الشكلين ٤٤ - ٦ و ٤٤ - ٧) .

الموجودات السريرية : تتميز الصورة السريرية في البرفيرية الجلدية الآجلة بتغيرات جلدية ، واضطرابات استقلابية كبدية ، وبيلة برفيرينية . والأعراض العصبية غائبة .

الموجودات الجلدية : تتوضع الآفات على الأماكن المكشوفة (ظهر اليدين ، الوجه ، مؤخر العنق ، المناطق الخالية من الشعر في الصلع ، حواف الأذنين) ، وهي معتمدة على الفصول (الربيع والصيف) . ويلاحظ أيضاً أنها تثار بالرضح الآلي البسيط .

الآفات الفقاعية التآكلية Bullous Erosive Lesions : تكون غطية وخصوصاً في الأماكن المفضلة وبشكل رئيسي على ظهر اليدين والأصابع (إصبع الإبهام والسبابة) ، حيث تتشكل فقاعات غير النهائية متوترة صغيرة أو كبيرة استجابة للأذيات الصغرى كالضغط أو الرضح ، وتكون ذات محتوى مصلي أو نزفي محمر . ويختلف حجم هذه الحويصلات ما بين ٢ مم و ٣ سم ، وتكون الحويصلات المتوترة نفسها ذات شكل غير منتظم . ويؤدي الضغط على الحويصلات لاتساعها (ظاهرة نيكولسكي II) . ويتج عن تمزق وتخرّب الفقاعات تآكلات تغطيها قشور نزفية تندمل ببطء شديد . ويمكن أن تسيطر التآكلات العميقة والجلبات النزفية على الصورة السريرية لاحقاً . ونادراً ما تشاهد الحويصلات على الرأس والعنق . كما

السكان . وهذه أشيع أشكال البرفيرية المشاهدة من قبل أطباء الجلد وتعادل ٣٠٪ - ٤٠٪ تقريباً من كل البرفيريات . وخلافاً للبرفيريات المكونة للحمر تحدث التظاهرات الأولى عادة بعد عمر ٣٠ سنة . وتصيب الرجال أكثر من النساء بنسبة (٢ : ١ تقريباً) ، بالرغم من أن النساء يصبين بشكل متكرر ومتزايد . ويوجد شكلان وراثيان : أحدهما جسدي سائد ذو عيب متجانس الزيغوت بنازعة كربوكسيل مولد اليوروبفيرين III ، والآخر جسدي صاغر مع عيب متجانس الزيغوت بهذا الإنزيم (البرفيرية المكونة للحمر الكبدية التي ستبحث في نهاية هذا الفصل) . وإن الشكل المكتسب الفرادي أو العرضي يشار بعوامل ذات سمية كبدية . والشكل الأخير هو تظاهرة مثارة بعوامل خارجية المصدر لاضطراب محدد وراثياً ولكنه كامن سريرياً في التركيب الحيوي للبرفيرين . يمكن في كل حالات البرفيرية الجلدية الآجلة كشف أذية كبدية مزمنة والتي تختلف بشكل كبير في النوع والشدة (كبد شحمي ، التهاب كبد مزمن فعال ، تشمع كبدي) .

ويبدو أن أذية الخلية الكبدية هي الأساس الكبير في إمرض البرفيرية الجلدية الآجلة والتي يوجد فيها نقص (٥٠٪ تقريباً) بفعالية نازعة كربوكسيل مولد اليوروبفيرين III . وحسب رأي Doss وزملائه يمكن أن تحدث البرفيرية الكبدية المزمنة بأربعة أنماط A-D . فالنمطان A و B يديان فقط مراحل تمهيدية وتقهقر تكتشف كيميائياً حيوياً ، بينما يتوافق النمط C مع البرفيرية الجلدية الآجلة الكامنة ، والنمط D مع المرض السريري .

يبدو أن زيادة تركيز البرفيرين في الأنسجة - خصوصاً في الجلد - هي المسؤولة عن الأمراض التلطية في الأماكن المكشوفة . ولقد تبين أن الحساسية غير الطبيعية للضوء تتطابق مع ذروة الامتصاص في جزئ البرفيرين . ويلاحظ أنه لا يوجد إحداث للحويصلات فقط بل وأيضاً تحريضها بالرضح الآلي البسيط . وقد شُخصت في الماضي حالات كثيرة خطأ على أنها انحلال بشرة فقاعي آجل (مكتسب) . وليس سبب ازدياد الهشاشة الجلدية واضحاً . ومن المحتمل وجود اضطرابات في النفوذية الوعائية . تنجم الحويصلات عن انفصال في التماسك الأدمي - البشري في الجلد . وقد تكتشف الغلوبولينات المناعية (IgG) في منطقة الغشاء القاعدي ، رغم أن أهميتها الإمرضية غير مؤكدة . ومن الممكن أن توجد حدثات مناعية محرضة بالتفاعل السمي الضوئي ، مثال : تفعيل عوامل المتممة . وأخيراً من الملاحظ أن السرطانة البدئية في الكبد أكثر تكراراً في البرفيرية الجلدية الآجلة .

المسببات : يفترض أن عوامل وراثية هي المسببة للبرفيرية

يلاحظ ندرة حدوث الخمج الجرثومي الثانوي في الآفات حديدية . ويحدث الاندمال مع ضمور خفيف ، وتندب ، وفرض اصطباغ بقعي أو نقصه . ويمكن أن توجد في مثل هذه ندبات دُخينات بعد فقاعية Postbullous Milia بأعداد غزيرة ، وهي لذلك علامات تشخيصية هامة .

سلان ، فرط الأشعار والزراق الوجهي ، *Melanosis Hypertrichosis and Facial Cyanosis* : هذه تبدلات غشبية مرافقة إضافية . ويكون الملان منتشرًا ويصيب الوجه ونعق . وإن فرط الأشعار مميز أيضاً ويظهر في الحاجبين والمنطقة الوجنية ، بينما تصاب الوجنتان خصوصاً في النساء . ويمكن للزراق الوجهي أو انتشار التلون Suffusion أن يترافق بتورم وذمي في الأجناف وبالتهاب ملتحمة . وهذا يشابه جزئياً نوجوه في الكحوليين .

تبدلات الجلدية السفعية المزمنة *Chronic Actinic Skin Changes* : يبدو المرضى بالبرفيرية الجلدية الآجلة أكبر عمراً مما هم حقيقةً ، ويظهرون تبدلات جلدية مماثلة للجلد المعرض لشمس بشكل مزمن . ويشاهد جلد مُعَيَّن واضح في مؤخر نعق ، وأحياناً يشاهد مران شمسي منتشر على الوجه والمنطقة صدغية ، وأيضاً ، أحياناً ، يشاهد مران شمسي مع كيسات وزؤانات (Favre – Racouchot) ، وبسبب الأذية السفعية متزايدة بفعل البرفيرينات الفعالة ضوئياً في الجلد .

تصلب الجلد الكاذب *Pseudoscleroderma* : يتطور في حالات نادرة تصلب وتنخن بالجلد في الأماكن المعرضة لنضوء . ويحدث هذا بخاصة على جانبي الوجه والرأس مشابهاً تصلب الجلد المجموعي المترقي سريراً ونسيجياً معاً . وقد دُعيت الحالات بالبرفيرية المتصلبة *Scleroporphyria* . إلا أن نتائج التجلية النزفية أو التقرحات السطحية بعد الفقاعية والندبات المحددة هامة تشخيصياً فهي ليست جزءاً من الصورة نمطية لتصلب الجلد المنتشر . وقد سُجل حدوث تصلب لجلد المجموعي المترقي والبرفيرية معاً . ويجب أيضاً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية الإصابة بالبرفيرية المكونة للحمر الكبدية في مثل هذا الطراز من الأعراض . (راجع الشكلين ٤٤ - ٨ و ٤٤ - ٩) .

الموجودات المخبرية :

البول : بني بلون الجعة مع تآلق أحمر بضوء وود . ويوجد إطرار زائد إلى كتلي لليوروبرفيرينات (I<III) وسباعي برفيرين ، وقليل من الكيروبرفيرين III . ولا توجد طلائع البرفيرين .

البراز : يكون إطرار البرفيرين في البراز على شكل كبروبرفيرين

III بشكل أولي . ولا يطرح اليوروبرفيرين III بكميات مزداة - خلافاً للبرفيرية المتقلبة - ولا توجد برفيرينات X . المصل : يوجد أحياناً ارتفاع في ناقلات الأمين و GT-٧ و ارتفاع في مستويات حديد المصل . ويزداد اليوروبرفيرين I . الكريات الحمر : محتوى البرفيرين طبيعي ، ولا يوجد تآلق في الكرية الحمراء .

الكبد : يوجد تآلق أحمر في نسيج الكبد (خزعة بالإبرة) بالأشعة UVA (٣٦٠ م) . وارتفاع بتركيز اليوروبرفيرين والكروبرفيرين من النمط III ، وخصوصاً سباعي كربوكسي برفيرين .

نقي العظم : طبيعي .

فرط حديد الدم : يمكن أن يبلغ مستوى عالياً . وقد لوحظ تشكل الصباغ الدموي .

التشخيص : سهل بالموجودات الجلدية النمطية ، والبول البني بلون الجعة مع إطرار البرفيرينات ، وفرط حديد الدم ، واضطراب الاستقلاب الكبدي .

المعالجة :

الجهازية : من المهم تجنب العوامل السمية التي تثير البرفيريات (الكحول ، الأدوية ، مانعات الحمل الفموية) . ويجب معالجة الاعتلال الكبدي المزمن بالتعاون مع اختصاصي بالطب الباطني . وقد وُجد من الحكمة اتباع معالجة Ippen بالفصد المستمر التي ينتج عنها نقص واضح في كل من مستوى الحديد ، وإطرار البرفيرين ، والميل لتشكيل النفاطات . يفصد من الدم كميات ٢٥٠ - ٥٠٠ مل أسبوعياً في البداية ، ثم على فترات ٢ - ٤ أسابيع لمدة ٣ - ٥ أشهر . والهدف هو أن يكون مستوى الهيموغلوبين ١٢ غ/د ل أو مستوى حديد المصل ٥٠ مغ/د ل . وإن هذا الإجراء مضاد استطباب في التشمع الكبدي بسبب خطر حدوث لا مُعَاوِضة بفقد البروتين . ويعطى الكلوروكين عادة بمجرعات منخفضة لمدة طويلة : ١٢٥ مغ أسبوعياً لمدة ٨ - ١٨ شهراً . ويمكن أن يكون تحريك البرفيرينات من الأنسجة سريعاً .

ما زالت موضع تساؤل قيمة التقلية *Alkalization* الاستقلابية ببيكربونات الصوديوم (٤ - ٦ غ يومياً لمدة ٣ أشهر مع مراقبة وظيفة الكلية) أو بسيترات البوتاسيوم - الصوديوم *Na-K citrate* ٥ - ٩ غ يومياً بثلاث إلى خمس جرعات منفردة مع مدخول سوائل ١,٥ - ٢ لتر مع مراقبة PH البول (بين ٧,٤ - ٧) . وينصح بهذه المعالجة خصوصاً في الأشكال الكامنة . ويمكن استعمال الأدوية الخالبة التي

والبرفيرية المتقلبة أساساً على الإطار الواضح للبروبرفيرين
III .

المعالجة : إيقاف العوامل السمية ، وعدا ذلك فالمعالجة كما في
البرفيرية المتقطعة الحادة .

البرفيريات المكونة للحم الكبدية : Hepatoerythropoietic Porphyrrias

يمكن للبرفيريات المكونة للحم وخصوصاً البروتوبرفيرية
المكونة للحم أن تبدي إصابة كبدية ولذلك سميت بالبرفيريات
المكونة للحم الكبدية . ومن جهة أخرى تظهر الاستقصاءات
الكيميائية الحيوية أن الحملة المكونة للحم تصاب بالبرفيريات
الكبدية ، والتي ميّزت مؤخراً عن البرفيرية الولادية . وبغية
معرفة التصنيف انظر الجدول في مطلع هذا الفصل .

البرفيرية المكونة للحم الكبدية

Hepatoerythropoietic Porphyria : Pinol -]
Aguade وصحبه ١٩٦٩] .

المرادفات : البرفيرية الكبدية الحمراء
Hepatoerythrocytaria ، التهاب الكبد بالبرفيرين المكون
للحم **Erythropoietic Porphyrin Hepatitis** .

التعريف : هذا النوع ذو وراثة جسمية صاغرة . وهو عيب
متجانس الزيجوت لنزعة كربوكسيل مولد اليوروبفيرين III
مع فعالية ثمانية أقل من ٥٪ .

الحدوث : نادرة جداً . ولا تعرف سوى حالات قليلة فقط .

الإمراض : العيب الكيميائي الحيوي هو عوز نازعة
كربوكسيل مولد اليوروبفيرين III مع إطراح كميات كبيرة
غير عادية من ٥ - كربوكسي برفيرين . وليس من المعروف
أيضاً فيما إذا كانت متوسطات البرفيرين الغزيرة هي المسؤولة عن
الاعتلال الكبدية .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض بعد الولادة بوقت قصير أو
بأكرأ في الطفولة . وتوجد حساسية شديدة للشمس مع صورة
شبيهة بالحرق من تحوصل وميل للتقرح ، إضافة للضمور الندي
والجلد في الأماكن المكشوفة . وتوجد سهولة تأذ استجابة
للحس الآلي البسيط في الأماكن المعرضة . وتتعلى التبدلات
الأخرى باضطرابات الكبد .

الاعتلال الكبدية Hepatopathy : توجد أذية مزمنة بالمتن
الكبدية والتي يمكنها أن تتظاهر ككبد شحمي ، أو التهاب كبد
مزم ، أو حداد أو تشمع كبدية . وإن اختبارات وظائف
الكبد وخزعة الكبد هامة تشخيصياً .

تشكل معقدات مع الحديد (ديسفيركسامين
Desferrioxamine) ، والمهدف منها هو تسريع التخلص من
الحديد (حقن عضلي حسب الحاجة وعادة ٥٠٠ مغ ثلاث
مرات أسبوعياً) .

إن المعالجة الكبدية الكافية الإضافية هامة أيضاً (دعم الكبد
بالأنظمة القوتية ، والتسريب ، ويروودكسال - ٥ - فوسفات
أو أدنوزين - ٥ - مونوفوسفات ، بالإضافة إلى الانقطاع عن
تناول الكحول وسحب الاستروجينات أو مانعات الحمل
القموية) . وتخففي الحويصلات عندما ينخفض إطراح
البرفيرين دون ١ مغ/٢٤ ساعة .

الموضعية : تكون المعالجة ضرورية خصوصاً إذا أبدت
التآكلات خجماً ثانوياً . وتعالج بالمطهرات واللاصق الواقي .
ولا تبدي واقبات الشمس العادية تأثيراً واضحاً لأن ذرى
امتصاصها ليست عند ٤٠٠ ن م . ويمكن إجراء اختبارات
بمحاصرات الشمس ذات عامل الوقاية لضوء الشمس من
٢٠ - ٣٠ . ويجب أن يتنبه المريض بشدة على تجنب الرضح
الشديد .

الكروبرفيرية الوراثية Hereditary : Coproporphyria

هي شكل نادر جداً للبرفيرية الكبدية يورث بوراثية جسمية
سائدة . ويشمل العيب الوراثي أكسيداز مولد الكروبرفيرين .
والأعراض الجلدية قليلة رغم أن الحساسية الزائدة لضوء
الشمس شائعة . وتتطابق الصورة السريرية مع تلك في البرفيرية
المتقطعة الحادة وتتضمن نوبات . وتوجد متادير كبيرة من
الكروبرفيرين III في البراز والبول .

الكروبرفيرية العرضية Coproporphyria
Symptomatic : ونحدث ، على أساس استعداد وراثي ،
كنتيجة للتحريش . وحالات التحريش المعروفة هي أشكال
الانسام المختلفة (الكحول ، المعادن الثقيلة وبخاصة
الرصاص) ، ومرض الكبد ، واضطرابات دموية ، والمرض
الحمجي ، والداء السكري ، واضطرابات استقلاب الحديد ،
والأورام الخبيثة ، والأدوية مثل الباربيتورات أو السلفوناميدات
أو مانعات الحمل القموية . ويمكن أن يتطور عند المريض مرض
شديد مماثل للبرفيرية المتقطعة الحادة التالية للتحريش .

الموجودات السريرية : يمكن أن توجد أثناء الطور الحاد زيادة
بالحساسية للشمس مع الميل لحدوث الحمامي والتحوصل .

يزداد إطراح الكروبرفيرين III في البراز والبول بشكل
كبير .

التشخيص التفريقي : يقوم التمييز عن البرفيرية المتقطعة الحادة

لوجودات الخمرية :

لحمر : بسبب زيادة إطراح البرفيرين يكون البول بنياً داكناً أو أحمر (بول بلون الجعة) ، وييدي تالفاً أحمر شديداً بالضوء فوق البنفسجي . وأحياناً لا يوجد ارتفاع في إطراح البرفيرين ولكن تتواجد المستويات بشكل دوري . ويُطرح اليوروبرفيرين III والنكوروبفيرين III بكميات عالية جداً . وتوجد أيضاً ريدة في إطراح سباعي كربوكسي برفيرين ويوروبرفيرين III ، والتي تكون فيها نسبة الكوروبرفيرين / يوروبرفيرين - أعلى من ١ في الحالة الطبيعية - معكوسة في البرفيرية الكبدية المزمنة (نمط A-C ، برفيرية جلدية آجلة) . ولا تزداد في البول ضلّاح البرفيرين مثل حمض دلتا - أمينوليفولينيك ومولد ليرفويلين . وتكشف زيادة إطراح سباعي كربوكسي برفيرين بالاستشراب .

نحراز :زيادة تركيز بروتوفيرين .

الدم : عادة ، كريات حمر متألقة (كريات متألقة) وأرومات حمر متألقة . ويرتفع كثيراً محتوى البروتوفيرين .

الكبد ونقي العظم : تالقي قوي بالأشعة فوق البنفسجية ، واعتلال كبدي .

التشريح المرضي النسجي : ييدي بشرية ضامرة ، وتجانساً (تنكساً هَيَالِينَا) في الأدمة العليا ، وأوعية متنكسة هَيَالِينَا ومتسخنة مع تنكس هَيَالِينِي حول وعائي .

الإنذار : يعتمد على الحساسية الضوئية والاعتلال الكبدي المؤدي إلى التشمع .

المعالجة : كما في البرفيرية الجلدية الآجلة . ويجب الانتباه أثناء المعالجة بالفصد لإمكانية حدوث تشمع الكبد . يمكن إعطاء معالجة تجريبية بالبينا - كاروتين . ولا توجد خبرة جوهرية عن تأثيرات الكلوروكين .

الفصل الخامس والأربعون

الكلاس

Calcinosis

د . صالح داود ، د . هدى منيفي

توجد شوارد الكالسيوم والفوسفات بشكل طبيعي ذوابة في السوائل خارج الخلايا وذلك في حالة توازن ثابت نسبياً . والتكلس هو تحول هذه الشوارد من الشكل الذواب إلى الشكل الصلب . وفي الحالات الفيزيولوجية ، في العظم مثلاً ، يتم دمج هذه الشوارد كمكونات لعضوية ضمن المادة الأساسية العضوية وفق نظام ثنائي الطور . ويتألف المكون العضوي بشكل رئيسي من الكولاجين أما المكون اللاعضوي فيتألف من بلورات الأباتيت Apatite Crystals . وقد ترسب أملاح الكالسيوم غير الذوابة في الجلد في الحالات المرضية بشكل موضع أو معمّم . ولا ترسب أملاح الكالسيوم في هذه الحديثة على شكل بلورات الأباتيت وإنما ترسب على شكل فوسفات الكالسيوم عديمة الشكل التي تحتوي على كميات قليلة من كربونات الكالسيوم . ويطلق اسم الكلاس على ترسبات الكالسيوم في النسيج وقد تتوضع هذه الترسبات في الجلد ، أو في النسيج الشحمي تحت الجلد ، أو في العضلات . أما أسباب الكلاس الجلدي فغير معروفة أو واضحة دائماً . والمعروف فقط أن الأذية النسيجية الموضوعة والأمراض المجموعية التي يكون فيها مستوى الكالسيوم عالياً في الدم والنسيج قد تؤدي إلى ترسبات أملاح الكالسيوم . وعلى أية حال ، فإن ترسب أملاح الكالسيوم قد يحدث أيضاً دون أي سبب واضح . ولا تنتهي الحديثة عند ترسب أملاح الكالسيوم عديمة الشكل ، بل يحدث تشكل النسيج العظمي وهذا ما يسمى بالتعظم المنتبذ Ectopic Ossification .

الكلاس النقيلي Metastatic Calcinosis:

التعريف : يحدث الكلاس النقيلي عادة نتيجة لاضطرابات استقلاب الكالسيوم و/أو الفوسفات وعادة ما يكون لدى المرضى فرط كالسمية (فرط كلس الدم) Hypercalcemia وفي عديد من الحالات قد يوجد فرط فوسفات الدم Hyperphosphatemia أيضاً . إضافة لذلك ، فقد تلعب العوامل الموضوعة دوراً في ترسب أملاح الكالسيوم في النسيج ومثال ذلك تحول أملاح الكالسيوم الذوابة إلى أملاح غير ذوابة . وتلاحظ التكدسات النقيلية بشكل رئيسي في الأعضاء الداخلية المفرزة للحمض (الكليتان ، أو المعدة ، أو الرئتان) .

وخلال الإفراز يترسب الكالسيوم والفوسفات من المصورة الدموية على شكل فوسفات الكالسيوم .

الموجودات السريرية الجلدية : يصاب الجلد أحياناً إضافة إلى تكلس الأوعية الدموية . وتشاهد حطاطات قاسية بيضاء متناظرة وأحياناً خطية ، وفي العديد من الحالات يوجد عقيدات قاسية وذات حجم أكبر أو ترسبات على شكل لويحات في الجلد . وقد تكون هذه اللويحات محاطة بتفاعل التهابي . وفي فرط الدرقية Hyperparathyroidism بشكل خاص ، قد يحدث تكلس الأوعية الدموية الأكبر في الأدمة العميقة والنسيج الخلوي تحت الجلد . وكتيجة لهذا قد يحصل انسداد وعائي يتبعه تقرح مزمن مؤلم ، وخاصة على الساقين . قد تنشق أملاح الكالسيوم البيضاء الضاربة للصفرة من خلال البشرة المتآكلة . وأكثر المناطق شيوعاً للإصابة هي حول المفاصل الكبيرة مثل المرفقين والركبتين .

ويجب أن تؤخذ أسباب الكلاس التالية بعين الاعتبار :

- فرط الدرقية البدئي أو الثانوي .
- الأمراض الكلوية المزمنة (الرخد الكلوي ، التهاب العظم الليفي الكلوي Renal Osteitis Fibrosa) الدّياليز Dialysis .
- اضطرابات العظام المخربة (التهاب العظم والنقي المزمن ، تدرن العظام ، النقيوم المتعدد ، داء باجيت ، التهاب العظام المشوه Osteitis Deformans ، ابيضاض الدم ، النقائل السرطانية) .
- الغرناوية Sarcoidosis .
- الأدوية (فرط فيتامين D₃ ، الجرعات الزائدة لفترات طويلة من داي هيدروتاكيسترول Dihydratichysterol .
- تناذر قلاء الحليب .

هذا وإن فرط فوسفات الدم لدى المرضى الذين يتمتعون بمستويات طبيعية من الكالسيوم في الدم إنما ينجم عن القصور الكلوي المزمن واحتباس الفوسفات . وتحدث التكدسات النقيلية أيضاً في قصور الدرقية الكاذب بوجود مستويات كالسيوم طبيعية .

الإنذار : يحدده المرض البدئي . وفي حالات التكدسات النقيلية الحديثة بالأدوية أو في متلازمة قلاء الحليب ، تكون الأعراض عكوسة أحياناً .

المعالجة : معالجة الاضطراب البدئي .

الكلاس الاستقلابي Metabolic Calcinosis :

لا يوجد اضطراب مميز في استقلاب الكالسيوم العام في هذه

وتخلخل العظام ، وفرط الكولسترولية ، والتهاب السبلة
Panniculitis .

الأعراض : تعتمد الأعراض على نموذج المرض . وغالباً ما يؤدي توضع الكلسيوم بجوار المفصل إلى تحدد حركة مؤلم . وقد تؤدي التفاعلات الالتهابية حول مناطق التكلس إلى تفرح مؤلم جداً . وقد يحدث اضطراب شديد في صحة المريض العامة يترافق بحمى وإنتان .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد ترسبات كلسية كبيرة (تلويح Van Kossa) في النسيج الخلوي في الجلد وما تحته . وغالباً ما توجد الترسبات الكلسية الأبرك في الخلايا الشحمية أو على ألياف المغراء .

سير المرض : عادة ما يكون مزمناً ومترقياً حتى أثناء الهجوم السريري . وقد تنقضي سنوات عديدة من المرض الشديد قبل أن يموت المريض من خمج ثانوي .

التشخيص : من الأهمية بمكان إجراء التصوير بأشعة X أو التصوير بالأشعة فوق الصوتية للأطراف والجذع بحثاً عن الظلال الكثيفة الناجمة عن ترسبات أملاح الكلسيوم ، وكذلك الحال بالنسبة للخزعة . وتكون مستويات الكلسيوم والفسفات في الدم طبيعية .

التشخيص التفريقي : تنادر تيرج - ويسنباخ Thibierge - Weissenbach التصلب المجموعي ، والتهاب الجلد والعضل في الطفولة ، والتهاب العضلات التعظمي المتري ، والقرس ، والأشكال الأخرى للكلاس .

المعالجة : ثبت عدم فعالية محاولات تثبيت قيم فسفات الكلسيوم عن طريق الهرمونات . وكذلك الأمر بالنسبة لاستخدام العوامل المستخلبة (الكلاية) EDTA التي تعطى وريدياً بمقدار قد يبلغ ١٢٠٠ ملغ/يوم للبالغين مع مناصرة الوظيفة الكلوية . أما في حالات التغيرات الالتهابية الأشد فيجب إجراء محاولة العلاج بالستيروئيدات . وقد تدعو الحاجة إلى استئصال العقيدات الكلسية المؤلمة ، وتعالج التقرحات الحاصلة بحسب الحالة .

الكلاس الاستقلابي الموضع Localized Metabolic : Calcinosis

المترادفات : الكلاس الاستقلابي المحدد Calcinosis Metabolica Circumscripita .

التعريف : يتألف هذا المرض من بعض الترسبات الكلسية الناجمة عن التوضعات المحددة لأملاح الكلسيوم في الجلد أو النسيج التحتية .

خالة . وتكون تراكيز الكلسيوم والفسفات اللا عضوية في سوائل خارج الخلايا ضمن الحدود الطبيعية . ولا تصاب لأعضاء الداخلية . ويبدو أن اضطرابات الاستقلاب المقتصرة على مواقع نسيجية معينة تؤدي إلى ترسب أملاح الكلسيوم عديمة الشكل أو لا يحدث تعظم في هذا الاضطراب . وينبغي أن نفترض أن الرضح المحدد أو التغيرات المرضية من ألياف المغراء أو ألياف المرين تشكل ظروفاً مهيئة لحدوث التكلس الاستقلابي . ويمكن تمييز شكلين لهذا النوع من الكلاس وهما الشامل والموضع .

الكلاس الاستقلابي الشامل Universal Metabolic : Calcinosis

المترادفات : الورام الحبيبي الكلسي الشحمي ، الكلاس الشحمي الحبيبي المتري ، الكلاس الشحمي المتري ، القرس الكلسي الشحماني ، متلازمة تيوتشلاندر Deutschlander .

التعريف : ترسب كتلي لأملاح الكلسيوم في النسيج الجلدي والنسيج الضام تحت الجلد وفي العضلات دون وجود اضطرابات سابقة موضعة أو مجموعية وتتلوها حدوث تفاعل التهابي وترسبات للشحوم .

الحدوث : مرض نادر الحدوث . ويحدث عادة قبل سن الـ ٢٠ وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث . وينخفض لدى المرضى المصابين بهذا المرض طرح أملاح الكلسيوم بشكل واضح .

الموجودات السريرية : توجد ترسبات كلسية متعددة في الجلد ، وعادة ما تكون ذات توزيع متناسق ، وتصيب الأطراف بشكل رئيسي ولكنها قد ترسب على الجذع أحياناً . تظهر الآفات في البداية تحت الجلد غير أنها تصبح أكثر توضعاً في الجلد نفسه فيما بعد . يصل في كثير من الحالات احمرار التهابي ، وانتفاخ ، وتقرح يرافقه طرح مادة كلسية قشرية أو قيجية (الورام الحبيبي الكلسي الشحمي - Lipocalcino granulomatosis) . وتشفى التفاعلات الالتهابية طويلة الأمد تاركة خلفها ندبات انكماشية . قد تؤدي التغيرات المرضية في الحالات الشديدة ، وخاصة إذا حدثت قرب المفاصل ، إلى تحدد في الحركة وقد يتشكل غطاء كلسي Calcium Shell .

قد يحتوي النسيج الضام للأوتار ، واللفافات ، والأعصاب على ترسبات كلسية . ويستخدم مصطلح التهاب العضلات التعظمي المتري Myositis Ossificans Progressiva إذا أصيبت العضلات . ومن الأهمية بمكان التفريق بين هذه المتلازمة وبين التهاب الجلد والعضل . ولقد لوحظ ترافق هذه الإصابة مع تصلب الجلد المجموعي المتري ، والخلل العضلي ،

الحدوث : يصيب البالغين عادة وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث .

الإمراض : لا يوجد اضطراب في استقلاب الكالسيوم أو الفسفات . وينبغي التفكير بوجود أمراض مشاركة مثل الاضطرابات الدورانية أو الكلوية أو أمراض النسيج الضام المنتشرة .

الموجودات السريرية : قد يتظاهر الكلاس الاستقلابي الموضع على شكل آفات قليلة منتشرة متعددة البؤر . ويعتبر تكلس النهايات أكثر النماذج شيوعاً . (راجع الشكل ٤٥ - ١) .

كلاس النهايات **Acrocalcinosis** : تُرى في هذا الشكل ترسبات حبيبية قاسية صخرية تظهر على شكل تلون أبيض أو مصفر أو على شكل عقيدات وذلك في لب الأصابع . ويترقق الجلد فوق هذه العقيدات إلى أن يتقرح أخيراً وتخرج منه المادة الكلسية . يمكن أن يحدث كلاس النهايات في أي عمر . هذا وإن تعبير النقرس الكلسي غير صحيح لأنه ليس لهذا المرض أي علاقة بالنقرس كما أنه لا يؤدي إلى أي اضطراب استقلابي داخلي .

الكلاس المنتثر **Disseminated Calcinosis** : تكون ترسبات أملاح الكالسيوم في هذه الحالة منتشرة بشكل أو بآخر في الجلد وفي النسيج الخلوي تحت الجلد وفي العضلات . وهذا الشكل من المرض مماثل للكلاس الاستقلابي الشامل .

الأعراض : تُظهر أشعة X ظلالاً كثيفة الكالسيوم ، تتجمع ، كما في كلاس النهايات ، على شكل عنقيد العنب وذلك في الأجزاء الطرفية من الأصابع وخاصة حول السلاميات القاصية . والتقرح الثانوي ليس بغير شائع .

التشريح المرضي النسيجي : توجد ترسبات كلسية كبيرة أو صغيرة في الجلد ، وفي النسيج تحت الجلد ، وأحياناً في العضلات . وتحاط هذه الترسبات أحياناً بتفاعل لجسم أجنبي .

السبب : غير معروفة ، وفي حالة كلاس النهايات يتهم بشكل خاص وجود اضطراب دوري موضع بالإضافة إلى تغيرات كمية ونوعية في المادة الأساسية (عديدات السكاريد المخاطية الحمضية) أو في النسيج الضام . ويحدث كلاس النهايات عادة في اضطرابات الدوران المحيطي (زراق النهايات أو متلازمة رينو) ، وفي تصلب الجلد المجموعي المتري . وهناك العديد من الاضطرابات المنتشرة التي يحدث فيها كلاس استقلابي مثل التهاب الجلد والعضل ، والذئب الحمامي المجموعي ، والتهاب جلد النهايات الزمن المضمر .

التشخيص التفريقي : يجب الأخذ بعين الاعتبار الأمراض السابقة الذكر . غير أن قيم الكالسيوم والفسفات في المصل تكون طبيعية .

الإنذار : غير جيد ، والشفاء أو الهجوم العفوي نادر جداً .
المعالجة : لا توجد معالجة فعالة .

أشكال خاصة من الكلاسات :

متلازمة تيرج ويسنباخ [Thibierge - Weissenbach Syndrome 1911] :

التعريف : هو وجود كلاس استقلابي موضع أو معمّم في النسيج تحت الجلد بالشارك مع تصلب جلد مجموعي متري أو متلازمة كريست **CREST** .

الموجودات السريرية : من الممكن حدوث كلاس يتظاهر على شكل تكلس نهايات عادة وذلك في تصلب الجلد المجموعي المتري وخاصة من النموذج المسمى تصلب النهايات . وعادة ما يتواجد الكلاس على الأصابع وظهور الأبراجم والزند ، والمرفقين ، والركبتين (راجع الشكل ٤٥ - ٢) . كما تتواجد ترسبات الكالسيوم في العضلات ، أو الأوتار ، أو اللغافات أيضاً .

المعالجة : لا يوجد علاج فعال . ويجب علاج تصلب الجلد المجموعي المتري .

متلازمة كريست **CREST Syndrome** [Winterbauer 1964] :

المترادفات : متلازمة **Thibierge - Weissenbach** .

مصطلح كريست هو عبارة عن اجتماع الأحرف البدئية للأعراض الرئيسية التالية :

- كلاس استقلابي جلدي ويتظاهر سريرياً على شكل تكلس نهايات بشكل خاص .
- متلازمة رينو مع وجود اضطرابات اغتذائية وتقرح في الأنامل .
- تصلب الأصابع .
- توسع شعريات كما في داء أوسلر ، بشكل شائع على الوجه والصدر فوق خط العنق .

وفي أغلب الأحيان (في ٨٠٪ من الحالات) ، يوجد عسر في حركة المري (متلازمة كريست) ، كما هو الحال في تصلب الجلد المجموعي المتري . ويكون التليف الرئوي والتهاب المفاصل نادريين في هذا الاضطراب وهما أكثر شيوعاً لدى النساء البالغات . ويعتبر هذا الشكل نموذجاً سليماً نسبياً من

تصلب الجلد المترقي المنتشر من النموذج المسمى تصلب النهايات مع وجود ملامح سريرية خاصة . وتتميز هذه المتلازمة مناعياً بوجود أضداد ضد القسم المركزي Centromere في ٧٥٪ من الحالات .

المعالجة : الاستقصاء الدقيق عن الأعراض الأخرى لتصلب الجلد المجموعي المترقي . والعلاج كما هو الحال في تصلب النهايات .

الكلاس الاستقلالي الموضع العرضي :

المرادفات : الكلاس الاستقلالي المحدد .

يحدث الكلاس الموضع في عديد من اضطرابات النسيج الضام كما هو الحال في متلازمة أهرل - دانلوس ، ويكون على شكل ترسبات كلسية بيضوية يبلغ طول ظلالها ٥ ملم تقريبا ، وهي ذات أشكال دائرية أو بيضوية كثيفة بالكلسيوم ، وتوجد بشكل خاص على الأطراف السفلية . أما نسيجياً ، فتوافق مع نسيج شحمي نخري متكلس . وفي الصفروم الكاذب المرن Pseudoxanthoma Elasticum تبدي جميع الألياف المرنة ترسبات أملاح كلسية دقيقة .

وتظهر الأشعة السينية أحياناً تكلسات موضوعة في جدران الأوعية الدموية الكبيرة أو خارج الأوعية في الأحياز ما تحت الجلد . يحدث التكلس الشرياني في متلازمة Werner في الأطراف السفلية بشكل خاص ، أما التكلسات الاستقلالية الموضوعة فتحدث في النسيج الضام تحت الجلد حول الركبتين والكاحلين .

الكلاس الحثلي Dystrophic Calcinosis :

لا يوجد اضطراب في استقلاب الكالسيوم في هذا النوع من الكلاس . وتؤثر ترسبات أملاح الكلسيوم على الأنسجة المريضة فقط ، وهذا يعتبر من الموجودات النسجية في كثير من الأحيان . وتقتصر الترسبات دائماً على الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد وتشكل في المناطق المتأذية من النسيج الشحمي أو النسيج الضام .

نموذجياً ، يحدث التكلس في الكيسات ، والأورام وفي الحبيبومات الالتهابية المزمنة (مثال : التدرن) . ومع تفكك

الخلايا الشحمية وانحلالها ، تشكل الحموض الدسمة الحرة الناجمة عن انحلال الدسم صوابين كلسية مع أملاح الكلسيوم وتطلق الزناد لتشكيل تفاعل لحجم أجنبي (النخر الشحمي) .

العقيدات الكلسية الجلدية [Woods and Kellaway : 1963] :

المرادفات : الجلد المحصى Calculus Cutaneus .

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا الاضطراب على شكل عقيدات داخل الجلد مفردة أو متعددة محددة ، مرتفعة قليلاً ، وقاسية . وقد توجد هذه العقيدات منذ الولادة وتصيب الأطراف والوجه في كثير من الحالات .

السيببات : من الأسباب الممكنة لهذه العقيدات : الورم العاني Hamartoma للغدد الدرقية ، وأورام الغدد المتكلسة ، أو الوحمة الخلوية المتكلسة .

التشريح المرضي النسجي : يوجد في الأدمة العليا تحت البشرة مباشرة أعشاش من الخلايا الأسنة الحاوية على أملاح الكلسيوم والتي لا تزال في بعض الأحيان تحتوي على نوى خلوية . وغالباً ما يوجد تفاعل تجاه جسم أجنبي .

المعالجة : استئصال جراحي .

العقيدات الكلسية على حواف صيواني الأذنين :

وهي عقيدات قاسية بيضاء ، نادراً ما تنبت للخارج ، ويمكن رؤيتها وجسها ، ويتوضع وفق نموذج سبجي على الحافة الحرة للصيوان .

السيببات : قد يكون السبب فيها اضطرابات موضوعة مثل الشرث أو عضة الصقيع .

التشخيص التفريقي : من الضروري تفريق هذا الاضطراب عن عقيدات الصيوان المؤلمة ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والحبيبيوم الحلقي ، وثؤف النقرس ، والمفرانية ، والداء السكري ، وتلين الغضروف المجموعي (متلازمة Von Meyenburg - Altherr - Uehlinger) ، وضخامة النهايات ، وداء أديسون .

المعالجة : لا يوجد لها علاج .

الفصل السادس والأربعون

استقلاب الحديد ، الزنك ، والنحاس

Iron, Zinc and Copper Metabolism

د . صالح داود

استقلاب الحديد :

يلاحظ أطباء الجلد انخفاض مستوى الحديد عند المرضى الذين يعانون من أمراض جلدية واسعة الانتشار مرتبطة بسوء الامتصاص . يتم فقدان الحديد مع الوسوف ، لأن الخلايا البشرية تحتوي الحديد المرتبط بالإنزيمات الهيمولية المسؤولة عن عمليات التنفس . ولذلك يعتبر نقص الحديد علامة نموذجية في الصدف الشائع الشديد المنتشر وفي الصدف البشري المعمم (Von Zumbusch) . ويمكن أن يكون نقص الحديد دون الترافق بفقر الدم عاملاً هاماً في سببات الحاصة المزمنة المنتشرة عند النساء ، كما أن له علاقة باللسان الضموري . وتراجع الأعراض بسرعة عندما يتم تعويض الحديد . ولقد لوحظ في دراسة أجريت للبرفيرية الجلدية الآجلة ارتفاع في مستوى الحديد المصلي وفي الصباغ الدموي Hemochromatosis .

الصباغ الدموي Hemochromatosis :

المترادفات : الداء السكري المشبي ، داء الحديد Siderosis داء الفة الحديد Siderophilia ومتلازمة ترويزر - هانوت - كاهوفارد Troisier - Hanot - Cahuffard Syndrome (1811/1882) .

التعريف : يوجد عيب وراثي في امتصاص الحديد في مرض الصباغ الدموي يؤدي إلى تراكمه في النسيج وإحداث الصباغ الدموي البدئي . والعلامات المميزة له هي تصبغ رمادي اردوازي اللون والتشمع الكبدي ، والداء السكري ، وقصور القنذية Hypogonadism . أما الصباغ الدموي الثانوي ، فليس مرضاً وراثياً بل يحدث بشكل تالٍ لأمراض أخرى .

الحدوث : يصيب الذكور أكثر من الإناث بشكل ملحوظ ، ويصيب الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ - ٦٠ سنة . وإن حدوث السرطانة الكبدية ليس بنادر . ويأخذ المرض عند الذكور الأصغر سناً سيراً أكثر حدة منه عند الكبار .

الإمراض : السببات غير معروفة ، ومن المعتقد وجود عيب وراثي في امتصاص الحديد في الأمعاء يورث بصبغي جسدي

صاغر ، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى الحديد المصلي . ويرتافق مع أنماط هلا التالية : A3 - HLA ، B7 ، B14 ، وذلك بحسب السلالات الأثنية Ethnic .

أما الأشكال الثانوية فتتجم من الأذيات الكبدية التالية لتناول الكحول ، والبرفيرية ، والأدوية المقوية الحاوية على الحديد ، والأخماج ، وعوز البروتين ، ونقل الدم المتكرر . هذا ويعتقد بأن الاضطرابات الوظيفية التي تصيب الخلايا الكبدية تؤدي إلى خزن الحديد ، والحديد الدموي Sideremia ، وترسب الحديد في الجلد . وتتكون الأصبغة المترسبة بشكل رئيسي من الفيريتين ، والهيموزيدرين ، والشحم البني Lipofuscin (٥) ، ويتم خزن الحديد الزائد في الجسيمات الحالة على شكل فيريتين وهيموزيدرين . وإن تحرر الإنزيمات الحالة يمكن أن يؤدي إلى حدوث نخر خلوي كبدي ثم إلى التليف الكبدي في نهاية المطاف .

الموجودات السريرية : تتميز المتلازمة بوجود فرط تصبغ منتشر يصيب الجلد ، وضخامة كبدية مع ضخامة طحال خفيفة . بالإضافة إلى داء سكري مترافق ببيلة سكرية .

الموجودات السريرية الجلدية : يمكن للاضطرابات الجلدية أن تسبق الإصابات الداخلية ولفترة طويلة ، حيث يلاحظ فرط تصبغ منتشر رمادي - دخاني اللون ، أو رمادي مزرقي ضارب للصفرة أحياناً .

ويأخذ في الحالات الشديدة اللون البرونزي . والأماكن المفضلة للإصابة هي المناطق المعرضة للضياء وخاصة الوجه ، والمفاصل ، واليدين . وقد يشبه فرط التصبغ البقعي في الأغشية المخاطية القموية بقع التصبغ التي تشاهد في داء أديسون .

يكون الجلد عند هؤلاء المرضى لا زهياً ، وعميل للضمور الخفيف في بعض الأحيان مع ميل للتوسف النخالي الشكل . ويعتبر فقدان الأشعار في ناحية الإبط ، والعانة دلالة على القصور الكبدي - الخصوي .

الموجودات السريرية المجموعية : يعتبر قصور القنذية العلامة الهامة في هذا المرض . وتؤدي ترسبات الحديد في الأعضاء الداخلية إلى أشكال مختلفة من الأذيات العضوية (ضخامة كبد وطحال ترافق مع اضطرابات في الوظيفة الكبدية) . وتصاب المعشكلة ، ويصاب المريض بالسكري (السكري البرونزي) ، وتتجلى الإصابة القلبية باضطرابات في العضلة القلبية . كما ويصاب المرضى باعتلالات مفصلية ، واضطرابات الغدد الصم

(٥) شحم بني اللون ضارب الصفرة ، حبيبي ، يوجد بين العضلات بشكل خاص .

(قصور القنذية ، التثدي ، فقدان الأشعار ، قصور الدرقية ، الغنانه) وتتضمن التظاهرات الثانوية : اضطرابات الدوران البائي ، والحبث ونزف الأوردة المصابة بالدوالي في المري والمعدة .

التشريح المرضي النسيجي : يعزى التصبغ إلى زيادة ترسب الملانين في الطبقة القاعدية وكذلك إلى ترسب الصباغ الدموي المتوضع في الأدمة العميقة ، وخاصة حول الغدد العرقية الفاتحة والبطانة الشعرية .

السير : يكون سير المرض حاداً عند الصغار أحياناً ، ويأخذ سيراً مزمنياً عند الذكور الكهول ، ويسوء الإنذار بتشكيل السرطانة الكبدية .

التشخيص : يوضع التشخيص استناداً إلى الموجودات السريرية النموذجية ، وتحري مقدار الحديد المرتفع في الدم ، وترانسفيرين المصل . والخزعة الكبدية مشخصة .

التشخيص التفريقي : يجب استبعاد الحُداد الدموي الثانوي Secondary Hemosiderosis ، لأن الحُداد لا يترافق مع أنماط هـ HLA التي ذكرت سابقاً . يجب تفريق هذه الحالة عن البرفيرية الجلدية الآجلة ، والانسهم بالفضة ، والتملن الزرنيخي المنشأ ، والمفرانية Ochronosis وداء أديسون .

المعالجة : المعالجة عرضية بحسب الإصابات العضوية . وتتضمن إجراءات المعالجة قوت فقير بالحديد ، والفصادة بمقدار ٢٥٠ - ٥٠٠ مل مرة أسبوعياً ، وأحياناً تبديل المصورة (البلازما) مرة في السنة أو الستين ، وكذلك المعالجة بالمواد الخالبة Desferoxamine مع إجراء فحوص مخبرية دورية لمعرفة مستوى الفيريتين في المصل .

استقلاب الزنك Zinc Metabolism :

ينتمي الزنك إلى العناصر الأساسية في العضوية . وتحتاج العضوية إلى الزنك بشكله المؤين للتركيب الحيوي للبروتينات والبروتينات النووية ، وفي تركيب العديد من الإنزيمات التي يدخل الزنك في بنائها مثل كاربونيك انهدراز Carbonic Anhydrase و Alcohol dehydrogenase والفوسفاتاز القلوية .

عوز الزنك :

يؤدي عوز الزنك إلى أعراض معوية وجلدية النهائية .

خطل التقرن عند الحيوانات :

يسبب نقص الزنك عند الحيوانات ومنها العجل والخنزير متلازمة تشبه الصدف الشائع سريرياً ونسجياً ، وتظاهر على

شكل آفات النهائية وسفية تصيب النهايات وما حول الفم . وقد سجل حدوث إسهال ، وتأخر نمو ، ونقص المقاومة تجاه الأبحاث التي قد تكون مميته نتيجة للأبحاث الإضافية .

متلازمة عوز الزنك في التغذية عن طريق الوريد :

يصاب المريض الذي يغذى تغذية وريدية خالية من أملاح الزنك ، بعلامات عوز الزنك بعد بضعة أسابيع . وتشابه الآفات الجلدية الناجمة عن ذلك الإكزيمة المثية على الوجه ، والفروة ومنطقة الحفاض ، وتأخذ منظرًا مشابهاً لاعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ .

وتشفى هذه الآفات بسرعة كبيرة عندما يتم إعاضة الزنك وإن معايرة الزنك المصلي ضروري لوضع التشخيص .

أعراض وعلامات متفرقة ناجمة عن نقص الزنك : يوجد العديد من الدلائل على أن عوز الزنك يؤثر تأثيراً شديداً على شفاء الجروح . فقد وجدت مستويات منخفضة من الزنك في المصل بعد الحروق . غير أن الزنك يعود لمستواه الطبيعي بعد تناول سلفات الزنك عن طريق الفم ، وتميل الجروح للالتئام بسرعة .

ولقد اقترحت المعالجة بالزنك عن طريق الفم في القرحات الركودية ، والحاصة البقعية (الثعلبية) ، والعد الشائع . ولم تثبت الدراسات مزدوجة التعمية Double Blind فعالية هذه المعالجات . ولقد بين موينهان وبارنر Moynahan and Barnes عام ١٩٧٣ أن سبب اعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ هو عوز الزنك .

اعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ Acrodermatitis
Enteropathica [Brandt 1936, Danbolt and Closs 1942, Moynahan and Barnes 1973] :

التعريف : داء مزمن وراثي ، يبدأ في الطفولة الباكرة بإسهال ، وحاصة منتشرة ، وطفح حماسي حويصلي أو طفح حماسي يثري حول الفوهات والمناطق القاصية من الأطراف ، (راجع الشكلين ٤٦ - ١ و ٤٦ - ٢) . ويؤدي للموت إذا لم يعالج .

الحدوث : المرض نادر المشاهدة ، ويرجع انتقاله بصبغي جسدي صاغر . وقد سجل حدوث إصابات عائلية .

الإمراض : يكون عوز الزنك الأساسي في هذا المرض بسبب الاضطرابات المعوية في امتصاص الزنك مما يؤدي إلى عوزه الثانوي .

الموجودات السريرية : إن مناطق تظاهرات الداء هي حول الفوهات (حول الفم والأنف والناحية الشرجية والتناسلية)

والمناطق القاصية للأطراف (الأصابع ، الأباخس ، العقب) . حيث يشاهد حدوث التهاب جلد مزمن عديد الأشكال حمامي أو صدافي الشكل أو حزازاني المظهر . والإصابات واضحة الحدود ، ومتآكلة ونازة ، تعلوها حويصلات أو بثرات في حواف الآفة وجلبات مركزية صدافية المظهر . وتُستعمر هذه المناطق الرطبة بالجراثيم والعفن والخمائر وخاصة المبيضات البيض . كما يصاب جوف الفم والأمعاء والناحية التناسلية بهذه المبيضات .

تحدث تبدلات في الأظفار ، وتتراعى على شكل دواחס مزمنة مترافقة بمخل الأظفار . وتخف الأشعار أو تحدث حاصة منتشرة . وييدي مخطط الشعر Trichogram جذور أشعار في طور نهاية النمو (telogen) . ولقد ذكرت حالات من التهاب اللسان مع إسهالات متكررة .

موجودات أخرى : ويحدث في هذا المرض أيضاً تأخر نمو ، وتأخر البلوغ الجنسي ، والتهاب فم ، وبحة صوت ، والتهاب أجفان ، والتهاب ملتحمه ، ورهاب الضوء وساد ، والتهاب أذن واضطرابات عصبية وتخلف عقلي .

ينخفض مستوى الزنك في المصل بشكل كبير (الطبيعي ١٣,٨ - ٢٣ ميكرومول/ل) ويكون تركيز الزنك في بول ٢٤ ساعة طبيعياً أحياناً (اضطراب امتصاص) ولقد لوحظ خلل في الجهاز المناعي مؤخراً : انخفاض في مقادير IgG ، و IgA ، وضعف في عامل الجذب الكيماوي للبلاعم ، وانخفاض الاستجابة لتحريض PHA للخلايا اللمفاوية النائية . وتفسر هذه الموجودات الميل لحدوث الأحماج الثانوية المزمنة الجرثومية والفطرية في المناطق الجلدية المصابة .

التشريح المرضي النسجي : ييدي التهاب جلد تحت حاد مع سفاج في الطبقات القاعدية من البشرة ، ويلاحظ تشكل حويصلات داخل بشرية تحوي مصلاً وخلايا مدورة ، وقد نجد فرط تقرن أو خلل تقرن مع ثخانة الطبقة المتقرنة . تبدي أنسجة الربط في الأدمة العليا وذمة في الحليات مع رشاحة التهابية مؤلفة من اللمفاويات والمنسجات حول الأوعية وفي الأدمة العليا تحت البشرة .

المسار : يؤدي المرض للموت إذا لم يعالج بسبب الإصابات الجموعية وقد يحدث التحسن العفوي في بعض الحالات أثناء هبة البلوغ . والمعالجة المثلى هي تعويض الزنك .

التشخيص : يعتمد التشخيص على الموجودات السريرية الجلدية النوعية بالإضافة إلى الحاصة المنتشرة والإسهال المتكرر .

التشخيص التفريقي : يجب استبعاد انحلال البشرة الفقاعي البسيط وداء المبيضات المعمم . ومن الأهمية بمكان معايرة

مستوى الزنك المصلي . هذا ويجب الانتباه إلى أن سوء التغذية قد يؤدي إلى تظاهرات مشابهة لتظاهرات اعتلال النهايات المعوي المنشأ .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : نصح العالمان مويناهان Moynhan وبارنز Barnes بمعالجته بسلفات الزنك ، وهي معالجة ناجحة^(١) . تُعطى أملاح الزنك عن طريق الفم على شكل سلفات الزنك (Solvezinc) . أو على شكل Zinc Di - asperatate .

تزول الأعراض بسرعة بهذه المعالجة التي يجب أن تستمر مدى الحياة . يجب الانتباه للتأثيرات الجانبية للزنك المعدنية أو حدوث فقر الدم أحياناً^(٢) .

المعالجة موضعية : وتم كما في التهاب الجلد الحاد .

أشكال أخرى من عوز الزنك :

قد يحدث عوز الزنك بشكل غير وراثي أيضاً إذا تناول الإنسان غذاءً غنياً بالفيتات Phytate لمدة طويلة (قوت نباتي) حيث تتشكل مركبات فيتات الزنك التي تؤدي إلى نقص امتصاص الزنك في الأمعاء . ولقد شوهدت التبدلات الشبيهة بتظاهرات اعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ في الشرق الأوسط .

ويجب أن نتوقع حدوث علامات عوز الزنك عند المرضى الذين يغذون تغذية وريدية منخفضة الزنك ، وهذه العلامات هي : تفاعلات جلدية وإسهال بعوز الزنك تشبه أعراض التهاب جلد النهايات المعوي المنشأ . يمكن أن يحدث عوز الزنك أيضاً نتيجة استئصال جزئي للأمعاء أو في اضطرابات جهاز الهضم الأخرى (التهاب القولون القرحي ، التهاب اللفائمي الناحي) .

ويجب الشك بعوز الزنك في الحالات الجلدية التي تشابه التهاب الجلد المني على الوجه أو التغيرات على الأطراف التي تظاهر بحمامي مستمرة مع حويصلات أو داحس مزمن . ويمكن إثبات التشخيص بمعايرة الزنك في المصل .

استقلاب النحاس Copper Metabolism :

يعتبر النحاس من العناصر المؤينة الضرورية للعضوية ، وهو أساسي من أجل تركيب العديد من الإنزيمات ، وخاصة إنزيم

(١) كان قسم الجلدية بجامعة دمشق من السابقين عالمياً في معالجة هذا المرض بالزنك عام ١٩٧٥ (جلال ، داود) أسبوع العلم .

(٢) يجب الانتباه للتأثيرات الجانبية للزنك على المعدة كما يخشى حدوث فقر الدم أحياناً (المترجم) .

إنظيم Lysyl Oxidase . ويؤدي العيب بالنقل المعوي إلى اضطرابات في إنتاج القرنين Keratin واصطناع المرنين كما في التنكس المرني Elastic في الأوعية الدموية الكبيرة (راجع الفصل ٣١) .
الإنذار : غير جيد .

داء ويلسون [1912] Wilson's Disease :

المرادفات : التنكس الكبدي الدماغي .

يورث المرض بصبغي جسدي صاغر ويلعب ترسب النحاس فيه دوراً مهماً في إمرضه . يترسب النحاس في الكبد ، والعقد القاعدية Basal Ganglia ، وقشر الدماغ ، والكلية ، وفي القرنية نتيجة التركيب الناقص للسيروبلازمين المرتبط بالنحاس Copper – Binding Ceruloplasmin مما يؤدي إلى إتلاف الخلايا .

هذا ويمكن أن يترافق داء ويلسون مع المران الثاقب الساعي Elastosis Perforans Serpiginosa وتؤدي المعالجة بالبنسلامين – د إلى طرح النحاس في البول ، غير أن ذلك ليس له تأثير على علامات الجلد المرضية .

يتكوّن أوكسيداز في سلسلة النقل الإلكتروني وإنظيم Super oxidase dismutase الذي يطرح الجذور الحرة . وتأتي أهمية النحاس أيضاً باعتماد إنظيم التيروزيناز وإنظيم lysyl oxidase عليه في تركيب الملائين والمرنين elastin . هذا ويرجع تشابه بين تظاهرات عوز النحاس والتسمم بالجلبان Lathyrism .

يمكن حدوث عوز النحاس من جراء تناول القوات الفقيرة -نحاس أو نتيجة خلل تمثل النحاس في الأمعاء أو في الدم .

مرض الشعر المتلوي Kinky Hair Disease [Menkes et al 1962] :

نردفات : مرض مينكر ، متلازمة الشعر الجعد ، متلازمة شعر الفولاذي Steely Hair Syndrome . وهو مرض وراثي ينتقل بصبغي صاغر مرتبط بالجنس ، ويفضل إصابة الذكور ، ويشابه هذا المرض الشعر السبحي Monilethrix ، مترافق بأشعار ملتوية وتقصف أشعار Trichorrhexis عقيدي ولادي « وشعر فولاذي اللون ، وتحلف عقلي ، واضطراب في تطور النفسي الحركي ، وخلل تنسج في غو ميناء الأسنان . وتعزى جميع هذه التظاهرات إلى عوز النحاس الناجم عن خلل

الفصل السابع والأربعون

اضطراب استقلاب البورين

Disorders of Purine Metabolism

د . صالح داود ، د . هدى منيفي

النقرس Gout :

المترادفات : التهاب المفاصل البولي ، نقرس إبهام القدم Podagra .

التعريف : يشكل النقرس زمرة من الاضطرابات المختلفة في استقلاب بورين تؤدي هذه الاضطرابات بدورها إلى فرط اليوريكيميا (فرط حمض البول) Hyperuricemia في الدم ، والتهاب مفاصل بالإضافة إلى تشكل عقيدات النقرس « التوف (الأجناد) Tophi » التي تنجم عن ترسب بلورات اليورات (البولات) Urate في الجلد وداخل المفاصل وما حولها .

ينجم فرط اليوريكيميا في الدم المشاهد في النقرس البدئي إما عن زيادة إنتاج حمض اليوريك (حمض البولات) Uric Acid) أو نقص إطراره . أما في النقرس الثانوي فإن هذه الزيادة تنجم عن زيادة تركيب البورين الأمر الذي يسبب زيادة في إنتاج حمض اليوريك . ويعتبر الشكل الثانوي من النقرس اختلاطاً في الايضاض المزمن وغيره من أمراض النقي التكاثريّة ، وفي كثرة الكريات الحمر الحقيقي بعد المعالجة الموقفة للخلايا ، وفي الصدف الشائع المنتشر (وذلك بارتفاع الانحلال النووي وفرط اليوريكيميا) .

الحدوث : يحدث المرض عادة في الرجال بعد سن الأربعين . أما في النساء فإن مقدار حمض اليوريك يكون أقل من ٠,١ ملغ/١٠٠ مل بعد سن اليأس . وهناك إحصائيات تقدر أن ٤ - ١٢٪ من تعداد السكان العام يشكون من فرط اليوريكيميا في الدم وهذا الأمر غالباً ما يرتبط بداء الحصيات الكلوية . والحدوث العائلي لهذا المرض متكرر . ومن الثابت الآن أن العوامل الوراثية والقوتية تلعب دوراً في إمرار هذا الداء . وقد لوحظ أن داء النقرس كان نادراً خلال فترات الحروب حيث كان هناك نقص في المؤونة الغذائية . ولم تتوصل الدراسات إلى نتيجة نهائية حول دور عوز الإنزيمات الداخلة في استقلاب البورين في الآلية الإمبراضية لهذا الداء . ويفترض عوز جزئي في إنزيم هيسوكزانسين - غوانين فوسفوريبوسيل ترانسفيراز Hypoxanthine - guanine Phosphoribosyl transferase - .

الموجودات السريرية : تعتبر الهجمات الحادة من الآلام المفصليّة وصفية للنقرس الحاد . وتحدث هذه الهجمات بعد رضح خفيف أو زيادة في تناول القوت ، أو أي مرض عارض آخر . وهذه الهجمات تصيب بشكل خاص المفاصل القاصية في الأطراف وتتجلى الإصابة النموذجية بإصابة الأبنخس الكبير . قد يشكو بعض المرضى من قولنج كلوي بسبب وجود حصيات اليورات . أما النقرس المزمن فيتميز بوجود تغيرات مفصليّة مخربة .

الأعراض الجلدية : تتوضع بلورات يورات الصوديوم في النسيج الخلوي تحت الجلد في حوالي نصف الحالات وتدعى هذه البنى العقيدات النقرس أو التوف Tophi . وتكون هذه التوف عادة على شكل عقيدات بيضاء أو لؤلؤية (لآلئ النقرس) تشاهد على حافة الصيوان الحرة . (راجع الشكل ٤٧ - ٢) . كما تشاهد هذه العقيدات أيضاً على مفاصل الأصابع والأبأخس وتكون بشكل عقيدات بيضاء أو مصفرة قليلاً . أما فيما يتعلق بترسبات بلورات اليورات في الجلد ، فتشاهد عبر الجلد الرقيق المغطي للجسم في بعض أجزائه ، وقد يصيب التقرح هذه الآفات . تكون عقيدات النقرس الموجودة قرب المفاصل ذات ميل للتجمع إلى بعضها لتشكل مجموعات متلاقية ، وتحدث التوف عادة بعد هجمة حادة وهي غير مؤلمة . وعندما تتقرح هذه العقيدات فإنها تطرح مادة مفتتة بيضاء اللون . ولدى فحص هذه المادة بالمجهر فإنها تظهر على شكل حزم من الإبر الكثيفة وهي عبارة عن يورات الصوديوم .

النقرس الجلدي البدئي : إن تطور التوف من هذا الشكل من المرض يسبق التظاهرات المفصليّة للنقرس بعدة سنوات .

التشريح المرضي النسيجي : تُظهر الأدمة والنسيج الضام تحت الجلد ترسبات يورات الصوديوم المحاطة بتشكيل حبيبي لجسم أجني . ومن المعلوم أن بلورات اليورات ولوعة بالفضة . وبما أن هذه البلورات قابلة للانحلال باستخدام تقنيات تخضير الخزعة ، فمن الضروري إجراء تثبيت النسيج في الكحول المطلق . وتنصف هذه البلورات بكونها غير متساوية عند النظر إليها بالضوء المستقطب .

التشخيص : إن كلاً من فرط اليوريكيميا في الدم واستجابة الآلام المفصليّة الحادة للكولشيسين خلال يومين يثبت التشخيص . كذلك فإن فحص المادة المأخوذة من إحدى العقد النقرسية ومشاهدة بلورات يورات الصوديوم الأحادية الإبرية الشكل والكاسرة للنور بشكل قوي أمر يساهم في وضع التشخيص . ويغلب لدى المرضى وجود اضطرابات استقلابية أخرى .

التشخيص التفريقي : ينبغي ، في حال وجود التوف على الأذنين ، أخذ الأمراض التالية بعين الاعتبار : عقيدات الصيوان المؤلمة ، عقيدات الكالسيوم على حواف الأذنين ، الحبيوم الحلقي ، والسرطانة قاعدية الخلايا .

أما في حال وجود التوف على المرفقين ، أو اليدين ، أو القدمين فيدخل في التشخيص التفريقي للمرض كل من : الصفرومات ، صفرومات غمد الوتر ، العقيدات الرئوية ، أو الرئوية ، كثرة المنسجات الشبكي ، عقيدات هيردين Heberden's Nodules ، ورم الغشاء الزليلي Synovialoma .

ومن المهم أيضاً تمييز المرض عن النقرس الكاذب المشابه سريراً للنقرس الحقيقي ، إلا أن قيم حمض اليوريك في المصل تكون طبيعية ، بالإضافة إلى العثور على يوروفوسفات الكالسيوم في السائل الزليلي وفي التوف الكاذبة . كما أن الفحص الشعاعي يظهر وجود تكلس مفصلي .

المعالجة : تقوم المعالجة على استئصال العقيدات المزعجة للمريض أو استخدام العلاج الجهازي .

في النقرس الحاد : راحة في السرير ، كولشيسين (بمقدار ٠,٥ ملغ كل ساعة حتى يزول الألم أو حتى حدوث الإسهال) ؛ المسكنات مثل أوكسي فينوتازون أو إندوميثاسين (٣ مرات يومياً ٥٠ - ١٠٠ ملغ لمدة ٢ - ٣ أيام) .

في النقرس المزمن : قوت منخفض اليورين « علاج طويل الأمد بالبروبنيسيد Probenecid وذلك لزيادة طرح الكلوي لحمض اليوريك أو العلاج بالألوپورينول Allopurinol وذلك لتثبيط الكسنتين أو كسيداز Xanthine Oxidase وبهذا يتم حصر إنتاج حمض اليوريك . هذا بالإضافة إلى تخفيف الوزن .

متلازمة ليش - نيهان [Reley 1960, Lesch and Nyhan]
1964] :

المرادفات : متلازمة الجدع الذاتي .

التعريف : هو اضطراب استقلابي وراثي نادر جداً ، يحدث فيه

جدع ذاتي للشفاة والأصابع وذلك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، إضافة إلى حدوث زيادة حمض اليوريك في الدم ، وكنع ، وتشنجات .

الإمراض : هذا المرض عبارة عن داء وراثي ينتقل بصبغي صاغر مرتبط بالجنس ، يصيب الذكور فقط . وسببه نقص تام للإنزيم $\text{Hypoxanthine - guanine - Phosphoribosyltransferase}$ في الخلايا . ويؤدي هذا الإنزيم إلى الاستخدام المتزايد لمادة $\text{Phosphoribosylpyrophosphate}$ ، التي تحد من تركيب البورين في المرحلة الأولى . هذا الطريق المحفز بواسطة الإنزيم $\text{Phosphoribosylpyrophosphate Aminotransferase}$ ، ونتيجة لهذه العملية يزداد إنتاج حمض اليوريك بشكل كبير ، ولذلك قد يظهر لدى هؤلاء المرضى علامات سريرية تدل على النقرس مترافق بالتهاب مفاصل نقرسي .

الموجودات السريرية : يتصف المرض بتخلف عقلي مع/أو تخلف حركي ، وتأخر في تطور الكلام . كذلك يظهر لدى المرضى المصابين علامات خفية مع تعابير كنعية ، وهياج ، وتشنج ظهري Opisthotonos ، ورأفة ، وجدع ذراتي يتظاهر على شكل بلع ذاتي Autophagia وعض المريض لشفته السفلى ويديه وأصابعه مع ما ينجم عن ذلك من تحريب للأنسجة .

التشخيص التفريقي : يحدث الجدع الذاتي لدى الأطفال الذين لديهم تخلف عقلي غامض ، وعلى شكل أذية لا إرادية . في الصرع كما يصادف في متلازمة Cornelia de Lange (سحنة المهرج ، فرط أشعار الحاجبين والجبهة ، قصر الرأس ، اتساع البعد بين العينين ، صغر الفك السفلي ، قزامة في اليدين والقدمين وشذوذات في ترسم الكف) . ويصادف في متلازمة موبوس Mobius (إصابة عصبية ولادية وخاصة في الخلايا المخية) . ويجب تمييز المرض عن متلازمة ليش نيهان الكاذبة التي تشابه ليش نيهان الحقيقي من الناحية السريرية مع عدم وجود اضطراب في استقلاب البورين .

المعالجة : لا يوجد علاج ممكن لهذه الحالة .

الفصل الثامن والأربعون

اضطرابات التغذية

Nutritional Disorders

د . صالح داود ، د . هدى منيني

يجب أن يكون القوت حلوياً على بروتينات ، وفيتامينات بالإضافة إلى الحريات وذلك لتزويد الجلد بمظهره ووظيفته السويتين . وقد ثبت هذا الأمر في حالات سوء التغذية ، أو في التغذية غير المتوازنة ، أو في أسوء الامتصاص أو في سوء الامتصاص المرضي .

السغل عند الأطفال Marasmus in Children :

يعتبر سوء التغذية الذي يحدث في الدول النامية بشكل خاص السبب الرئيسي للسغل لدى الأطفال . وهو ينجم عن عوز الحريات وخاصة عوز البروتينات والفيتامينات . وإن ضياع النسيج الشحمي في منطقة الفم يجعل وجوه الأطفال سيئاً التغذية بشكل وجه القرد ؛ ويكون الجلد جافاً ومطوياً فوق المفاصل الأكبر بسبب ضياع النسيج الشحمي تحت الجلد . كذلك تهزل عضلات الأليتين والوجه الخلفي للرقبة . وتكون الودمة النموذجية للمخمصة غائبة .

الكواشير كور Kwashiorkor :

التعريف : يُعزى هذا المرض إلى عوز بروتيني شديد في الغذاء . وهو يصيب الأطفال الصغار بشكل خاص وفي آسيا وأفريقية على وجه الخصوص ، حيث يكون الراتب الحروري عندهم كافياً أو زائداً بسبب كثرة تناول السكريات والنشا . ويؤدي عوز البروتين الشديد إلى تخلف في النمو وتأخر عقلي بالإضافة إلى ضمور عضلي ، وارتشاح شحمي للكبد ، ووجه كالبدن ، وودمة . ويمكن أن تؤدي المداخل الجراحية الواسعة على السبيل المعوي إلى عوز بروتيني مشابه كتأثير ثانوي .

الإمراض : إن عوز البروتينات هو السبب الأكثر أهمية لهذا المرض في البلدان النامية حيث تتكون الوجبة اليومية لدى الأطفال هناك بشكل رئيسي من الشعير ، أو الرز أو الفاصولياء . ويبدو من المحتمل وجود عوامل أخرى تلعب دوراً إمراسياً في هذه الإصابة (عوز الحموض الأمينية العطرية الأساسية وعوز الفيتامينات) . وبالنسبة للجلد ، يوجد ميل لتشكيل خطل تفرق مع اضطراب في بنية الخلايا المقرنة الدقيقة ، بالإضافة إلى نقص في عدد جسيمات الوصل . كما توجد علامات نسجية تدل على الكبد المذنه Fatty Liver .

الموجودات السريرية : تتراوح أعمار المصابين بين ٦ أشهر و ٥ سنوات . ولا تظهر العلامات الجلدية دوماً ، ولكنها إذا حدثت فهي مميزة جداً للمرض . يصاب العرق الأسود بهذا المرض بشكل شائع .

والمظاهر السريرية النموذجية هي كما يلي :

عمى الألوان : وهو علامة مبكرة ربما نجمت عن عوز الفينيل آلانين في القوت . وهناك نقص تصبغ حول الفم ، يظهر وبخاصة على الساقين حيث يبدي الجلد بداية تورم وذمي . كذلك ويشاهد فرط التصبغ لدى المصابين بعد شفائهم من التهاب . وتعتبر التغيرات الصبغية هامة من الناحية التشخيصية .

الجلادات الانتهاية : تتواجد أماكن التغيرات الجلدية في هذا المرض في منطقة الحفاض لدى الأطفال الصغار ، وفي السطوح الباسطة للدمور ، والركبتين ، والمرفقين ، ومناطق الضغط من الحذع . وهذا عكس ما يشاهد في البلاغرا Pellagra حيث تتوزع الإصابة على المناطق المعرضة للضياء . تبدأ الآفة على شكل حمامي ثم تصبح حمراء ضاربة للزرقة أو بنية ضاربة للحمرة وتترافق بتوسع . وهذه الآفات تشابه الإكزيمة بانعدام الزهم (الإكزيمة المشققة ، الجلد المشقق) ، وهي تقع غير منتظمة وذات حدود واضحة . وتوزع منتشر . ويشاهد أيضاً شقوق عميقة على المفاصل الكبيرة وعلى الشفتين .

الشعر : يكون الشعر جافاً ، فاقد اللعان وقد يصبح لونه بنيّاً ضارب للحمرة قليلاً ، كما تكون الأشعار رقيقة جداً وتنكسر بسهولة .

المخاطبات : التهاب شفتين جاف ، والتهاب فرج ومهبل .

الأعراض الداخلية : ضخامة كبد (كبد مدهنة) ، وودمة بسبب نقص الألبومين في الدم ، ونقص سكر الدم .

السر : يكون تطور المرض جيداً في الحالات الخفيفة . وقد تجمع الأعراض بعد تناول الغذاء المناسب الحاوي على البروتين ويعود إلى الشعر غوه ولونه الطبيعيان . والبقع المخططة في الشعر المصاب والطبيعي هي المسؤولة عما يسمى بمظهر علامة الراية Flag sign . وتكون نسبة الوفيات عالية نسبياً في الحالات الشديدة أو الناكسة .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء البلاغرا ، وهي أكثر شيوعاً لدى البالغين منها لدى الأطفال وتظهر بإصابة المناطق المعرضة للشمس ، ولا تؤدي إلى إصابة الأطفال أو الأشعار .

المعالجة : تناول كميات كافية من البروتين الحيواني (لحم ،

حليب مقشود) ، كما أن تعويض الشوارد والفيتامينات أمر مهم .

آكلة الفم (النوما) Noma :

المترادفات : الموت الحمجي الفموي ، آكلة الفم Cancrum Oris .

التعريف : يصيب هذا المرض الأطفال بشكل رئيسي ويؤدي إلى تخريب الوجه في منطقة ما حول الفم .

الحدوث : هذا المرض نادر جداً في الدول المتطورة ويحدث فقط كاختلاط أو نتيجة لأمراض أخرى مثل الحصبة أو التيفوس ، وهذا يدل على وجود آلية نهائية يلعب فيها نقص الدفاع المناعي لدى الشخص المصاب دوراً كبيراً . ويصيب هذا المرض الأطفال الرضع والتلاميذ في افريقية وجنوب شرق آسيا وأمريكا الجنوبية . ويعاني هؤلاء من سوء التغذية على شكل سغل كواشيركور .

الإمراض : لم يثبت بعد ما إذا كان سبب المرض هي أخماج بمتعضيات بلوت - فنسان Plaut - Vincent (الحلزونية المغزلية) على الرغم من أنها تنهم دوماً . ومن جهة أخرى يلعب عامل آخر دوراً في الأمراض ألا وهو نقص الدفاع المناعي ضد الأخماج الجرثومية وخاصة بالجراثيم سلبية الغرام واللاهوائيات .

الموجودات السريرية : يبدأ المرض على شكل التهاب فم تقرحي يصيب الخنك أو على شكل تورم في منطقة الوجه . تتساقط الأسنان بسرعة ويتشتر التهاب إلى العظام ويكون على شكل التهاب عظم متشط وتقرح في الوجنتين . ويصبح نسيج الوجه بكامله نخرية ويمكن رؤية داخل تجويف الفم بشكل مباشر من خلال النسيج المصابة . وقد تبدأ الإصابة في مناطق أخرى كالأنف أو الفرج .

سير المرض : يؤدي هذا المرض إلى الموت سريعاً إذا لم يعالج . ولقد تحسن الإنذار بعد استخدام الصادات .

المعالجة :

المعالجة الجهازية : يستخدم البنسلين ، والتتراسكلين ، والسيفالوسبورين أو غيرها من الصادات واسعة الطيف . ويجب إجراء اختبار المقاومة والتحسس الجرثومي قبل البدء بالمعالجة إذا كان ذلك ممكناً . وينبغي إعطاء راتب كافٍ من الحريرات مع الفيتامينات والبروتينات . ويمكن إعطاء الستروئيدات .

المعالجة موضعية : علاجات مطهرة وعصائب رطبة ومراهم من الصادات .

القرحة المدارية Tropical Ulcer :

المترادفات : القرحة المدارية Ulcus Tropicum ، القرحة المدارية الآكلة Tropical Phagedena ، القرحة الضمورية Wasting Ulcer ، قرحة الصحراء Desert Ulcer .

التعريف : هي عبارة عن تقرح على الأطراف السفلية يعزى إلى رضح هذه المناطق ، ويحدث لدى الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية ، وحدثت الأخماج بالعقديات ، والعنقوديات ، ومتعضيات بلوت - فنسان Plaut - Vincent في هذه القرحة .

الحدوث : يصيب المرض الأشخاص البالغين في المناطق الحارة أو الاستوائية الرطبة ، وخاصة الجنود أو المزارعين في المناطق المدارية . وهو أقل شيوعاً لدى الأطفال . ويبدو أن سوء التغذية وضعف المناعة هما عاملان هامان في حدوث المرض . تكرر مشاهدة هذه الإصابة لدى السود الذين يعيشون على قوت فقير بالبروتين .

السيببات : غير معروفة . يبدو أنه قد ينجم عن خمج بالعقديات ، أو العنقوديات أو غيرها من الجراثيم .

الموجودات السريرية : المناطق المفضلة للإصابة هي الأجزاء القاصية للساقين فوق الكعب . تبدأ الآفة على شكل حويصل واحد أو أكثر ذي محتوى نرقي تالي لأذية بسيطة . وعندما تتمزق الحويصلات تشاهد قرحة نخرية رطبة مبيضة شبيهة بالإكثيمة Ecthyma . وقد يمتد التقرح إلى النسيج الخلوي تحت الجلد وحتى اللفافة والعضلات وما حول العظم . وقد تؤدي الإصابة إلى نزف شديد عند وصولها إلى الأوعية الدموية . ويمكن أن يؤدي التندب التالي للإصابة إلى تقفع (انكماش) في الجلد مما يجعل البتر أمراً ضرورياً .

السير : يقصر الاستخدام المبكر للصادات من سير المرض . وتشفى الآفات الصغيرة تاركة ندبات رقيقة لها حواف مصطبغة مميزة . وغالباً ما يحدث النكس في مناطق الندبات الضامرة وذلك إثر حدوث أذيات بسيطة .

المعالجة : تشفى هذه الإصابة باستخدام الصادات . وينبغي استعمالها وفقاً لاختبارات التحسس الجرثومي إذا كان ذلك ممكناً . ويُصح باستخدام البنسلين أو غيره من الصادات واسعة الطيف مثل التتراسكلينات ، أو الإريثروميسين ، أو السيفالوسبورين ، أو الجنتاميسين ، وبالجرعات الدوائية المناسبة . والتغذية الجيدة أمر مهم في سياق المعالجة أيضاً .

الزجاج المخاطي [Mucoviscidosis Anderson 1938] :

المترادفات : التليف الكيسي ، التليف المعثكلي الكيسي ، التشوه

العائلي الولادي المعوي القصبي المعثكلي .

التعريف : تشوه ولادي في المعثكلة والرئتين إضافة إلى خلل وظيفة الغدد الأخرى خارجية الإفراز .

الحدوث : مرض نادر جداً . نجد قيمياً عالية في مستوى الكهارل (الشوارد) في العرق الناتج لدى الأشخاص مغايري الزيجوت ، ويورث بصبغي جسدي صاغر ، مع درجة نفوذية مختلفة ، تؤدي إلى زيادة لزوجة المفرزات التي تفرزها الغدد خارجية الإفراز .

الموجودات السريرية : يصيب المرض بشكل خاص المعثكلة ، والرئتين ، والكبد ، والمرارة ، وغدد برونير ، والغدة النكفية وغيرها من الغدد اللعابية .

المعثكلة : يؤدي انسداد الأقنية المعثكلية بالبروتينات المخاطية اللزجة إلى تكون كيسات وضمور في المتن (البارانشيم) (التليف المعثكلي الكيسي) . وينجم عن هذا الاضطراب متلازمات عمر الهضم وسوء الامتصاص التي تترافق بإسهال دهني ، وانتفاخ البطن وعوز في الفيتامينات الذوابة في الدم .

الأمعاء : تزداد الأمعاء الصغيرة عرضاً إلا أن اللمعة تنسد فيها . والتغير النموذجي لدى الولدان هو علوص (انفتال) معوي غائطي مع احتمال ترافقه بالتهاب باريتوان غائطي .

الرئة : تؤدي ركودة المفرزات في القصبات إلى حدوث توسع

قصبات مترافق بذات رئة ناكسة ، أو قد تؤدي إلى خراجات رئوية تكون مسؤولة عن نسبة الوفيات العالية في هذا المرض .

الكبد : قد تسيطر الإصابة الكبدية على الصورة السريرية للمرض كنتيجة للتليف البقي والارتشاح الالتهابي المزمن .

التغذية الناقصة : تؤدي التغذية الناقصة إلى تأخر في النمو والبلوغ .

التشخيص : ترتفع قيم شوارد العرق الناتج في هذا المرض بشكل خاص (زيادة الصوديوم والكلور بمقدار ٢ - ٥ أضعاف) . وإن تركيز الصوديوم بقيمة أكبر من ٨٠ ميلي مكافئ/الليتر يجعل الطبيب يشك بالمرض . وإذا لم يتوفر الاختبار الأول ، فإن التشخيص يُبنى على أساس غياب الإنظيمات المعثكلية في العصارة العفجية ، ووجود مرض رئوي مزمن ، والحدوث العائلي لهذا المرض .

الإقذار : سيء . يموت الأطفال عادة قبل سن البلوغ من أحد الاختلاطات الممكنة .

المعالجة : مراقبة الأحماج المزمنة . إعطاء الصادات بشكل مستمر في الإنتانات التنفسية ، بالإضافة إلى تعويض الإنظيمات الناقصة ، التخفيف من تناول الدم وإعاضة السوائل والأملاح في الطقس الحار .

الفصل التاسع والأربعون

عوز الفيتامينات وفرطها

Avitaminoses and

Hypervitaminoses

د . صالح داود

آ هي العمى الليلي أو ما يُطلق عليه عدم التلاؤم البصري نحو الظلمة . يتحول الريتنول إلى الدهيد ريتينال ، الذي ينتج الرودوبسين Rhodopsin البصري الصباغي لدى اتباعه تحفيز المزامرة Isomerization مع البروتين أوبسين Opsin .

ويؤدي العوز الشديد للفيتامين آ عند الإنسان والحيوان إلى تبدلات في الملتحمة (جفاف الملتحمة) وتغيرات في القرنية (جفاف القرنية وتلينها) .

ويتحول الريتنول في الجلد إلى تشكل فيتامين آ الحامضي أو تريتينون عن طريق الأكسدة . ويؤدي عوز الفيتامين آ عند الأطفال إلى جفاف جلودهم وتوسفها ، لأن الغدد الزهمية ليست فعالة بشكل كامل عندهم . وتبدي الصورة النسجية ثخانة الطبقة المتقرنة ، وتقرناً جريبياً خفيفاً ، ونقصاً في فعالية الغدد العرقية . هذا ويحدث تأخر في نمو الجسم والعقل في الحالات الشديدة .

أما عند البالغين ، فيوجد ميل لحدوث فرط تقرن كما في السماك الشائع أو تقران جريسي (جلد الضفدع Phrynoderma) . وتكون جلودهم جافة ذات لون أبيض ضارب للرمادي ، ويلاحظ على النهايات وجود حطاطات متقرنة ، وتندس الأتنية العرقية والجريبات الزهمية كما هو الحال في التقران الجريسي (داء داريه) .

تشخيص عوز الفيتامين آ : يندر عوز الفيتامين آ في العالم الغربي ، غير أنه يمكن أن يحدث عند الأطفال الذين يوضعون على تغذية خالية من الحليب بسبب الأرج دون أن يتم تعويض الفيتامينات في قوتهم ، ويمكن التثبت من التشخيص بمعايرة مستوى الفيتامين آ في الدم .

ولم يثبت بعد ما إذا كان فرط التقرن الجريسي ناتج عن عوز الفيتامين آ أو عن نقص الفيتامين ث لأن عوز الأخير ، الفيتامين ث ، يؤدي إلى مثل هذه التغيرات .

فرط الفيتامين آ : لوحظ فرط الفيتامين آ عند استخدامه بكميات كبيرة في معالجة الصدف وغيره من الأمراض الجلدية الأخرى . وتؤدي الجرعة المفرطة Overdose الحادة من الفيتامين آ ، إلى الغثيان ، والصداع ، والإقياء وذلك خلال ساعات ، ويصبح الجلد قابلاً للانسلاخ Shed . أما فرط جرعة الفيتامين آ المزمن ، فيتظاهر بنقص وزن المريض ، والقهم وزيادة الميل للنوم . ويصبح الجلد جافاً جداً وخشناً وسريع التهيج . وتبدي الشفاء علامات التهاب الشفتين الجاف مع تشققات عديدة ونزوف . وتحدث هذه التغيرات نفسها في الأغشية المخاطية للأنف ، وتشكل أحياناً تقرانات جريبية على

يؤمن القوت الطاقة الكافية للعضوية ، ويمكن أن يؤدي نقص الوارد من الفيتامينات إلى حالات مرضية .

عوز الفيتامينات Avitaminoses :

عوز الفيتامينات حالة نادرة في البلدان المتقدمة . ولكن هذا عوز يمكن حدوثه إذا كان الغذاء الذي يتناوله الإنسان غير كاف وخاصة كمية البروتينات والفيتامينات ، أو في حالة لأمراض المعوية التي تؤثر على امتصاص الفيتامينات والاستفادة منها أو تؤثر على تركيبها في الجسم .

فرط الفيتامينات Hypervitaminoses :

ويحدث فرط الفيتامينات نتيجة تناول كميات زائدة من فيتامينات الذوابة بالدم ، أما الفيتامينات الذوابة بالماء فتطرح عن الطريق الكلوي .

الفيتامين آ Vitamin A :

الريتينول Retinol فيتامين ذواب في الدسم ، ويتركب في الحيوانات فقط . ويتم تناوله مع الطعام وخاصة الحليب ، والزبدة والبيض ، أما سلف الفيتامين Provitamins ألفا - ويتنا كارتوتين فيؤمن عن طريق الغذاء النباتي بشكل رئيسي . يخترن الفيتامين آ في الكبد والكلتين ، وهو ضروري من أجل نمو الطبيعي للنسج وللجلد أيضاً . ولقد أفادت الدراسات مخبرية أن زيادة فيتامين آ يمكن أن تعرض على تحول المخاطين في الظهاروم المتقرن ، وهي أيضاً ذات أهمية في تنظيم الفعالية الانقسامية للخلايا الظهارية ويلعب الفيتامين آ دوراً في تجريد الإنظيمات الحالة عن طريق خلق حالة من عدم الاستقرار في غشاء الجسيمات الحالة ، الأمر الذي يبين علاقة هذا الفيتامين بالتقرن .

عوز فيتامين آ : يشاهد عوز فيتامين آ في مجتمعات الصين ، وأفريقية ، والهند ويمكن أن يترافق مع أشكال أخرى من سوء التغذية .

الموجودات السريرية : العلامة السريرية المبكرة لعوز الفيتامين

قاعدة حمامية ، وتحدث حاصة منتشرة في طور انتهاء النمو Telogen .

يشكو بعض المرضى من آلام عظمية ومفصلية شديدة (ألم ، تورم ، وفرط تعظم قشري) وخاصة عند الأطفال ، وباعتبار أن الفيتامين آ يتخزن في الكبد لذلك فإننا نتوقع حدوث أذية في وظيفة الخلية الكبدية (ارتفاع في خمائر الترانس أميناز والفوسفاتاز القلوية) .

ويمكن ملاحظة هذه الأعراض نفسها أثناء المعالجة بالريتينويدات العظمية (الأترينات) أو بالإيزوترتينوين Isotretinoin (Cis retinoic Acid - 13) .

التشخيص : يوضع التشخيص استناداً لارتفاع مستوى فيتامين آ في المصل . وتشير الموجودات الشعاعية للعظام إلى فرط تعظم وخاصة عند الأطفال المصابين بفرط فيتامين آ المزمن .

المعالجة : تراجع هذه التغيرات المرضية عادة بعد إيقاف المعالجة بالفيتامين آ .

الفيتامين آ وحمض الفيتامين آ في المعالجات الجلدية :

تتضمن الصورة السريرية لعوز الفيتامين آ كما أسلفنا جفاف الجلد وتوسفاً سماكي الشكل وتقرانات جريية . ومن هذا المنطلق جرت محاولات لاستخدام الفيتامين آ موضعياً وزرقاً في معالجة السماك الشائع ، والأحمرية السماكية الشكل الولادية ، والنخالية الحمراء الشعرية ، وداء داريه ، والعد الشائع والزواني . وغالباً ما كانت هذه المحاولات غير ناجحة . إلا أن المعالجة المستمرة بالفيتامين آ كانت فعالة وخاصة في النخالية الحمراء الشعرية ، وداء داريه ، والعد الزواني . ومن المؤكد حدوث تأثير دوائي دينمي Pharmacodynamic في الجرعات العالية (٥٠ ... ١٠٠ ألف وحدة ٣ مرات يومياً أو أكثر من ذلك لمدة عدة أشهر مع مراقبة التأثيرات الجانبية بإجراء الفحوص اللازمة ولكن لم يعد ينصح بهذه المعالجة .

يمكن استخدام التريتينوين Tretinoin (حمض الفيتامين آ ، حامض ريتنويك) في هذه المعالجات ، هذا ويعتبر التريتينوين مهماً للنمو والعظام وتمايز النسيج الظهاري . وليس له أية تأثيرات على الجهاز التناسلي أو على الرؤية .

لا يتخزن التريتينوين في الكبد ولكنه سريع الانطراح عن طريق الصفراء على شكل غلوكورونيد Glucuronide . مقترن . وليس له أي تأثير على تركيب الشبكية الصباغي . وللتريتينوين تأثيرات كبيرة على تكاثر النسيج الظهاري وتمايزها . ويستعمل موضعياً في معالجة العد الشائع والاضطرابات القرنية الأخرى .

وتستخدم الريتينويدات العظمية جهازياً في معالجة الصدف الشائع ، والتقران الجريي ، والحزاز المسطح وأمراض أخرى . ويستخدم الإيزوترتينوين عن طريق الفم في معالجة العد الشائع الشديد وفي وردية الوجه والتهاب الجريبات بسليبات الغرام . ويجب أن لا ننسى أن جميع الريتينويدات ماسخة للأجنة .

الفيتامين ب Vit. B :

تتمتع مجموعة فيتامين ب الذواب بالماء بأهمية حيوية كبيرة في العضوية . أما عوز فيتامين ب الذي يتظاهر بأفات جلدية فقد عرفت عند حيوانات التجربة فقط لأن حالات العوز التي تُعزى لفيتامين واحد من هذه المجموعة تحدث في حالات نادرة وبشروط حيوية معينة .

فيتامين ب_١ (Thiamine) Vit B_١ :

يتواجد هذا النوع من الفيتامين في الأغذية المختلفة ولكنه يتواجد بكميات كبيرة في طبقة أليرون الحبوب Aleurone (الأرز ، القمح ، الشعير ، الجاودار) وكذلك في خميري الجعة والخبز . وتفتقد الحبوب كميات كبيرة من فيتامين ب_١ أثناء عملية قشرها . ويعتبر يروفوسفات فيتامين ب_١ تيم إنظيمي للكثير من الإنظيمات المهمة في استقلاب السكريات وله دور مميز في حلقة حمض الليمون .

يحدث عوز فيتامين ب_١ بشكل رئيسي عند الأشخاص الذين يعيشون على الأرز المقشور وتقتصر تغذيتهم عليه كما في جنوب شرق آسية ويحدث العوز أيضاً في الكحولية المزمنة .

الموجودات السريرية لعوز فيتامين ب_١ : إن الصورة السريرية المدرسية لعوز فيتامين ب_١ هي مرض البري - بري الذي يعتبر مرضاً شائعاً حتى يومنا هذا ، ويتميز بأعراض عصبية (اعتلال عصبي مركزي أو محيطي) ، وتبدلات قلبية ، ووذمة خاصة في براجم الأصابع واليدين والوجه ، بالإضافة إلى اضطرابات هضمية .

ولا تلاحظ آفات جلدية في عوز فيتامين ب_١ باستثناء الوذمة . وفي المعالجة الجلدية ، يعطى فيتامين ب_١ مع الفيتامينات الأخرى على شكل فيتامين ب مركب (البيروكسين ، سيانوكوبالين) وذلك لتهدئة الألم العصبي في الحلا النطاقي وكذلك في الأبحاث المزمنة (تقيحات الجلد) ولو أن ذلك ليس له ما يبرره .

فيتامين ب_٢ (الريبوفلافين) :

الفيتامين ب_٢ مشتق من مادة Isoalloxacin ، وهو واسع الانتشار في النسيج النباتية والحيوانية : ويتحد في الخلايا مع البروتينات على شكل فلاووبروتين Flavoprotein . والحليب

نصف هو الذي يحتوي على الريبوفلافين الحر ، ويعزى اللون الأصفر فيه إلى مقدار ما يحويه من هذا الفيتامين .

هذا ويلعب الفيتامين ب_٦ دوراً مهماً في تفعيل الإنزيمات ، وخاصة في السلسلة التنفسية .

الموجودات السريرية لعوز فيتامين ب_٦ : عوز هذا الفيتامين شكل مستقل غير شائع في الحالات الحيوية ، حيث يتم بسبب سوء التغذية أو الوجبات الغذائية غير الكاملة . وقد يحدث عوز في الاضطرابات المعوية المزمنة وفي خلل الامتصاص المعوي (التهاب الأمعاء المزمن ، نقص القدرة الإفراغية معشكلة ، الآفات البطنية وفي الأخماج المزمنة أو الأمراض نورمية) . ويتظاهر العوز بآفات فموية ، وعينية وتناسلية (المتلازمة الفموية العينية التناسلية) .

تظاهرات العوز في الفم : يظهر التهاب فم زاوي مع احمرار التهابي في صواري الشفتين ، وتحمّر الشفتان وتجف وتوسف وتصاب بالثشققات . ويصاب اللسان بالضمور ويبدو بلون أحمر ناعم . ويشكو المرضى من الألم أثناء تناول الأطعمة الحارة أو الحامضة .

تظاهرات العوز في العينين : تصاب العينان بالتهاب تحريشي ، والعلامة النوعية هي التهاب أجفان زاوي ، وقد يحدث التهاب ملتحمة وتكون أوعية في القرنية أحياناً مع ما يوافق ذلك من ضعف في البصر .

تظاهرات العوز في الجلد : يتوسف الجلد مقلداً بشكل يشابه التهاب الجلد المني ، إذ تصاب فروة الرأس ، والناحية الأنفية الشفوية ، وما حول العينين والأذنين .

وتحدث آفات حمامية وسفية في ناحية الصفن والفرج . وهذه العلامات هي عبارة عن علامات باكورة لعوز فيتامين ب_٦ . وتستجيب هذه الأعراض بسرعة للمعالجة بالريبوفلافين .

تظاهرات العوز في الأظفار : حدوث التهاب ما حول الأظفار (داحس) .

ويحدث لدى الأطفال الذين يعانون من عوز فيتامين ب_٦ تأخر في النمو أو نقص وبطء في زيادة الوزن إضافة إلى فقر دم صغير الكريات ناقص الصباغ .

المعالجة : يعالج هذا العوز بإعطاء فيتامين ب_٦ (١٠ مغ مرة إلى مرتين يومياً) وتأمين القوت الكامل للذين يؤديان إلى تراجع الأعراض .

فيتامين ب_٦ (النيكوتيناميد) العامل الواقي من البلاغرا : يتمتع الفيتامين ب_٦ وحمض النيكوتيناميد (النياسين)

بفعالية فيتامينية . ويدخل في تركيب العديد من نيمات الإنزيمات الهامة (Nicotinamide Adenine Dinucleotide) NAD^+ و $NADP^+$ (الفوسفات) ولذلك فهو يكتب أهمية كبيرة في تركيب العديد من الإنزيمات التي تتداخل في استقلاب البيروفات ، وتحلل السكر ، والسلسلة التنفسية والتركيب الحيوي للبتوز .

يتم إنتاج حمض النيكوتينك عند الإنسان والحيوان من التربتوفان وهو ليس فيتاميناً .

ويعتمد تركيبه الحيوي جزئياً على التيامين والبيريدوكسال . هذا ويشبه عوز حمض النيكوتينك الثانوي متلازمة هارنتب Hartnup في اضطرابات امتصاص التربتوفان النادرة . ويعتبر انخفاض مستوى التربتوفان في الذرة الصفراء مسؤولاً عن حدوث عوز فيتامين ب_٦ .

البلاغرة [Casal 1762] Pellagra :

التعريف : البلاغرة داء ينجم عن عوز حمض النيكوتينك أو عناصر أخرى في مركب فيتامين ب .

الحدوث : تشاهد البلاغرة في بلدان البحر الأبيض المتوسط . وقد كانت تشاهد في السابق في الولايات الأمريكية الجنوبية حيث كان السكان يعتمدون في غذائهم على الذرة الصفراء . ويمثل مستوى التربتوفان المنخفض العامل الرئيسي في نقص تركيب حمض النيكوتينك . أما في أوروبا وشمال أمريكا فتحدث البلاغرة بشكل إفرادي وذلك لدى المصابين باضطرابات عقلية ويرفضون الطعام ، والمشردين الذين يعتمدون في غذائهم على الخبز والبطاطا ، وفي الكحولية المزمنة والاضطرابات المعدية المعوية المزمنة .

يعتمد إنتاج حمض النيكوتينك على التربتوفان الذي يتناوله الفرد ، وهذا يفسر التهاب الجلد البلغري الشكل Pellagroid في متلازمة هارنتب ، وهو مرض وراثي ينتج عن اضطراب استقلاب التربتوفان والذي يتحسن بالمعالجة بـ حمض النيكوتينك . وقد يؤدي تناول إيزونيكتينيك هيدرازيد والصادات واسعة الطيف إلى أعراض بلغرية الشكل بعد تناولها لفترة طويلة . ونادراً ما تحدث البلاغرة عند مرضى السرطاني Carcinoid المعوي .

الموجودات السريرية : تتضمن الصورة السريرية النموذجية للبلاغرة تبدلات هامة في الجلد ، والسبيل المعدي المعوي ، والجهاز العصبي وقد تؤدي إلى الموت إذا أهملت المعالجة .

الموجودات الجلدية : تحدث التبدلات الجلدية في البلاغرة بسبب الشمس وهذا يفسر التوضعات المفضلة للمرض في المناطق المكشوفة من الجسم والمعرضة للشمس كظهر الأصابع

واليدنين ، ومقدم الظنبوب ، والوجه ، وأعلى الصدر والرقبة (شكل طوق كامسال) (راجع الشكل ٤٩ - ١) .

تبدأ الآفات الجلدية على شكل حمامى وذمية ذات حدود واضحة في المناطق المعرضة للشمس ، فهي تشبه حرق الشمس في بادئ الأمر ، ثم تأخذ لوناً أحمر مزرقاً أو لوناً بنياً محمراً . ويمكن أن يحدث توسف ناعم صفاحي الشكل في مركز البقع الحمامية على الأغلب مع توسف طوفي في محيط الآفة ، ويأخذ الجلد في هذه المناطق مظهراً شبيهاً بورق الرق Parchment وقد تتشكل حويصلات على سطح الحمامى المصبغة وقد توجد تقرحات مواتية في حالات نادرة .

قد تحدث آفات مشابهة نتيجة الاحتكاك المزمن ، أو الضغط أو الحرارة وهذا ما يفسر حدوث الآفات في الإبط والخصيتين . وإذا استمرت الحالة المرضية لفترة طويلة دون علاج ، يصبح الجلد المصاب ثخيناً وقد تظهر تشققات مؤلمة في مناطق المفاصل مع حدوث فرط تقرن منتشر على الراحتين . وتصبح المناطق المصابة قاسية وتغطي بوسوف كبيرة أو بجلب مدماة .

الأغشية المخاطية : وتظاهر على شكل التهاب فم ، أو التهاب لسان ، أو التهاب فرج . تبدو شفتا المريض جافتين جداً ومحمرتين وملتهبتين . ويكون اللسان أحمر لماعاً ، أو أرجوانياً ضارباً للزرقة أحياناً ، ويكون مظهره مشابهاً لمظهر التهاب اللسان من نموذج Moeller - Hunter .

ويصاب المرضى باللعاب Sialorrhea مفرط ، وحرقة في اللسان ، وقد يكون اللسان أسود وبريئاً .

السييل المعدي المعوي : يصاب المرضى بألم بطني وإسهال . ويلاحظ نقص في إفراز حمض كلور الماء المعدي في ٥٠٪ من الحالات .

الأعراض العصبية : يصاب المرضى باكتئاب متوسط الشدة وتتميز الحالات الخفيفة بالحمول . ويصعب تشخيص التهاب الأعصاب المحيطي ، والتهاب النخاع الشوكي ، والذهان Psychosis على أنها ناتجة عن البلاغرا إذا لم ترافق بأعراض جلدية .

سير المرض : إن ظهور الآفات الجلدية الفصلية وخاصة في فصلي الربيع والصيف تؤكد دور الضوء في حدوث المرض . وغالباً ما تشاهد حالات من البلاغرا المجهضة دون أعراض عصبية أو جهازية ، ويطلق عليها اسم البلغرافية Pellagroid . تستجيب الآفات الجلدية البلغرافية بسرعة بعد إعطاء حمض النيكوتينيك وتشفى بشكل نابذ تاركة وسوفاً خفيفة .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي للبلغرة

كل من البرفيرية الجلدية الآجلة ، ومتلازمة هارنتب ، وبعض التفاعلات الدوائية ، والتفاعلات الضيائية الأرجية المزمنة . وتفرق البلغرة عن الكواشير كور عند الأطفال بأن الأولى تحدث بشكل رئيسي عند البالغين ولا تسبب تبدلات في الأشعار أو الأظفار وخاصة في بدايتها عندما تظهر الأعراض الجلدية .

المعالجة : يعطى النياسيناميد Niacinamide بمقدار ١٠٠ - ٣٠٠ ملغ في اليوم لمعالجة الأعراض الجلدية . أما الأعراض العصبية والمضمية فتستجيب بشكل أقل وتحتاج لمعالجة إضافية بالفيتامينات ب الأخرى وقوت غني بالبروتينات (١٠٠ - ١٥٠ ملغ من البروتينات يومياً) .

هذا وتستخدم النيكوتيناميد في علاج بعض الأمراض الجلدية الأخرى ذات الأعراض البلغرافية الشكل أو ذات علاقة بالضياء كالحمامى عديدة الأشكال ، والذئب الحمامي القريصي ، والجلادات الضيائية ، ومتلازمة هارنتب . غير أن الفائدة منه لم تثبت بشكل قاطع بعد .

فيتامين ب٦ (بيريدوكسين) :

يعتبر الفيتامين ب٦ في شكله البيرودوكسال فوسفات Pyridoxal Phosphate تميم إنظيمات متعددة مسؤولة عن نزع الكربوكسيل ونقل الأمين في استقلاب الحموض الأمينية .

ويقوم أيضاً بتحويل حمض اللينوليك إلى حمض الأراشيدونك (البروستاغلاندينات) . يتواجد هذا الفيتامين في العديد من الأطعمة وخاصة الجزر ، والكبد ، واللحم ، والبيض والحبوب . وقد أثبت التجارب التي أجريت على الحيوانات أن عوز فيتامين ب٦ يؤدي إلى اضطراب في النمو ووجع (ألم) الأطراف ، وفقر دم صغير الكريات ناقص الصباغ ، بالإضافة إلى التشنجات .

ولقد لوحظت أعراض مشابهة عند الأطفال الذين يغذون بحليب مجفف ينقصه فيتامين ب٦ ناجم عن الإفراط في التسخين .

العلامات الجلدية بنقص الفيتامين ب٦ : نادراً ما تحدث علامات جلدية وتتصف بالث Seborrhea أو التهاب جلد مثير حول العينين ، والأنف ، والفم . والعلامات الجلدية في عوز الفيتامين ب٦ مشابهة للعلامات في عوز الفيتامين ب٦ . ويعزى إلى اضطراب في استقلاب الحموض الدسمة غير المشبعة . هذا ويمكن أن يحدث عوز الفيتامين ب٦ بسبب تناول بعض الأدوية كالميدرازين أو إيزونيكوتينيك هيدرازيد .

المعالجة : يعطى فيتامين ب٦ مع الفيتامينات الأخرى من مجموعة الفيتامينات ب في معالجة التهاب الفم الزاوي ، والتهاب اللسان ، وتشقق الصوارين Cheilosis . ويعالج التهاب

الأعصاب ، الناجم عن حمض الإيزونيكوتينيك في معالجة التدرن ، بفيتامين ب_{١٢} ، ولعل ذلك راجع إلى أن فيتامين ب_{١٢} ليس فعالاً عندما يكون بشكل مركب مع الفيتامينات الأخرى . ولذلك ينصح بإعطاء فيتامين ب_{١٢} مترافقاً مع المعالجة الدرنية بـ حمض الإيزونيكوتينيك هيدرازين .

فيتامين ب_{١٢} (كوبالمين) (Vitamin (Cobalamin) : B₁₂

يتواجد فيتامين ب_{١٢} في الأطعمة من منشأ حيواني (بروتينات حيوانية) ، وهو متوافر بكميات غزيرة في الكبد الطازج ، واللحوم ، والبيض ، ومشتقات الحليب . ويتسمي فيتامين ب_{١٢} من الناحية الكيميائية إلى مجموعة الكوبالمين ، وهي مجموعة من المواد ذات نظام حلقي معقد مرتبط بالبرفيرين وتحتوي على شارد الكوبالت في مركزها . ويعتبر فيتامين ب_{١٢} تمياً إنظيمياً للعديد من الإنظيمات .

الموجودات السريرية : تتضمن علامات عوز فيتامين ب_{١٢} فقر دم كبير الكريات مفرط الصباغ مع تبدلات مميزة في نقي العظام (فقر دم ضخم الكريات) وأعراض عصبية (تنكسات مختلطة تحت حادة) ، ناجمة عن آفات متعددة في النخاع الشوكي . ويمكن أن يصاب الأطفال بتأخر في النمو .

الآفات الجلدية : يشكو الأطفال الذين يعانون من عوز فيتامين ب_{١٢} من فرط تصبغ متناظر على الأطراف (الراحتان والأخصان) ، والأوجه الظهرية لليدين والقدمين ، والمفاصل والثلث السفلي من الأطراف . تتحسن هذه الأعراض بسرعة عقب المعالجة بفيتامين ب_{١٢} .

التهاب اللسان لوللر - هاتر : تتظاهر التبدلات المخاطية الفموية ببقع مفرطة النمو ذات لون أحمر داكن . تحدث باللمس حس حرق شديد وهي مظاهر نوعية في فقر الدم الويل . وبالتالي يمكن أن يحدث ضمور في المخاطية اللسانية ، (راجع الفصل ٣٣ بحث التهاب اللسان) .

المعالجة : يعطى الفيتامين ب_{١٢} أيضاً في حالات الألم العصبي عقب الحلاّ النطاقي دون وجود حالات عوز ولا زالت التقارير غير كافية حول مدى جدواه .

حمض الفوليك (حمض بتيرويل غلوتاميك) (Folic Acid (Pteroylglutamic Acid) :

يتواجد حمض الفوليك بشكل واسع في الطبيعة ، ويتوفر بكميات غزيرة عادة في الكبد والخضار والفواكه الطازجة . وينتج النبيت الجرثومي في الأنبوب الهضمي كميات كبيرة من حمض الفوليك أيضاً . ويلعب هذا الحمض الذي يكون على

شكل حمض تتراهيدروفوليك عند الإنسان دوراً هاماً في نقل المركبات الوحيدة الكربون وخاصة في عمليات تركيب أسس البورين في التركيب الحيوي للحموض النووية . ولهذا فهو يعتبر عاملاً في النمو والانقسام الخلوي . ويجب أن يتحول حمض الفوليك إلى حمض تتراهيدروفوليك ليكون فعالاً ويقوم بهذه الأعمال الحيوية .

ويعتبر كل من حمض الفوليك ومكوناته ، وحمض ب أمينوبنزويك P - Aminobenzoic (حمض ن - نورميل تتراهيدروفوليك ، عامل سيتروفوروم) ، عوامل نمو للجراثيم . وتشابه السلفوناميدات في تركيبها حمض ب - أمينوبنزويك ، وتتحد مع جزيء حمض فوليك إلا أنها غير فعالة كتميم إنظيمي ، وهي بذلك تثبط النمو الجرثومي .

الموجودات السريرية لعوز حمض الفوليك : تتضمن العلامات الرئيسية لعوز حمض الفوليك : فقر دم كبير الكريات مفرط الصباغ ، وقلة المحبيات والصفائح . وتؤدي التبدلات في مخاطية السبيل الهضمي إلى حدوث الإسهال والهزال . وليس ثمة أعراض جلدية محددة معروفة ناجمة عن عوز حمض الفوليك .

يؤدي إعطاء جرعات زائدة من مضادات حمض الفوليك كالميتوتركسات ، وخاصة في معالجة الصدف ، إلى حدوث تبدلات سريرية شديدة تتظاهر على شكل التهاب فم شديد ، وخاصة منتشرة انسامية المنشأ ، وتآكلات جلدية . وتحدث التبدلات كذلك في استقلاب الصباغ ، فتتظاهر بفرط تصبغ بقعي على الراحتين والأخصان وفي الثنيات الجلدية أيضاً . ويمكن أن يحدث نقص واضح بـ حمض الفوليك في الأمراض الجلدية المنتشرة أو المعممة كالأحمرات (الأحمريات) .

حمض البانتوتينيك (Panthothenic Acid :

ينتمي حمض البانتوتينيك إلى مركب الفيتامين ب . ويتواجد بوفرة في البيض والكبد ، والخميرة والحبوب germs of cereals ، وتقوم الإشريكية القولونية بتركيبه في السبيل الهضمي ويؤلف حمض البانتوتينيك تمياً للإنظيم آ ، ولذلك فهو ذو أهمية في استقلاب السكريات والحموض الدسمة . ولقد تبين في التجارب على الحيوانات أن عوزه يؤدي إلى اضطرابات غذائية Trophic في الجلد (التهاب جلد الدجاج - تحول لون الشعر إلى الرمادي) والمخاطيات (التهاب فم ، التهاب أنف ، التهاب معدة وأمعاء ضموري) ، وتبدلات عصبية (ضعف عضلي) ، مذل وضمور قشر الكظر . وكان عوز حمض البانتوتينيك مرتبطاً في بعض الحالات مع التهاب اللسان ، واضطرابات نمو الأشعار ، وتأخر شفاء الجروح . وهذا وإن عوز حمض البانتوتينيك عند الإنسان غير معروف .

المعالجة : غير واضحة الاتجاه .

فيتامين ث Vit C :

يشتق الفيتامين ث الذواب في الماء ، من السكريات ويتواجد في الفواكه الطازجة والخضار وهو متوفر بكميات كبيرة في الحمضيات ، وأنواع التوت Berries ، نبات الملفوف ، البقدونس ، والفليفلة . ويتواجد الفيتامين ث في الخلية إما على شكل حمض أسكوربيك - L-ascorbic أو على شكل حمض دي هيدروأسكوربيك L-Acid أو على شكل hydroascorbic Acide وهو الشكل المؤكسد له . وللفيتامين ث أهمية كبيرة في الاستقلاب ويتداخل الفيتامين ث في فعالية مصورات الليف (الأرومة الليفية) لتشكيل النسيج الضام ، وخاصة في تركيب الكلاجين كعامل مساعد في هدر كسلة البرولين المرتبط بالبيتيد كما أن تصنيع المادة الأساسية لما بين الخلايا في الظهارة يتطلب الفيتامين ث . ويحتاج تصنيع المادة الأساسية ما بين الخلايا للفيتامين ث . ولسنا هنا بصدد تبيان جميع خصائص الفيتامين ث في هذا الفصل .

يحدث عوز فيتامين ث نتيجة للقوت المحدد الذي تقل فيه الفواكه والخضار الطازجة والبطاطا (في الشتاء ، والرحلات البحرية ، والسجن وفي الأمراض المعدية المعوية المزمنة ، أو بعد الانحماج (حيث تزداد الحاجة للفيتامين ث) . ويؤدي عوزه إلى داء البقع (داء الحفر Scurvy) الذي تختلف أعراضه لدى الأطفال والبالغين .

البقع عند البالغين Scurvy In Adults :

من المعروف من خلال الدراسات التي أجريت على الإنسان أن داء البقع يبدأ بقران الجريبات الشعرية وتوسعها وغالباً ما يكون ذلك على النواحي الوحشية لأعلى الساعدين . وخلال بضعة أسابيع تنتشر القرانات الجريبية وتصيب الناحية الأليوية ومنطقة الظنبوب ، ويحدث النزف . وتحاط كل واحدة من القرانات الجريبية بهامش نزفي ويلاحظ أيضاً وجود حطاطات نزفية مفرطة القران وخاصة على الساقين . وتعتري اللثة جملة تبدلات بما فيها النزف .

يتأخر شفاء الجروح وذلك لأن فيتامين ث ضروري لتركيب الكلاجين . وتكون الجروح الحاصلة أثناء العوز متميزة بالاحمرار أو مزرقة بسبب النزف . ويحدث الميل للنزف من جراء نقص المواد الأساسية الداعمة لجدر الأوعية بسبب عوز الفيتامين ث (الفرورية الوعائية) .

تشمل التغيرات المخاطية البدئية اعتلال ما حول السن والتهاب في اللثة (البقع) . وقد أظهرت التجارب بأن الأعراض الأولية لعوز الفيتامين ث تظهر خلال ٦ أشهر ،

وتتضمن : حمى ، وتورماً ، ونزفاً في اللثة (منطقة الأعراف ما بين الأسنان) . ويحدث النزف أولاً ، ثم يتبعه التهاب اللثة الاسفنجي الذي يترافق بتخلل الأسنان وفقدانها ، وأخيراً ينتهي الأمر بحدوث التقرح النخري .

الشع عند الأطفال : (مرادفات داء مولر - بارلو Moeller 1859 1973 Barlow) . أصبح هذا الداء نادراً بسبب غنى تغذية الأطفال بالفيتامين ث ، ولكن قد تشاهد بعض الحالات عند الأطفال الذين تقتصر تغذيتهم على الحليب المعقم وذلك خلال الستين الأولتين من العمر ويصبح المرض نادر لدى الأطفال المقطومين . وقد يحدث الداء نتيجة لسوء الامتصاص في التهاب الأمعاء المزمن الذي يؤدي لعوز الفيتامين ث .

تلاحظ تغيرات نوعية في اللثة فيميل لونها إلى الأحمر المزرق وتورم وتزف ويصاب الطفل باضطراب في التنين . وتلاحظ بقع نزفية حبرية (فرورية وعائية) ، وخاصة على العنق والكفين ، ويمكن أن تلاحظ النزف في الملتحمة أيضاً . ويمكن أن تؤدي النزف في السبيل الهضمي إلى الإسهال . ويترافق بوجود الدم في البراز . وتشمل التبدلات البولية يلة دموية مجهرية أو عيانية .

والعلامات المميزة المرضية لعوز فيتامين ث هي حدوث الألم في الأطراف السفلية ، بحيث تكون أقل هزة كافية لجعل الطفل يتلوى من الألم (ظاهرة الدمية المتحركة) . وينجم هذا الإيلام عن حدوث نزف تحت السمحاق ، وخاصة في المناطق التي لا تزال المشاشات فيها غير مغلقة ويترافق بتورم وألم ملحوظين في المناطق المصابة . وتشمل اللوحة السريرية أيضاً اضطراباً في التعظم الغضروفي ، ولا تلاحظ القرانات الجريبية النزفية التي تشاهد عند البالغين .

المعالجة : يؤدي إعطاء ٥٠٠ - ١٠٠٠ ملغ من فيتامين ث/يومياً للبالغين ، و ١٥٠ - ٣٠٠ ملغ/يومياً للأطفال إلى الشفاء السريع .

الفيتامينات د ، ي ، هـ ، ك Vitamins D, E, H, and K :

فيتامين د Vitamin D :

ثمة سلسلة من الستيرويدات ذات فعالية فيزيولوجية متشابهة . وينجم فيتامين د عن تشعيع الأروغسترون . أما الشكل الأكثر فعالية فهو ٢٥ - دي هيدروكسي كولي كالسيفرول . وينتج الشكل الفعال من الفيتامين د في الجلد بفعل الأشعة فوق البنفسجية من ٧ - دي هيدروكوليسترول . ولهذا السبب لا تعرف حالات من عوز فيتامين د في الجلد . وتكمن أهمية فيتامين د الكيميائية الحيوية في امتصاص الكالسيوم

الغشاء الخلوي .

يترافق عوز فيتامين ي في الحيوانات بنقص الإنطاف Spermatogenesis ، وضمور الخصيتين ، والعقم ، وميل لحدوث الإجهاض . ويذكر أيضاً أن عوزه هو المسؤول عن وذمة الوليد الخديج . وليس ثمة علامات جلدية خاصة لعوزه .

المعالجة : يستعمل في المعالجة لفترات طويلة وبمقدار ٥٠ - ٣٠٠ ملغ يومياً ونتائج هذه المعالجة تعتمد على الخبرة ولكنها ليست مؤكدة .

يستخدم في أمراض النسيج الضام (التهاب الجلد والعصل ، تصلب الجلد المجموعي المترقي) والورم الليفي (تقفع دوبران ، جسوء الجسبات الكهفية في القضيب) ، ومتلازمة الظفر الأصفر ، واضطرابات الإخصاب (قلة الحيوانات المنوية دون وجود تبدلات هرمونية واضحة) . ويستخدم كذلك في انحلال البشرة الفقاعي الحثلي ، البرفيرية الجلدية الآجلة حيث يستخدم بجرعات عالية (٦٠٠ - ١٨٠٠ ملغ/يومياً عند البالغين . ومن وجهة نظرنا ، لا تحقق المعالجة بالفيتامين ي إلا نتائج ضئيلة .

فيتامين هـ (بيوتين) Vitamin H (Biotin) :

وهو فيتامين ذواب في الماء ، ويتواجد بغزارة في الكبد ، والخميرة ، والحليب ومخ البيض . وهو عامل نمو للخمائر . وعامل شافي في الأذيات البروتينية . ولقد أظهرت التجارب أن عوزه عند الحيوانات يؤدي إلى التهاب جلد تقشري معمم ، وآلام عضلية ، وضعف عام . ولا يوجد استخدام علاجي لهذا الفيتامين .

فيتامين ك Vitamin K :

ينتمي الفيتامين ك الذي يتواجد في النباتات العليا ، والفيتامين ك الذي تركبه الجراثيم إلى فيلوكينون Phylloquinone ويشتهق من ٢ - ميتيل - ١ - ٤ نافثوكينون (Menadione) والميناديون هو المشتق الفعال حيوياً . وتقوم الإشريكيات القولونية بتركيب الفيتامين ك عند الإنسان في الأمعاء ، ويعتبر الفيتامين ك ضرورياً لتركيب البروترومين في الكبد ، وهو أيضاً معني بتركيب عوامل تخثر الدم الأخرى . كما أن لهذا الفيتامين تأثيراً وعائياً في الشعريات الدموية .

يحدث عوز الفيتامين ك في اليرقان الانسدادي ، واضطرابات وظائف الكبد ، والاضطرابات التي تؤدي إلى خلل تركيب الفيتامين ك (اضطرابات نبيت الأمعاء ، المعالجة الكيميائية ، المعالجة بالصادات) ، أو بعد استعمال طويل الأمد للأدوية المضادة لاستقلاب فيتامين ك كمشتقات الكومارين أو

وتكلس العظام عند اليافعين ، وامتصاص الكالسيوم وتحرك الكالسيوم من العظام عند البالغين . إضافة إلى أن فيتامين د ينظم التوازن الدموي بين الكالسيوم والفوسفات .

عوز فيتامين د : يؤدي عوز هذا الفيتامين عند الأطفال إلى حدوث الرخد Rickets وبالتالي إلى عوز الكالسيوم وخاصة في الأماكن ذات الاحتياج الأعظمي له وهي مناطق التعظم الغضروفي . ويحدث تلين عظام Osteomalacia عند الكبار إذا انخفض تناول فيتامين د انخفاضاً شديداً (المقدار الطبيعي ٤٠٠ - ٨٠٠ وحدة يومياً) .

فرط فيتامين د : يحدث فرط هذا الفيتامين بسبب الجرعة الزائدة والمزمنة منه ، أو بسبب زيادة الحساسية تجاهه . ويحدث ذلك عند مرضى الغرناوية (الساركويد) وخاصة بعد تعرضهم المديد للشمس ، ويؤدي إلى فرط كلس الدم الذي يتراجع عادة بالمعالجة الستيرويدية .

وقد كان فرط الفيتامين د أكثر شيوعاً في السابق وذلك نتيجة معالجة الذأب الشائع ، والصداف والغرناوية بجرعات عالية من فيتامين د ولفترة طويلة . وكان الفعل الواعد للفيتامين د في هذه الأمراض يتركز على تأثيره على استقلاب المعادن .

وعلى أي حال ، فإن فرط الفيتامين د له تأثيرات جانبية خطيرة في بعض الأحيان ، وخاصة عند غياب المراقبة الطبية حيث ترتفع البولة الدموية وكالسيوم المصل . وقد يحدث تعدد بيلات ، وبيلة الأحين ، ونعاس ، وصداع وارتفاع التوتر الشرياني . كل ذلك يدل على فرط الفيتامين د إضافة لذلك يمكن حدوث تكلس نقيلي في الأوعية الدموية وخاصة في الرئتين والعضلة القلبية والكليتين والجلد . ولهذا السبب فإن الجرعات العالية من فيتامين د لم تعد مستحسنة .

تعالج حالات فرط الفيتامين د بتخفيض المتناول منه قدر الإمكان ، وتناول السوائل بكثرة ، والعلاج الجهازى بالستيرويدات .

فيتامين ي Vitamin E :

الفيتامين ي فيتامين ذواب في الدسم ، وتركيبه هو ألفا - توكوفرول tocopherol ، ينتسب كيميائياً إلى زمرة الكينونات Chinons . يتواجد هذا الفيتامين بكميات ملحوظة في لب القمح ، والخضار ، والزيوت النباتية والمارجرين . ويوجد أعلى تركيز له في اللب Colostrum ويقوم الفيتامين ي بدور مضاد للأكسدة حيث يمنع الأكسدة العفوية للمركبات اللامشعبة وخاصة تركيب البيروكسيدات Peroxides من الحموض الشحمية اللامشعبة في شحميات

وقلة الصفائح ، وعوز فيتامين ث ، على الاختبارات الموافقة (زمن النزف ، والتخثر ، وزمن البروترومين .. إلخ) .

المعالجة : يستعمل فيتامين ك_١ في حالات النزوف أو خطر حدوث النزوف في حالات نقص البروترومين ، ويستعمل أيضاً عندما تستخدم مشتقات الكومارين بجرعات عالية وفي حالات النزوف عند الولدان .

مركبات حمض الصفصاف . ولهذا يجب مناصرة زمن البروتومبين عند استخدام المعالجة بالديكومارول .

ويحدث في عوز فيتامين ك ميل عام للنزف ، وغالباً ما يكون النزف الكلوي هو العلامة الأولى . ويلاحظ الحبر والكدمات على الجلد في مناطق الرضخ الطفيف . وقد تحدث أورام دموية شديدة تحت الجلد وفي العضلات . ويعتمد تفريق هذه الحالة ، أي عوز فيتامين ك ، عن الأمراض النزفية الأخرى كالناعور ،

الفصل الخمسون

الأدواء الحبيومية المجهولة السبب

Granulomatous Disease of Unknown Etiology

د . عبد الحكيم عبد المعطي

يتناول هذا الفصل مجموعة من الأدواء الجلدية المجهولة السبب التي تتميز بمظهر مجهري مشترك هو الإلتهاب حبيومي Granulomatous inflammation . كما تتصف جميع هذه الجلادات من الناحية السريرية بظهور الآفات الجلدية نينية الحمرة أو الزرقاء الحمرة ، وبسببها المزمن .

الغَرَنَائِيَّة Sarcoidosis (الساركويد) [Hutchinson ١٨٧٧ ، Besnier ١٨٨٩ ، Boeck ١٨٩٩ ، Schaumann ١٩١٧] :

المرادفات : غَرَنَائِيَّة بيك Boeck ، داء به نيه - بيك - شومان Boeck - Schaumann - Besnier ، الذئباني الدخني السليم ، الورام الحبيبي اللمفي السليم .

تعريف : الغرنائية داء مجموعي مجهول السبب ، يتصف من الناحية النسجية بتشكيل حبيوم الخلية الظهارانية اللاتجني . والأماكن الإنتقائية للإصابة هي : العقد اللمفية المنصفية والمحيطية ، والرئتان ، والكبد ، والطحال ، والجلد ، والعينان ، والصلبانيات ، والغدة النكفية . يحدث في هذا الداء تعطل للسليين Tuberculin anergy بشكل نسبي أو مطلق .

الحدوث : تحدث الغرنائية في جميع أنحاء العالم ، ويختلف معدل حدوثها بين بلد وآخر ، فهي شائعة في الدول الاسكندنافية ، والمملكة المتحدة ، وجمهورية ألمانيا الاتحادية ، وتقدر المراضة Morbidity في المملكة المتحدة بعشرين مريضاً لكل مئة ألف من السكان . ومن النادر جداً حدوث هذا الداء في المناطق الواقعة بين خطي العرض عشر شمالاً وعشر جنوباً ، تُصيب الغرنائية بشكل عام كلا الجنسين ، بينما تُصيب غرنائية الجلد النساء أكثر من الرجال . يتراوح سن البدء غالباً بين ٣٠ - ٥٠ سنة ، وينقص حوالي عشر سنوات عند الذين يُصابون أولاً بالحمى العقدية . يترافق هذا الداء على الأرجح مع مستضد الهلا - ب ٧ (HLA - B7) .

الإمراض : ما زال سبب الغرنائية غير معروف حتى الآن . وكان من المعتقد سابقاً وجود صلة بين الغرنائية والتدرن . بيد

أن التحول من الغرنائية إلى التدرن ، والذي يحدث في بعض الأحيان بسبب المعالجة بالستيرويدات القشرية السكرية ، قد وُصف عند حوالي ٢٠٪ من الحالات فقط . وكذلك لم يُؤكد الدور السببي للمتفطرات الخمجوة بالعائيات - Phage infected mycobacteria ، فالمرضى المصابون بالغرنائية لا يشكلون الأضداد المُعدلة للعائيات Phage - neutralizing antibodies . وأخيراً تم اتهام الشكل الأرومي الأولي Protoblast للمتفطرة السلية بأنه الكائن الحي المسبب . إن النقص الذي يحدث في التفاعل الآجل عند مرضى الغرنائية قد تكون له دلالة إمرضية . كما أن النقص الذي يحدث في تفاعل السليين يمكن إظهاره أيضاً بمستضدات أخرى (بالإختبار داخل الأدمة) مثل : مستضد التُّكاف ، ومستضد الشاهوق ، والتريكوفيتين Trichophytin ، والكانديدين Candidin . تنقص عند مرضى الغرنائية استجابة اللمفاويات للتنبه في الزواج بالراصصة الدموية النباتية Phytohemagglutinin ، ويضطرب عندهم توازن اللمفاويات الثائية الكابتة (CD8) Suppressor والمؤازرة (CD4) Helper بسبب فرط الخلايا الكابتة (CD8) . هذا وتحرر اللمفوكينات تتفعل اللمفاويات البائية فيؤدي ذلك إلى ازدياد إنتاج الغلوبولينات المناعية . والأمر الذي يستحق الذكر هو ازدياد الغلوبولينات - غاما globulins - ٧ في سياق الحالات الشديدة من الداء . (راجع الشكل ٥٠ - ١) .

عند الحديث عن الإمراضية في هذا الداء ، والتي تتوضح حديثاً بكشف الشذوذات المناعية ، فإنه يجب ألا ننسى أنه يمكن لعوامل أخرى أن تلعب دوراً هاماً ، فتوافق حدوث الداء عند توأم وحيد الزيجوت Monozygotic twins إنما يشير إلى وجود عامل وراثي ، والذي يشير إليه أيضاً عدم حدوث الغرنائية عند هنود أمريكا .

نبذة تاريخية : وصف هتشنسون Hutchinson الآفات الجلدية للغرنائية في عام ١٨٧٧ . ووصف به نيه Besnier في عام ١٨٨٩ آفات جلدية زرقاء حمرة ، توضع على الوجه وبخاصة الأنف ، وترافقت بتورمات في الأصابع ، وأطلق عليها اسم الذأب الشرطي Lupus pernio . لقد اختار به نيه هذه التسمية لأن الآفات كانت تشبه داء الشرث Perniosis من الناحية السريرية ، كما أنها أبدت من الناحية النسجية ارتشاحات ذئبانية . وصف بيك Boeck في عام ١٨٩٩ المظاهر الجلدية للغرنائية وأطلق على الآفات اسم غرنائي الجلد المتعدد السليم Multiple benign sarcoid of the skin أو الذئباني الدخني السليم Benign miliary lupoid ، واختار بيك العبارة الأخيرة على أساس التشابه السريري للآفات مع الذأب

الفشاحي (fissuratum)، والذآب الشائع .

نمط العقيدات الصغيرة المنتشرة (الذآباني الذخني السليم *Benign Miliary Lepoid*) : يتصف هذه النمط بظهور طفوح معزولة مؤلفة من حطاطات أو عقيدات صغيرة ، مبعثرة على نحو كثيف ، ومتجمعة في قسم منها ؛ وكثيراً ما نشاهد آفات من النمط الحزازاني . تأخذ الاندفاعات مقياس (١ - ٣) ملم وتتلون باللون البني الأحمر أو الأزرق الأحمر ، وتُبدى بالمعانة الشفوية *Diascopy* رشاحة ذآبانية رمادية مُصْفرة مُبْقَعَة بشكل ناعم ، ومن هنا أتت تسمية الداء بالذآباني الذخني السليم ، يُفَرَّق هذا النمط من الغرناوية عن الذآب الشائع بلون آفاته الأفتح كثيراً ، وبعلامة المسبار *Probe sign* التي تكون سلبية دائماً . كما تندر في هذا الداء التبدلات الثانوية من توسف وتآكل وتقرح . أما المناطق الانتقائية للإصابة فهي : الوجه ، والجوانب الباسطة للأطراف ، ونادراً ما تكون في الجذع والأغشية المخاطية . (راجع الشكل ٥٠ - ٢) . قد تظهر الحطاطات أو العقيدات بمظهر حلقي الشكل (النمط الحلقي *Annular type*) بسبب حدوث الشفاء المركزي الذي يترك وراءه ضموراً سطحياً ، وقد تُصبح الآفات مفرطة التصبغ تدريجياً ، وتُشابه عندئذ كثيراً آفات الذآب الشائع . كما قد تظهر الشعيرات المتوسعة في المراحل الأخيرة . يمكن لهذا النمط من الغرناوية أن يظهر دون تظاهرات الغرناوية الأخرى ، فيصعب عندئذ تفرقه سريرياً عن الطفحة السلية الحزازانية ، وعن الحبييوم الحلقي . أما الإنذار فهو جيد عادة .

الغرناوية المتحلقة *Circinate Sarcoidosis* على المحبة أو الوجه أو مؤخر العنق : آفة سريرية لافتة للنظر إلى حد كبير ، وتتصف باندفاعات ملتفة على شكل الشريط ، تأخذ اللون الأحمر المُصفر ، وغالباً ما تكون مرتفعة قليلاً ، وقد تُبدى توسفاً خفيفاً . تُظهر المعانة الشفوية *Diascopy* ارتشاحاً ذآبانياً نموذجياً جيداً ، وتكون علامة المسبار *Probe sign* سلبية . تمتد الآفات بشكل نابذ وتشفى مركزياً ، وتُخلف وراءها زوالاً في الصباغ وضموراً هُشاً . يُفَرَّق هذا النمط من الغرناوية عن الحبييوم الحلقي وعن الشكل الحلقي من البلي الفيزيولوجي الشحماني المتوضع على الفروة ، فكلاهما يشبه الغرناوية المتحلقة سريرياً ، وقد نلجأ للوصول إلى التشخيص إلى إجراء الفحص النسيجي مع استخدام ملونات الدم (راجع الشكل ٥٠ - ٣) .

نمط العقيدات الكبيرة : يتصف بظهور عقيدات أو لطخات

الشائع . لقد ازدادت معرفتنا بهذا الداء وإصابته للأعضاء المختلفة عن طريق شومان *Schaumann* ، الذي تعرف أيضاً على الآفات الرئوية ، وأطلق على الداء اسم الورام الحبيبي اللمفي السليم *Lymphogranulomatsis benigna* على افتراض أنه داء يُصيب الجهاز اللمفي . وفي عام ١٩٢٠/١٩٢١ وصف يونغ لنج *Jüngling* ما يُدعى بالتهاب العظم الصدري الكيسي المتعدد *Osteitis tuberculosa multiplex cystica* ، والذي تبين مؤخراً أنه تظاهرة عظمية للغرناوية . وأخيراً ، تبين أن الداء المتوضع في العقد اللمفية المنصفية ، المترافق أو غير المترافق بالحمى العقدية ، إنما يُشكل المرحلة المبكرة من الغرناوية (James ١٩٦١) ، علماً بأن التعبير المقبول عالمياً في الوقت الحاضر هو الغرناوية *Sarcoidosis* .

الموجودات السريرية : تحدث الآفات الجلدية عند ٤٠٪ - ٥٠٪ من المرضى ، ويُصاب الجلد عادة متأخراً عن بقية الأعضاء ، باستثناء الحمى العقدية العَرَضِيَّة .

الحمى العقدية *Erythema Nodosum* : تُعد الحمى العقدية التظاهرة السريرية النموذجية للمرحلة المبكرة الحادة - تحت الحادة من الداء ، وتُلاحظ عند ٣٠٪ من جميع مرضى الغرناوية ، ولم يتضح بعد فيما إذا كانت هناك علاقة إمراضية سببية بالغرناوية . هذا وتُصاب النساء الشابات بصورة رئيسية (من أجل التفاصيل انظر الفصل ١٤) .

متلازمة *Löfgren* (١٩٤٦) : تتصف هذه المتلازمة بالحمى العقدية ، وضخامة العقد اللمفية المنصفية بالجانبين ، وفرط الأرجية *Hypergy* أو التعطل *Anergy* عند إجراء اختبار السلين داخل الأدمة . ومن هنا فإن متلازمة *Löfgren* تُعد المرحلة المبكرة من الغرناوية الحادة . أما إنذار هذه التظاهرة الغرناوية فهو جيد .

الذآباني الوعائي *Angiolipoid* (متلازمة بروك - بوتريه *Brocq - Pautrier*) (١٩١٣) : يُصيب هذا الشكل المزمن من الغرناوية الجلدية النساء عادة ، وتظهر الآفات على الوجه ، والمنطقة الانتقائية هي مكان استناد النظارات على الأنف . تكون الآفات لينة كالوسادة ، وتأخذ اللون الأحمر - البني أو البني الأزرق ، وتترافق بتوسع واضح في الشعيرات ، يختفي عند ضغطه بِمِلْوَق زجاجي *Spatula* لتكشف الرشاحة الذآبانية الصفراء - الرمادية الرائقة . هذا ونادراً ما تراجع الآفات عفوياً ، وكثيراً ما تحدث الرَّجْعَة *Recurrence* حتى بعد العلاج بالستيرويدات القشرية الموضعية .

يشمل التشخيص التفريقي : اللمفوم الكاذب ، والحبييوم الحمض الوجهي ، والشوكوم المتشق *Acanthoma*

(٥) يُدعى أيضاً الحبييوم المتشق ، أو شوكوم إطار النظارات *spectacle frame acanthoma* - (المترجم) .

ولا بد من إجراء استقصاءات الغرناوية الأخرى أيضاً . يمكن لفرناوية الندبات أن تحدث في سياق المرحلة الباكورة أو في سياق المرحلة المزمنة من الداء ، ويجب تفريقها عن حبيومات الجسم الأجنبي الغرناوية Sarcoidal ، وعن الذأب الشائع .

الأعراض : تكون الآفات الجلدية في الغرناوية غير حاككة عادة ، ولما تحدث تبدلات ثانوية على سطح الجلد من توسف أو تجلب أو تقرح إلا عند السود ، لكن يمكن أن تظهر في الذأب الشرطي Lupus pernio تقرحات وندبات ضمورية .

إصابة الأغشية المخاطية : يمكن أن تصاب الأغشية المخاطية في سياق الغرناوية ، فتصاب مثلاً : المتحمة ، أو مخاطية الأنف (خاصة في الذأب الشرطي) ، أو اللوزتان ، أو مخاطية الحنجرة ، وقد تصاب المخاطية القموية واللثة أيضاً . تتظاهر الإصابة المخاطية بالأشكال التالية عادة : عقيدات متعددة منتفخة زجاجية المظهر ، أو عقد ، أو لويحات مُصفرة منتشرة يمكن أن تتقرح . تُبدي المعانة الشفوية ارتشاحاً ذأبانياً ، وقد تؤدي الارتشاحات ، وبخاصة على الأنف ، إلى تآكلات يتلوها التليف والتضيق .

الموجودات المجموعية : إن ما تُنتجها الغرناوية من آفات متنوعة في الأعضاء الداخلية والأنسجة المختلفة عن طريق حبيوم الخلية الظهارانية قلما نراه في أي داء آخر . قد تُقلد الغرناوية في مرحلتها الباكورة التدرن ، فيُبتلى المريض بالانحطاط العام ، وفقدان الوزن ، والإنهاك ، والحمى ، والتعرق الليلي ، والأعراض الرئوية . ومع استمرار الداء تظهر عنده علامات إضافية مثل الحمى العقدية التي تترافق بضخامة العقد اللمفية المنصفية أو بالتهاب النكفية . وحتى في المرحلة المزمنة من الداء فقد يُعاني المريض من أعراض هامة بسبب التبدلات المرضية التي تُصيب الأعضاء المتنوعة في سياق الداء البؤري أو المجموعي .

التبدلات الرئوية : وهي تبدلات شائعة . تتجلى الإصابة الرئوية في المرحلة الباكورة (المرحلة الأولى Stage one) بضخامة العقد اللمفية النقرية Hilar nodes ، حيث تتضخم هذه العقد لدى حوالي ٩٠٪ من المرضى المصابين بالحمى العقدية أو بالتظاهرات الجلدية للغرناوية ، وينشأ عنها في المرحلة الثانية (Stage 2) انتشارات شبكية ، خاصة في الساحتين الرئويتين الوسطى والسفلية ، وتترافق هذه الانتشارات بتجرّع الرئتين Morbling^(٥) وبصفوف من العقيدات التي تُعطي مظهراً يشبه عقداً من اللآلئ ؛ ومن الشائع في هذه المرحلة حدوث درجة معينة من الإنسداد التنفسي . أما في المرحلة الثالثة (Stage 3) فيتطور التليف الرئوي ، وقد يعاني المريض من الزُّلة الشديدة ،

(٥) أي كجزع المرمر أو الرخام (المترجم) .

سجة حمراء أو زرقاء حمراء ، قوامها قاسٍ إلى حد ما ، وقد يصل قصره إلى عدة سنتيمترات ، وقد يُبدي مظهراً كُتلياً Lumpy (كبير الكتل) . ثم يظهر بعد فترة طويلة من الزمن كثير من الشعيرات المتوسعة الغليظة ، وقد يؤدي شفاء العقيدات مركزياً إلى انكماشها . أما المناطق الانتقائية للإصابة فهي : خروقة الأنف وجسره ، والخدان ، وشحمة الأذن بشكل حصص ، وقد تصاب شحمة الأذن بتورمات كتلية ضخمة زرقاء حمراء . كما قد يصاب الجذع والأطراف أيضاً . (راجع الشكل ٥٠ - ٤) .

وبما أن العقيدات على الوجه تأخذ عادة اللون الأزرق لدمك أو الرمادي الأردوازي Slate ، وتظهر بمظهر يشبه داء نشرث Perniosis ، فإن هذا النمط من العقيدات الكبيرة ما زال يُسمى بالذأب الشرطي Lupus pernio . وربما كان لتأثير لحد دلالة في الأمراض ، وكذلك في تحديد قابلية الآفات لتتقرح ، وفيما عدا هذه الحالة فإن التقرح لا يحدث في الآفات جسمية للغرناوية ، علماً بأن التخریب الشديد الذي يُشاهد عادة في آفات الذأب الشائع لا يحدث في هذه الحالة أبداً . (راجع الشكل ٥٠ - ٥) .

تُظهر المعانة الشفوية رشاحة رمادية مصفرة ، وتكون علامة المسبار Probe sign سلبية . وغالباً ما تُصاب الأعضاء لداخلية للغرناوية ، كما تظهر في كثير من الأحيان تورمات متعددة في السلايميات الوسطى بسبب إصابة العظم بالغرناوية : (التهاب العظم الكيسي المتعدد Osteitis cystoides multiplex ، يونغ لنغ Jüngling) .

نمط العقيدات تحت الجلد : تتوضع الحبيومات الغرناوية في النسيج الدهني تحت الجلد ، ويكون الجلد الساتر لها طبيعياً أو مزرقاً قليلاً . يمكن كشف هذه العقيدات بواسطة الجس .

أما غرناوي داريه - روسي Darier - Roussy - sarcoid (١٩٠٦) ، الذي يتصف أيضاً بعقيدات تحت جديدة في منطقة الساقين ، فهو عبارة عن تفاعل ثانوي غير نوعي بالخلايا الظهارانية يتوضع في النسيج الشحمي تحت جلد ، غير أنه ينجم عن أسباب أخرى عادة . هذا وليس غرناوي داريه - روسي بكيونة مرضية مستقلة ، لذلك ينبغي عده استخدام هذا التعبير من الآن فصاعداً .

غرناوية الندبات Scar Sarcoidosis : يتطور داخل الندبة تفاعل التهابي يؤدي إلى استبدالها غرناوياً ، وقد يحدث هذا النمط من الغرناوية بعد الخراجات الجلدية أيضاً . تُشاهد ضمن ندبة رشاحة صفراء - حمراء ، تُصبح مع مرور الزمن حمراء بنية . كما تُظهر المعانة الشفوية ارتشاحاً ذأبانياً نموذجياً . تكون علامة المسبار سلبية ، ويُؤكد التشخيص بالفحص النسيجي ،

والزُّراق ، ومن ضخامة البطين الأيمن الذي يترافق بقصور أيمن القلب ، وقد يموت المريض من القلب الرئوي Cor pulmonale . هذا وتنصف الغرناوية الرئوية المترقية بإنذارها السيء .

التبدلات العينية : تحدث الإصابة العينية عند حوالي ١٠٪ من مرضى الغرناوية بشكل عام ، وعند حوالي ٥٠٪ من مرضى الغرناوية الجلدية . وقد تحدث في سياق الغرناوية الإصابات العينية التالية : التهاب الملتحمة اللا نوعي ، أو التهاب العينية uveitis ، أو الوذمة الشبكية Retinal . أما الإصابة العينية النموذجية عند صغار السن فهي التهاب القرنية والهداى الحاد ، وقد تحدث هذه الإصابة في سياق المرحلة الباكرة من الداء ، كما أنها غالباً ما تترافق بالحمى العقدية ، وهي ذات إنذار جيد .

متلازمة هيرفورد *Heerfordt's syndrome* (١٩٠٩) : تنصف هذه المتلازمة بداء حبيبيومي التهابي حُمي يصيب كلاً من العينين ، والغدة النكفية وغيرها من الغدد اللعابية ، إضافة إلى الجملة العصبية المركزية . تتجلى الإصابة العينية بأحد الأشكال التالية : التهاب في الملتحمة يترافق بعقيدات بنية شفافة ، أو التهاب جاف في القرنية والملتحمة ، أو التهاب في القرنية والهداى وقد يكون مصحوباً بلطخات بنية اللون ، أو بالتهاب في المشيمية . تضخم الغدة النكفية بالجانبين ، وكذلك الأمر بالنسبة للغدد اللعابية ، أو الدمعية ، أو الغدد تحت الفك السفلي . وعندما لا تترافق الضخامات الغدية بالإصابات العينية فقد يشير ذلك إلى وجود متلازمة ميكوليكز *Mikulicz's syndrome* ، وهي ليست بكنينة مرضية مستقلة . يحدث الداء عند صغار البالغين ، وقد يصعب تشخيصه إذا ما شكل كل من القهم Anorexia والإسهال المظاهر الرئيسية فيه .

التبدلات العظمية : تُعد من العلامات التشخيصية الهامة ، وتحدث عند حوالي ١٠٪ من مرضى الغرناوية الجلدية ، وبخاصة المصابين منهم بالذآب الشرطي ، حيث تظهر عندهم تورمات في المفاصل السلامية (وخاصة في اليدين) بشكل يشبه الراجبة المنفوخة spina ventosa . ومن العلامات النموذجية أيضاً حدوث حركة شاذة في السلامية القاصية عند إجراء التباعد الوحشي ، على الرغم من أنها ليست سهلة التقيم دوماً . أما المظهر الشعاعي المميز فهو ذلك الالتهاب العظمي الكيساني المتعدد ليونع *Junglings osteitis Cystoides multiplex* . قد تُبدي الصورة الشعاعية تشكلات تريفقية (حُويجزية) صُفاحية Lamellar trabecular ضمن المساميات القاصية ، أو قد تُبدي كيسات دائرية ، شافة ، مُخرمة - punched out ، مميزة جداً للداء . أما تخرب كامل العظم ، الذي يترافق كثيراً بحدوث الكسور العفوية ، فهو أمر

نادر الحدوث . هذا وقد تُصاب العظام الطويلة والنقي أيضاً ، ويمكن تأكيد هذه الإصابة بالفحص النسيجي .

العقد اللمفية : تُصاب العقد اللمفية عند حوالي ٥٠٪ - ٧٠٪ من مرضى الغرناوية ، وتتجلى هذه الإصابة غالباً بشكل ضخامات عقدية قاسية ، غير مندججة مع بعضها ، وغير ملتصقة بالجلد .

الكبد والطحال : تحدث ضخامة الكبد والطحال عند ثلث المرضى .

مظاهر أخرى : وتتضمن : تبدلات في الجملة العصبية المركزية (التهاب الدماغ السليم ، والتهاب السحايا اللمفاوي المزمن ، ومظاهر عصبية تالية لالتهاب الأعصاب) ، وتبدلات مفصلية (التهاب المفاصل المتعددة : يحدث بشكل خاص في سياق المرحلة الباكرة من الداء ، كما أنه غالباً ما يترافق بالحمى العقدية) ، والتهاب إحليل ، وإصابة بربنجة ، وإصابة كلوية (كُلاس كلوي) ، إضافة إلى بؤر متعددة لا يمكن كشفها عادة إلا بجهرياً فقط .

التشريح المرضي النسيجي : يكون المظهر النسيجي مُتماثلاً في جميع الأشكال السريرية ، ويتصف بوجود الحبيبيوم الغرناوي Sarcoid granuloma ، الذي يُدعى أيضاً حبيبيوم الحلية الظهارانية Epithelioid cell granuloma . تتشكل هذه الحبيبومات من تراكم الخلايا الظهارانية مع الخلايا العملاقة أو بدونها ، وتُحاط بهامش ضيق من اللمفاويات ، أو قد تبقى « عارية Naked » ، وتوجد الخلايا اللمفية التائية داخلها وحولها ، كما يتخرب النسيج الضام الموجود داخلها . وغالباً ما تحتوي الحبيبومات على شبكة ناعمة مؤلفة من ألياف شبكية أليفة الفضة ، تُصبح أكثر كثافة في المناطق الهامشية . يمكن رؤية المشتملات Inclusion bodies داخل الخلايا العملاقة ، فهناك الأجسام النجمانية Asteroid bodies ، وهي مشتملات بلورية مؤلفة من كربونات الكالسيوم ، وهناك أجسام شومان Schumann's bodies ، وهي بُنيات صُفاحية مؤلفة من معقدات بروتينية مُشربة بالكالسيوم . تنصف حبيبومات الحلية الظهارانية بأنها واضحة الحدود جداً ، كما أنها غالباً ما تتوضع في الأدمة المتوسطة أو السفلية . كما تنصف حبيبومات الغرناوية بغياب النخر المركزي الذي يُشاهد عادة في آفات التدرن ، مع أنه قد يحدث التكتس الفبريناني (الليفياني) Fibrinoid degeneration في بعض الأحيان .

السير : لا يمكن التنبؤ بسير الداء في الحالات الفردية .

تنصف المرحلة الباكرة من الغرناوية بسيرها السليم عادة ،

من أجل الفحص النسيجي ، الذي يُظهر وجود حبيوم الخلية الظهارانية من النمط الغرناوي . هذا وتدل النتيجة الإيجابية للاختبار على وجود تبدل في السلوك المناعي عند المريض المصاب بالغرناوية .

الحساسية للسليين **Tuberculin Sensitivity** : تنقص أو تنعدم في الغرناوية . لذا يجب تحديد عتبة السليين **Tuberculin Threshold** عند الاشتباه بوجود الغرناوية . ومن الأمور المميزة أيضاً حدوث استجابة مناعية ضعيفة عند التلقيح بالـ ب . سي . ج (B.C.G) (عصيات كالميت - غيران Bacille Calmette - Guérin) .

الاستقصاء السريري : من الضروري إجراء صورة شعاعية للصدر في كل حالة يُشتبه فيها بوجود الغرناوية . وفيما يتعلق بمعطيات الكيمياء الحيوية ، فإن الأمر المثير للانتباه هو ازدياد الغلوبيولين المناعية ألفا ٢ وغاما في سياق الحالات المزمنة من الداء . هذا وتدل النتائج الشاذة لاختبارات الوظيفة الكبدية على حدوث الإصابة الكبدية . تحدث فرط الكلسمية **Hypercalcemia** وفرط كلسيوم البول عند حوالي ٢٠٪ من المرضى ، ولهذا يجب مناصرة الكلسيوم في كل من الدم والبول ، تجنباً لفرط الكلاس **Hypercalcinosis** الذي قد يُفضي إلى القصور الكلوي . ويمكن التغلب على هذه المشكلة بإعطاء الستيروئيدات القشرانية السكرية التي تؤدي إلى زيادة طرح الكلسيوم عن طريق البراز . تزداد فعالية الإنزيم المحوّل للأنجيوتنسين **Angiotensin - converting enzyme** في المصورة في الحالات الأكثر تطوراً من الداء كما في الإصابة الرئوية .

التشخيص التفريقي : لا يقتصر وجود الحبيوم الغرناوي **Sarcoid granuloma** على الغرناوية فقط ، بل قد يوجد في أدواء أخرى أيضاً ، ولذا يجب على الطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار الأدوية التالية : الذئب الشائع ، والإفرنجي الثالثي ، والجذام (في الجذام الدرني تُصاب الأعصاب المحيطية والعضلات المُغفّة للأشعار بصورة رئيسية) ، وداء الليشمانيات الذأباني ، والتفاعلات النسيجية الغرناوية الموضعية ، والأدواء الجلدية ذات الارتشاحات الخلوية الكثيفة كاللمفوم الكاذب ؛ كما يشمل التشخيص التفريقي : حبيومات الجسم الأجنبي ، ووردية الوجه الحبيومية (الذأبانية) ، والتمط الذأباني من التهاب الجلد حول الفم .

المعالجة : يتوقف سير الداء أو يحدث الشفاء التام عفواً ، دون أية معالجة جهازية ، عند ٥٠٪ من مرضى الغرناوية على الأقل ، وينطبق ذلك بشكل خاص على المرحلة الباكرة تحت الحادة من الداء التي ترافق بالحمى العقدية أو بمتلازمة **Lofgren** . لا

ويميلها للتراجع العفوي ، كما أنها غالباً ما ترافق بالحمى العقدية . هذا وكثيراً ما ترافق هذه المرحلة أيضاً بضخامة غير ملحوظة في العقد اللمفية التقريرية تتراجع عفواً (متلازمة **Lofgren**) ، أو بالآلام المفصليّة ، أو بالتهاب القرنية والهداى الحاد ، أو بأفات عابرة في الجلد أو في غيره من الأعضاء كما قد تُصاب عدة أعضاء داخلية أخرى ، وخاصة في الشكل تحت الحاد من الداء . يحدث الشفاء بعد عدة سنوات دون تليف أو ضمور ، علماً بأنه يمكن للمرحلة الباكرة أن تتطور أيضاً إلى المرحلة المتأخرة المزمنة .

تتصف المرحلة المتأخرة **Late stage** من الغرناوية بتشكيل تليفات لا عكوسة في أماكن حبيومات الخلايا الظهارانية المتوضعة في الأعضاء أو الأنسجة ، وقد ينجم عن ذلك عواقب وخيمة ، وخاصة إذا ما أصاب التليف الرئتين أو الكبد . هذا وتستمر الآفات الجلدية فترة طويلة من الزمن عند معظم مرضى الغرناوية الجلدية الذين هم في المرحلة المزمنة من الداء ، ويكون الإنذار عندهم جيداً شريطة أن لا تكون المظاهر الرئوية واضحة . كما يتصف الذأب الشرثي بسيره المزمن جداً . ينجم الموت في معظم الحالات عن التبدلات القلبية الرئوية . تحدث الآفات الجلدية في جميع مراحل الغرناوية .

التشخيص : الغرناوية الجلدية ، باستثناء الحمى العقدية ، داء حبيومي مزمن يتجلى سريرياً بشكل آفات زرقاء محمرة أو بنية محمرة ، وتُبدى هذه الآفات بالمعينة الشفوية ، وقد لا تُبدى ، ارتشاحات ذأبانية نموذجية . هذا ويرتكز تشخيص الغرناوية على الأمور التالية :

الخزعة الجلدية : يجب إجراؤها في كل حالة من الغرناوية ترافق بآفات جلدية أو مخاطية ، علماً بأنه يمكن رؤية الحبيومات الغرناوية حتى في آفات الحمى العقدية ، ولو أن ذلك نادر جداً . كما يُنصح أيضاً بأخذ خزعة من العقدة اللمفية فيما إذا كان ذلك ممكناً ؛ وقد نستعين بتنظير المنصف **Mediastinoscopy** لتحقيق ذلك .

اختبار كفايم **Kveim test** : مستضد كفايم غير متوفر تجارياً ، وقد بطل استخدام هذا الاختبار في الوقت الحاضر . يعتمد اختبار كفايم على زرق مستضد داخل الأدمة يُستخلص من مرضى مصابين بالغرناوية ، وهو ذوآب بالماء وثابت بدرجة حرارة الغرفة ، ويكون الاختبار إيجابياً عند ٨٥٪ من المرضى المصابين بآفات فعالة وغير معالجة ، وقد تُثبّط الستيروئيدات القشرية السكرية هذا التفاعل . تتطور في مكان الزرق بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع حطاطة مؤلمة ، حمراء مسمرة ، يزداد حجمها تدريجياً ، وتُبدى بالمعينة الشفوية **Diascopy** ارتشاحاً ذأبانياً نموذجياً ، تُستأصل الحطاطة بعد ٤ - ٦ أسابيع

جدل ونقاش ، علماً بأن إعطاء المتوتركسات بجرعة منخفضة قدرها ٥ ملغ/أسبوع قد أدى إلى نتائج ناجحة في الذأب الشرطي Lupus pernio . هذا ويتبغي قبل إعطاء هذه الأدوية إجراء موازنة دقيقة بين النتائج الإيجابية التي قد نحصل عليها وبين المخاطر التي قد تنجم عنها (نسبة الفائدة/الخطر Benefit/risk ratio) .

موضعياً : تستجيب الآفات الجلدية بشكل جيد للمعالجة الموضعية ، غير أنها غالباً ما تكون استجابة مؤقتة فقط . تُستعمل عادة الريمات المحتوية على الستيروئيدات ، والأفضل تحت ضهاد كسيم . كما يمكن زرق المعلق البلوري الممدد للتريامسينولون - أسيتونيد Triamcinolone - acetonide داخل الآفات (يُمدد مع مبنج بمقدار ١ : ٤ - ١ : ٥) . أما المعالجة الضوئية بالـ UVB ، والمعالجة الكيميائية الضوئية الموضعية باستعمال ٨ - متوكسي بسورالين 8 Methoxypsoralen كمحسّ ضوئي فقد تكون مفيدة أحياناً . ومن الأمور الهامة أيضاً وجود تعاون وثيق في هذا المجال بين أطباء الجلد والأطباء الداخليين وأطباء العيون .

هذا ويجب ألا ننسى أبداً أنه كثيراً ما تشفى الغرناوية عفواً في مرحلتها البكرة في غضون سنة واحدة .

الحبيبوم الحلقي Granuloma Annulare [Colcott Fox : ١٨٩٥]

تعريف : داء جلدي سليم ، يتصف بالتهاب حبيبي ، يتجلى سريرياً في الغالب بشكل حطاطات مرتبة بأشكال حلقية .
الحدوث : يبدو أن هذا الداء قد أصبح أكثر شيوعاً في السنوات الأخيرة ، وهو أكثر تواتراً عند النساء ، ويصيب الأطفال وصغار البالغين عادة . وبما أن الآفات تتوضع كثيراً على المناطق المكشوفة من الأطراف ، فقد اقترحت العلاقة بين هذا الداء وضوء الشمس .

الأمراض : السببات مجهولة ، لوحظ حدوث الحبيبوم الحلقي مراراً أثناء معالجة الذأب بالفيثامين د ٣ . والشئ المؤكد أنه لا توجد أية علاقة سببية مباشرة بينه وبين التدرن . ولقد أُحدث الحبيبوم الحلقي تجريبياً بزرق السلين داخل الأدمة وبتشجيع الأطراف بالأشعة فوق البنفسجية . وحتى الأشكال المنتشرة منه حدثت بعد التعرض لأشعة الشمس . كما يُشبه كثيراً بوجود علاقة بين الأنماط المنتشرة من الحبيبوم الحلقي والداء السكري ، لكن هذه العلاقة لم تُثبت بشكل قاطع ونهائي بعد . هذا ولقد لاحظ بعضهم أحياناً ازدياد تواتر HLA - B35 في الحبيبوم الحلقي المنتشر ، بينما فشل آخرون في كشف أي مشاركة مع مستضدات HLA .

تُستطب المعالجة الطويلة الأمد إلا عند وجود إصابة في الأعضاء في سياق المرحلتين الثانية والثالثة من الداء ، وكذلك عند وجود آفات جلدية تؤثر بشكل شديد على المريض جسدياً أو نفسياً بسبب توضعها أو انتشارها .

جهازياً : هي معالجة موقفة للمراضة فقط Morbidostatic ، فقد يحدث التكرار كثيراً بعد إيقاف العلاج ، وينطبق هذا الأمر على أي شكل من أشكال الإصابات في الغرناوية بما فيها الإصابات الجلدية .

الأدوية الموقفة للسسل Tuberculostatic Drugs : غير فعالة حتى في علاج الآفات الجلدية . أما في الحالات النادرة التي يرافق فيها التدرن بالغرناوية ، فإنه يجب معالجة الداءين معاً .

الستيروئيدات القشرانية السكرية والمهرمون الوجه لقشر الكظفر ACTH : يُنصح بإعطاء هذه الأدوية في الغرناوية الجلدية ، فهي تؤدي إلى تراجع الآفات على نحو لا بأس به ، غير أنه غالباً ما يحدث التكرار بعد إيقاف العلاج . ومن الضروري أيضاً ، وقبل البدء بالعلاج ، التأكد من عدم وجود أي تدرن رئوي مرافق للغرناوية ، فقد تؤدي المعالجة الطويلة الأمد بهذه الأدوية إلى تفعيل التدرن ، ولذا ينصح العديد من المؤلفين بإعطاء الأدوية المضادة للتدرن في آن واحد . وهناك من يُعطي الـ ACTH وحده أو مع جرعات منخفضة من الستيروئيدات القشرانية السكرية . هذا وتُضبط الجرعة وفقاً للحالة المعالجة .

الكلوروكين Chloroquine : يُعطى بشكل خاص في الإصابات الجلدية والرتوية . الجرعة هي ٢٥٠ ملغ/يوم لمدة ٣ أشهر ، ثم ٢٥٠ ملغ/مرتين/يوم لمدة ٦ أشهر . ومن الضروري مُنطرة العين بشكل دقيق خلال العلاج تجنباً للاختلالات العينية .

الفيثامين د : لقد ثبت أن لهذا الدواء فائدة خاصة في الغرناوية الجلدية الواسعة الانتشار ، ولم يعد مألوفاً إعطاؤه لمرضى الغرناوية الحشوية . كما أنه من الضروري القيام بمُنطرة دقيقة أثناء العلاج بالفيثامين د تجنباً للتأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث (كقرط الفيثامين د ٣) . والجرعة هي ١ ملغ من الفيثامين د ٣/يوم مع المناطرة المستمرة .

مضادات التهاب : أُستبدلت إلى حد كبير بالستيروئيدات القشرية .

كابتات المناعة : تؤثر كلٌّ من كابتات المناعة كالأزاثيوبرين Azathioprine ، والأدوية الموقفة لنمو الخلايا كالتوتركسات Methotrexate في الغرناوية عن طريق فعلها المضاد للتكاثر ، وتُستطب فقط كعلاج طويل الأمد في سياق المرحلة المزمنة من الداء . أما فعاليتها في الآفات الجلدية المزمنة فما زال موضع

الحبيبيوم الحلقي المنتثر Granuloma Annulare Disseminatum : يحدث هذا النمط بشكل خاص عند البالغين . ولا تظهر فيه الأشكال الحلقية ، بل يحدث طفح يتألف من العديد من الحطاطات أو العقيدات الزرقاء المحمرة التي تتوزع على الجذع والأطراف ، وقد تُصاب اللقافات والأوتار أيضاً . ولقد أُشير إلى وجود علاقة بين هذا النمط وبين كل من التحريض بأشعة الشمس والداء السكري (اختبار تحمل السكر) ، لكنها لم تُؤكد بعد .

قد تحدث أشكال أخرى من الحبيبيوم الحلقي المنتثر ، تتظاهر على شكل حطاطات قاسية بيضاء اللون ، وآفات حلقية جزئياً ، وتتقي بشكل خاص المرفقين ، والجوانب الظهرية من الساعدين ، والأذنين .

الحبيبيوم الحلقي الثاقب Granuloma Annulare Perforans : يُبدي هذا الشكل النادر جداً من الحبيبيوم الحلقي تقرحات في الحطاطات السطحية (خاصة المتوضعة على اليدين) ، ونجيجاً لسائل زجاجي رائق .

الأعراض : لا يترافق الحبيبيوم الحلقي بأية أعراض شخصية عادة ، كما لا يُبدي الأطفال المصابون به أية علامات تدل على وجود داء آخر . بيد أنه يجب إجراء صورة شعاعية للصدر لنفسي المركب التدرني الأولي Tuberculous primary complex . كما يجب التفكير بإمكانية وجود الداء السكري عند البالغين .

قد ترتفع سرعة تفاعل الكريات ESR قليلاً في الآفات الجلدية المنتشرة ، كما قد يحدث ازدياد عابر في حمضات الدم .

التشريح المرضي النسجي : تتشكل في الأدمة العلوية والوسطى عدة بؤر محدودة من البلى الفيزيولوجي ، وتحتوي هذه البؤر على ألياف مغزائية ضامرة ، وعلى غليكوجين غزير (تفاعل الباس PAS) ، وعلى عقيدات السكريد المخاطية الحامضة ، كما تتلاشى فيها الألياف المرنة . هذا وتُحاط هذه المناطق المتفرقة وغير المكتملة من البلى الفيزيولوجي بالمنسجات التي تصطف غالباً بشكل السياج الحساكي (الدرازيني) Palisade . وقد تظهر في الآفات القديمة أعداد وافرة من اللمفاويات التائية والأرومات الليفية ، بيد أن التفاعلات الغرناوية أو الدرقية الشكل ذات الخلايا العملاقة العديدة تكون نادرة . لا تحدث تبدلات وعائية في الجوار ، عدا حدوث تفاعلات لمفاوية خفيفة حول الأوعية . هذا وقد نجد صعوبة في تفريق الداء عن البلى الفيزيولوجي الشحماني ، وعن الرئية العقيدية ، وعن الإفرنجي الثائي (الطفحة الإفرنجية المعجزة Tuberous syphilide) .

قد يحدث الداء بعد الأحماج ، أو عضات الحشرات ، أو نرضوح الموضعية . وقد حدث الحبيبيوم الحلقي عند التوائم وحيدة الزيجوت Monozygotic twins وعند عدة أفراد في عائلة واحدة ، مما يدل على وجود عامل وراثي . ولقد أدى ترافق الحبيبيوم الحلقي بالتهاب المفاصل المتعدد إلى الافتراض بوجود تفاعل رثوي أرجح يمكن تأكيده بالفحص النسجي . هذا وقد يشفى الحبيبيوم الحلقي عفوياً ، وقد يشفى أحياناً بعد إجراء الخزعة النسيجية .

الموجودات السريرية : المناطق الانتقائية للإصابة هي : ظهر اليدين والقدمين ، والأصابع ؛ وقد تظهر الآفات أيضاً فوق المفاصل (المصم ، والكاحل ، والمرفق) ، وكذلك على الأليتين والوجه . (راجع الشكل ٥٠ - ٦) .

تكون الآفات الجلدية بادئة ذي بدء على شكل حطاطات دقيقة ، مسطحة ، غير حاككة ، حدودها واضحة ، مُحمرّة قليلاً ، ولا تُلاحظ عادة إلا عند ازدياد حجمها . تكبر الآفات سريعاً ، وقد يصل حجمها إلى حجم قطعة النقود المعدنية ، ولكنها سرعان ما تتراجع ثانية ، ولا تترك أي أثر . ثم تظهر الآفات الحلقية ذات الحطاطات الملساء التي لا ترافق عادة بأية تبدلات بشرية ، وإذا ما قام المرء بحس الحافة الهامشية المرتفعة للآفة فإنه سيُشعر بقساوتها قليلاً ، وإذا ما شُدَّ الجلد إلى إحدى الجهات فإن الحافة الهامشية الحطاطية تُصبح بيضاء اللون . كما قد تنشأ حطاطات صغيرة في أي وقت من الأوقات فوق الآفات القديمة . هذا ومن النادر جداً حدوث التبدلات الثانوية كالتآكل ، أو التقرح ، أو التخريب . قد يستمر تطور الجلاد لعدة سنوات ، بيد أن ٧٥٪ من المرضى تشفى عندهم الآفات في غضون سنة إلى سنتين .

أشكال خاصة : وُصِفَت أنماط كثيرة مختلفة للحبيبيوم الحلقي ، والآفة الأولية في جميع هذه الأنماط هي حطاطة أدمية قاسية .

النمط اللويحي Plaque Type : حيث تُشاهد آفات سطحية ، مرتشحة ، حمراء أو بنية حمراء ، تشبه البلى الفيزيولوجي الشحماني .

النمط الحمامي Erythematous Type : يتطور بشكل منتشر ، وقد يتحول إلى حطاطات مسطحة .

الأنماط تحت الجلدية Subcutaneous Types : تنشأ عقيدات قاسية تحت الجلد . وقد يصعب تفريقها عن العقيدات الرئوية ، ولكنها تتميز عنها بتوضعها السريري المختلف ، فتُشاهد بشكل خاص على الساقين ، والأليتين ، والراحتين ، والأصابع ، والوجه ، والفروة ؛ ويُصاب بها الأطفال بشكل عام ، ولا يمكن تشخيصها عادة إلا بالتشريح المرضي النسجي .

المسير : غالباً ما تشفى الآفات عفوياً دون أن تترك أي أثر . أما الإنذار فهو جيد .

التشخيص : يكون سهلاً في الحالات الوصفية . ويحتاج الأمر إلى إجراء الخزعة النسجية في الأنماط المنتثرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الأشكال العقيدية للحبيبوم الحلقي (خاصة تلك المتوضعة على المرفق) عن العقيدات الرثيائية . وقد تشبه الآفات الحلقية أياً من الأدوية التالية : الحزاز المسطح الحلقي ، أو الغرناوية الجلدية الحلقية ، أو الآفات اللويحية المسطحة للبل الفيزيولوجي الشحماني . تتصف الطفححات الإفريقية الساعية المعجزة - Tubercous serpiginous syphilides للإفريقية الثالثي بميلها الأكثر للتقرح ، كما أنها تُخلف ضموراً بعد شفائها . أما الداء الموصفي الخطاطي ذو الآفات المنتثرة فيُشخص بالفحص النسجي .

المعالجة :

جهازياً : في واقع الأمر ، لا تُستطب المعالجة الجهازية إلا في الأشكال المنتشرة ، وقد ثبت أن للأدوية الموقفة للسلس Tuberculostatic فائدة في بعض حالاتها (حيث يُعطى الإيزونيازيد isoniazid بمقدار ٥ ملغ/كغ/يوم عند البالغين) . وقد أعطي الكلورامبوسيل Chlorambucil في الحالات الشديدة التي ترافقت بإصابات في اللِّفَافَات والأوتار (٢ ملغ/مرتين في اليوم/ ٤ - ١٢ أسبوع) . أما الستيروئيدات القشرانية السكرية فلا تملك إلا تأثيراً موقفاً للمرضة . وقد يحدث الأوب أيضاً involution بإعطاء الدابسون Dapsone ٥٠ - ١٠٠ ملغ ، أو يوديد البوتاسيوم Potassium iodide .

موضعيًا : يمكن تطبيق المعالجة القرية على الآفات القديمة (الثلج الكربوني ، أو الآزوت السائل) ، مع توخي الحذر . كما يمكن زرق المعلق البلوري الممدد للتريامسينولون أسيتونيد Triamcinolone acetone داخل الآفات (يُمدد مع مبنج موضعي بمقدار ١ : ٣ - ١ : ٥) . وقد تشفى الآفات أيضاً بعد تضميدها بشريط لاصق ساد . كما يمكن الحصول على نتائج جيدة باستعمال الشريط المحتوي على الستيروئيدات القشرانية السكرية ، الذي يؤدي إلى حصر تأثير الستيرويد بالآفة المراد علاجها فقط . وقد نُصح أيضاً باستخدام البوفا PUVA في الأشكال المنتثرة من الحبيبوم الحلقي .

الحبيبوم العديد الأشكال Granuloma Multiforme [Leiker ١٩٦٤] :

داء جلدي حبيبومي ، يتصف بالبل الفيزيولوجي ، ويصيب الناس في أفريقيا الوسطى .

الحدوث : ينحصر وجود الحبيبوم العديد الأشكال في أفريقيا الوسطى ، ويحدث هناك على شكل جوائح صغيرة ، ولقد ميزه ليكر Leiker عن الجذام الدرني .

الموجودات السريرية : المناطق الانتقائية للإصابة هي : الذراعان ، والعنق ، وأعلى الجذع . ويتصف هذا الداء بظهور حطاطات تنمو سريعاً إلى آفات حلقية الشكل واضحة الحدود .

تحدث عادة حكة خفيفة مع ظهور الآفات .

التشريح المرضي النسجي : تُشاهد في الأدمة بؤر محددة من البلى الفيزيولوجي تشبه كثيراً تلك الموجودة في الحبيبوم الحلقي ، لكنها تحتوي على أعداد غزيرة من الخلايا العملاقة .

المسير : قد يستمر الداء عدة سنوات ، لكنه لا يترافق بأية إصابات في الأعضاء الداخلية ، أو بأية اختلالات أخرى .

الحبيبوم السافع Actinic Granuloma [O'Brien ١٩٧٥] :

المرادفات : البلى الفيزيولوجي الشحماني اللانودجي للوجه والقرو (Dowling و Wilson - Jones) ، الحبيبوم العديد الأشكال (Leiker ومساعدوه ١٩٦٤) ، حبيبوم ميشر Miescher على الوجه (Altman و Mehregan ١٩٧٣) ، الحبيبوم الحلقي الحال للنسيج المرن ذو الخلايا العملاقة (Hanke ومساعدوه ١٩٧٩) .

هذا ولم يقرر بشكل قطعي بعد ما إذا كان بالإمكان اعتبار هذا الداء كبنوة مرضية مستقلة . علماً بأن بعضهم اقترح تسمية هذه الحالة المرضية بالحبيبوم الوجهي الحلقي Annular facial granuloma .

تعريف : آفات تشبه الحبيبوم الحلقي ، تتوضع على الجلد المعرض لأشعة الشمس ، وتتصف نسيجياً بتخرب النسيج المرن ، وتشكل الخلايا العملاقة مع تشكل الحبيبوم .

الحدوث : يحدث غالباً عند نساء العرق الأبيض فوق سن الأربعين . ويتصف جميع المرضى بأن لديهم جلوداً تأذت بأشعة الشمس على نحو مزمن .

الإمراض : مجهول .

الموجودات السريرية : أماكن الإصابة هي النواحي الجلدية المتأذية بأشعة الشمس على نحو مزمن مثل : العنق ، والوجه ، والصدر ، والذراعين ، وظهر اليدين ، والساقين .

تشبه آفات الحبيبوم السافع آفات الحبيبوم الحلقي . وقد يُبدي اللويحات الخطاطية الحلقية الشكل التي لا ترافق بتوسع في

الشعيرات ضموراً مركزياً خفيفاً . هذا ويتراوح عدد الآفات بين واحدة وعشر فقط أو أكثر ، ويتراوح قطر الآفة المفردة بين ١ - ٦ سم .

الأعراض : يحدث الحبيوم الحلقي الحال للنسيج المرن ذو الخلايا العملاقة عند أشخاص طبيعيين ، لكنه قد يحدث أيضاً بالمشاركة مع الداء السكري ، لذا ينبغي فحص غلوكوز الدم عند جميع المرضى .

التشريح المرضي النسيجي : يُبدي المقطع النسيجي المظاهر التالية : مُران^(٥) شمسي Solar elastosis ، وآفات تشبه الحبيوم الحلقي حيث نشاهد في الأدمة المتوسطة تشكلات حبيومية تُحيط بالمواد المرانية Elastotic ، ورشاحات حول وعائية مؤلفة من الللمفاويات والمنسجات . هذا وتحتوي الحبيومات والخلايا العملاقة على مواد ليفية مُرانية Elastotic . أما المادة الموصنية (الإيجابية بالباس PAS وال Hale) التي تُكشف عادة في آفات الحبيوم الحلقي ، فإنها لا توجد في آفات الحبيوم السافع .

المسیر : مزمن ، وقد يحدث التراجع العفوي .

التشخيص التفريقي : الحبيوم الحلقي المنتشر ، والحبيوم العديد الأشكال . كما يجب أن تأخذ بعين الاعتبار كلاً من الغرناوية الجلدية الحلقية Annular والغرناوية الجلدية المتحلقة Circinate ، وتصف آفات الجلادين الأخيرين باحتوائها على رشاحات ذبابية غموضية تُكشف بالمعاينة الشفوية . أما الطفححات الإفريقية المُعجّرة الساعية للإفريقي الشائلي Tuberoeripiginous Tertiary Syphilides فهي نادرة جداً .

المعالجة : هي نفسها في الحبيوم الحلقي .

الحبيوم الوجهي مع كثرة الحمضات Facial Granuloma with Eosinophilia [Wigley ١٩٤٥] :

المردفات : الحبيوم الحمض الوجهي ، الحبيوم الوجهي .

تعريف : داء التهابي حبيومي مزمن ، يُصيب البالغين ، ويتصف بظهور آفات عقيدية أو قريصة على الوجه .

الحدوث : يحدث بشكل رئيسي عند ذكور العرق الأبيض ، ويبدأ بين سن ٣٠ - ٥٠ . ولقد أشتبه بوجود علاقة بين هذا الداء والتعرض لأشعة الشمس .

الإمراض : السبب مجهول . وقد يُخال للبعض عند قراءة تعبير الحبيوم الحمض Eosinophilic granuloma ، أن هذا الداء ليس سوى أحد أشكال كثرة المنسجات X

(X - Histiocytosis^(٥)) ، مع أن هذا ليس صحيحاً ، إذ أن الارتشاح بالحمضات قد يحدث في حالات أخرى أيضاً (الورامات الحبيبية الحمجية Infectious granulomatoses) ، ولذا يُفضل بعضهم تسمية هذا الداء بالحبيوم الوجهي Facial granuloma منعاً لحدوث مثل هذا الالتباس . أما الصورة النسجية فهي تماثل التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية . (راجع الشكل ٥٠ - ٧) .

الموجودات السريرية : تظهر في بادئ الأمر آفات بقعية ، بطيئة النمو ، وحيدة أو متعددة ، مدورة ، وبعضها متعدد الحلقات . تكون الآفات واضحة الحدود بشدة ، ومرتشحة باعتدال ، وقد يصل قطرها إلى عدة سنتيمترات . ثم تصبح مرتفعة قليلاً فيما بعد ، ولها سطح ناعم أو كقشر البرتقال ، وقوام لين أو مطاطي . وقد تنشأ كذلك عقيدات محددة أو تشكلات عقيدية ملساء . تأخذ الآفات في البداية اللون الأحمر الضارب إلى الأرجواني قليلاً ، ثم تصبح بنية أو حمراء مزرققة فيما بعد ، كما تُبدي بالمعاينة الشفوية Diascopy نفس مظاهر الذأب الشائع . تتوسع المسامات الجريبية إذا ما تراكمت الآفات بارتشاحات واضحة ، كما تظهر الشعيرات المتوسعة في المراحل الأخيرة . وقد لوحظ في بعض الأحيان حدوث الشفاء العفوي مُخلفاً وراءه ندبات ضمورية .

الأماكن الانتقائية للإصابة هي : الصدغان والخدان . كما تظهر آفات معزولة على الأنف ، أو الذقن ، أو شحمة الأذن ، أو الفروة ، أو ظهر اليدين ، أو الساعدين .

الأعراض : تتطور عند المرضى حساسية خفيفة بين الفينة والأخرى (إيلام ، وحس حرق ، وحكة) . أما الأعضاء الداخلية فلا تُصاب في سياق هذا الداء .

التشريح المرضي النسيجي : يحدث في بادئ الأمر تفاعل خلوي شديد تحت البشرة في القسم العلوي من الأدمة ، وخصوصاً حول الأوعية الدموية المتوسعة . تتألف الرشاحة الخلوية بشكل رئيسي من الحمضات والعدلات إضافة إلى بعض المنسجات (طور الكرية البيضاء Leukocytic phase) . كما تحتوي الرشاحات على الللمفاويات ، والخلايا المصورية ، والخلايا البدينة . أما البشرة والجريبات الشعرية والغدد الزهمية فإنها لا تُصاب بهذه الرشاحة أبداً . وقد يؤدي انسلال الكريات الحمر إلى ترسب الهيموسيدرين والأصبغة الشحمية ، وقد تُبتلع هذه الترسبات من قبل المنسجات . هذا ويتخرب النسيج الضام على نحو شديد بالرشاحة الالتهابية ، وقد يُستبدل

(٥) فأحد أشكال كثرة المنسجات X يُطلق عليه أيضاً اسم الحبيوم

الحمض (المترجم) .

(٥) المران = تنكس النسيج المرن .

١٠ ملغ مع مُنْج موضعي بمعدل ١ : ٣ - ١ : ٥ . كما يمكن تطبيق علاجات موضعية أخرى مثل : المعالجة القرية ، والمعالجة الضوئية ، والليزر Laser .

الحبيوم الحمض الشبيه بالورم Tumor - Like Eosinophilic Granuloma [Kuske ١٩٥٢] :

تعريف : داء حبيومي يتجلى سريرياً بشكل آفات شبيهة بالأورام ، وتنجم عنه الآفات عن تفاعلات جلدية حبيومية تكثر فيها الحمضات . كما تتصف هذه الآفات بتقرحها جزئياً ، ويسيرها المزمن .
الإمراض : مجهول .

الموجودات السريرية : يقتصر وجود هذا الداء النادر جداً على ظهر اليدين ، والشفة السفلى ، وجلد البطن ، ويتظاهر في بادئ الأمر بشكل حطاطات أو عقيدات لا تليث أن تتقرح ، وقد تتطور في بعض الأحيان إلى أشكال كمثية Fungate .

التشريح المرضي النسيجي : تُبدي المقاطع النسجية وجود نسيج حبيبي يحتوي على اللمفاويات ، والخلايا المصورة ، والخلايا الظهارية ، وخلايا النسيج الضام ، إضافة إلى أعداد غزيرة من الحمضات .

المسار : يسير الداء سيراً مزمناً ، ويستمر عدة أشهر .

التشخيص التفريقي : من المهم جداً أن نفي أولاً المفهوم الخبيث وخاصة الفطار الفطري ذي النمط الفوري (المفاجيء) d'emblee . وفي حال توضع الآفات على المنطقة المركزية للوجه فإننا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار كلاً من الحبيوم الموائي الأنفي ، والمرحلة المبكرة من الوارم الحبيبي لوغز Wegener .
الإنذار : جيد نسبياً .

المعالجة : يجب استئصال الآفات كلما كان ذلك ممكناً . ويُصح أيضاً باستخدام الأشعة السينية اللينة (٤ X ٢ Gy) .

الحزاز اللامع Lichen Nitidus [Pinkus ١٩٥٧] :

تعريف : جلاد حزازاني مزمن ، يتصف بحطاطات دقيقة لها بنية نسجية من نمط الحبيوم الدرني الشكل Tuberculoid .
الحدوث : يُصيب هذا الداء النادر البالغين ، ولا يرتبط بجنس معين ، ويبدو أن الأشكال المعممة أو المتلاقية Confluent من الداء تُصيب النساء غالباً .

الإمراض : السبب مجهول . قد تُوحي بنيته النسجية الدرنية الشكل بالتدرن أو بالطفحات الدرنية الشكل ، مع أنه لا توجد أية دلائل تدعم هذا التوجه . وبما أنه قد شوهدت

فيما بعد بالتليف . يُلاحظ في بعض الأحيان حدوث التهاب وعائي صريح مع تكسر للكريات البيض Leukocytoclasia تتناقص الحمضات والعدلات مع ترقى الداء . وأخيراً تزداد الأرومات الليفية Fibroblasts على نحو لافت للنظر (الطور التليف fibrotic phase) . كما تزداد أيضاً المنسجات التي تَدخُر مواد مختلفة (الشحم ← الخلايا الرغوية Foam cells ، الميلانين ← الهيموسيدرين) ، وهذا يُفسر اللون البني الأحمر للآفات القديمة . يُبدي التآلف المناعي المباشر ترسب الغلوبينات المناعية حول الأوعية بشكل يشبه شبكة الصيد ، وترسب في بعض الأحيان الغلوبلين IgG وعنصر المتممة C₃ ، وبصورة أقل الغلوبلين IgA والغلوبلين IgM والفيرين داخل منطقة الغشاء القاعدي B.M.Z .

المسار : الإنذار جيد ، وقد تستمر الآفات عدة سنوات أو عقود ، ومن النادر جداً حدوث الشفاء العفوي .

التشخيص التفريقي : يشمل التشخيص التفريقي : الغرناوية ، واللمفوم الكاذب ، والذئب الشائع ، والارتشاح اللمفاوي لجسسر وكانوف Jessner - Kanof ، ونادراً الذئب الحمامي ، والطفح الدوائي الثابت ، والشرى الصباغي ، والحمامي المرتفعة الدائمة . وإذا ما أردنا التفريق بشكل دقيق وقاطع بين هذا الداء والحبيوم الحمض الحقيقي الذي هو أحد أشكال كثرة المنسجات X ، فإنه لا بد من الاعتماد على المجهر الإلكتروني لدراسة الخلايا الموجودة في الرشاحة (تُشاهد حبيبات لنغرهز Langerhans داخل المنسجات) ، كما يمكن التفريق بين هذه الداءين عن طريق الأضداد الوحيدة النسيلة T6 .

المعالجة : بما أن هذا الداء لا يسبب أي أذى للإنسان ، ولا يستجيب للعلاج بشكل جيد ، فعلى أن نأخذ بعين الاعتبار الآثار الجانبية التي يمكن أن تنجم عن هذه العلاجات .

جهازياً : الدواء المُنتخب في هذه الحالة هو الدابسون Dapsone (٥٠ - ١٠٠ ملغ/يوم) . ولا تملك الستيرويدات القشرية السكرية سوى تأثير موقف للمراضة فقط Morbidostatic . وقد يُفيد الكلوروكين Chloroquine في بعض الحالات .

موضعيّاً : تركز المعالجة الموضعية على استئصال الآفات المفردة ، وقد يحدث النكس الهامشي أحياناً بعد الاستئصال الجراحي . أما المعالجة بالأشعة السينية فهي غير ناجحة . هذا وينبغي عدم تطبيق الستيرويدات القشرية موضعيّاً إلا بواسطة أشرطة خاصة Tapes تجنباً للتأثيرات الجانبية . ومن العلاجات الفعالة أيضاً زرق المعلّق البلوري الممدد للتريامسينولون أسيتونيد Triamcinolone acetone داخل الآفات (يُمدد

عدة حالات من الحزاز اللامع مترافقة مع الحزاز المسطح ، فقد حذر هذا الداء في السابق شكلاً حبيبياً نادراً من الحزاز المسطح . ويبدو أن هذا الرأي هو السائد في الوقت الحاضر بعد . على الرغم أن بعضهم ما زال يعتبر الحزاز اللامع كبنية مرضية مستقلة .

توزيعات السريرية : المناطق الانتقائية للإصابة هي : جسم القفص وحشفته ، والسطوح المثنية للمساعدين ، والعنق ، وفي بعض الأحيان الصدر والظهر . والآفات هي حطاطات صغيرة (٢ - ٣ مم) ، غير مهيجة Nonirritant ، تأخذ اللون لحي عمر على الجلد الفاتح ، واللون المبيض على الجلد الغامق جسم ثقب مثلاً ، وتكون مضلعة الشكل ومرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، ولها سطح عاكس للضوء كعرق اللؤلؤ (٥) ، ومن هنا أتى اسم الحزاز اللامع (كلمة Nitidus تعني -لأنكيزية Glittering وبالغربية لامع) ، وقد يُدعى في بعض الأحيان انخفاضات سرية مركزية Umbilical . (راجع الشكل ٥٠ - ٨) .

تُبدى الآفات لدى معانيتها بالشفوفية رشاحات رمادية اللون . وقد تخرج منها هذه الرشاحات عند خدشها . تكون الاندفاعات في الأشكال المنتشرة من الداء وحيدة الشكل ، وقد تتوزع أحياناً في زمر أو مجموعات . أما الآفات الحويصلية أو الخرفية فهي نادرة جداً . وقد تتلازق الاندفاعات في بعض الأحيان لتشكل لوامح كبيرة . وكثيراً ما يُلاحظ التأثير المهيج المتمثل في الشكل Isomorphus irritant effect الذي يُدعى أيضاً بظاهرة كوبنر Koebner .

تحدث تبدلات ظفرية في سياق هذا الداء تشمل : تغلط نصفية الظفرية ، وهشاشة الأظفار Onychorrhexis .

أما الخاطبة القموية فإنها لا تُصاب إلا نادراً ، وتجلى صابيتها بشكل حطاطات بيضاء ضاربة إلى الرمادي ، دقيقة خجمة ، ولا تُشكل أبداً أشكالاً خطية أو شبكية خلافاً للحزاز المسطح .

التشريح المرضي النسيجي : المظهر النسيجي النموذجي للحزاز اللامع هو حبيبوم مُحَدَد من النمط الدرني الشكل Tuberculoid ، يتوضع في منطقة الأدمة الحليمية وما تحتها ، ولا يحتوي على مظاهر نخرية ، ولكنه قد يحتوي على الكثير من نمدويات وعلى أعداد معتدلة من الخلايا الظهارانية والخلايا عملاقة . يُطوَّق هذا الحبيبوم ببشرة شواكية من الجانبين ، بينما تكون البشرة المتوضعة فوق الحبيبوم نفسه ضامرة وذات قابلية

لتشكيل خطل القرن Parakeratosis .
السير : يتصف هذا الداء بالإزمان والنكس ، ويشفى عفوياً بعد عدة سنوات دون أن يُخلّف ضموراً ، لكنه قد يُخلّف مناطق مفرطة التصبغ .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق هذه الداء عن : الحزاز المسطح (فهو يتصف بإصابته للأغشية المخاطية) ، وعن الحزاز الحزازي L. Scrophulosorum ، والحزاز الشعري L. Trichophyticus (٥) ، والحزاز الإفـرنجي L. Syphiliticus (٥٥) ، والحزاز البـنجي L. Scorbuiticus ، والنخالية الحمراء الشعرية PRP .

المعالجة : عرضية ، ويمكن استعمال الستيرويدات موضعياً .

البلى الفيزيولوجي الشحماني Necrobiosis Lipoidica
[Oppenheim ١٩٢٩ ، و Urbach ١٩٣٢] :

المرادفات : البلى الفيزيولوجي الشحماني السكري ، الورام الحبيبي القرصي الشكل المزمن والمتري (Miescher) ، الورام الحبيبي الدرني الشكل ذو التصلب الجلدي الكاذب (غوترون Gotttron) .

تعريف : جلاد حبيبي مزمن يحدث عند المصابين بالداء السكري وغير المصابين به . ويتصف بظهور آفات قرصية شبيهة بآفات الذئب الشائع أو بآفات التصلب الجلدي المحدد (القشعية) . وتنجم آفاته عن التهابات حبيبية مترافقة بالبلى الفيزيولوجي وترسب الشحميات في الأدمة المتوسطة .

الحدوث : هو ليس بالداء النادر . وليس صحيحاً الافتراض القائل إن كل حالة من البلى الفيزيولوجي الشحماني ترافق بداء سكري صريح ، لأن الداء السكري يكون غائباً عند حوالي ٤٠٪ من المرضى . غير أنه كثيراً ما تكون مظاهر مُقدِّمة السكري Prediabetes (اختبار تحمل السكر) موجودة . ولقد قُدِّر معدل حدوث البلى الفيزيولوجي الشحماني عند المرضى المصابين بالداء السكري الصريح بنحو ٣٪ من الحالات . قد يظهر البلى الفيزيولوجي الشحماني قبل ظهور الداء السكري ، وليس هناك ارتباط بين شدة هذا الجلاد وشدة الداء الاستقلابي السكري . قد يحدث البلى الفيزيولوجي الشحماني في أي عمر من الأعمار غير أنه غالباً ما يُصيب البالغين ذوي الأعمار المتوسطة ، وتُصاب النساء على نحو أكثر بكثير من الرجال .

(٥) تدعى أيضاً الطفحة الشعرية Trichophytid (المترجم) .
(٥٥) تدعى أيضاً الطفحة الإفـرنجية الجريية Follicular syphilid (المترجم) .

(٥١) mother - of - pearl : مادة صلبة لامعة توجد في جوف بعض لأصداف (المترجم) .

الإمراض : السبب مجهولة . ولم تتوضح حتى الآن الأهمية الإمراضية لعدة أنواع من الأضداد المرتبطة بالنسيج Tissue bound antibodies - . ولقد اهتمت التبدلات الوعائية التي تحدث في سياق الداء السكري بأنها السبب في حدوث هذا الجلاد عند السكريين ، حيث يؤدي اعتلال العروق الدقاق السكري Diabetic microangiopathy إلى ترسب البروتينات السكرية في الجدران المتشنجة للأوعية الدموية الصغيرة ، غير أن هذا لا يُفسر سبب حدوث الداء عند غير السكريين ، ولا يفسر التشابه النسيجي بين هذا الداء والحببوم الحلقي . ويبدو أن للرضع الموضعي دوراً إمراضياً هاماً .

الموجودات السريرية : المناطق الانتقائية للإصابة هي : الجوانب الباسطة للساقين ، وظهور القدمين ، والكاحلين . وقد تُصاب أيضاً الجوانب الثنية للساقين والفخذين . كما قد تتوضع الآفات عند حوالي ١٥٪ من المرضى في أماكن أخرى وخاصة على الساعدين وظهور اليدين . والتوضع السريري الملفت للنظر هو الفروة ، حيث تُسبب الآفات هناك حاصات كاذبة Pseudopalades بسبب التبدلات الضمورية . تظهر على الساقين اندفاعات قُرصية ، ضمورية ، غير منتظمة الشكل ، ولكنها واضحة الحدود ، ويكون مركزها قاسياً متصلباً ذا لون أصفر أو أصفر بني ، كما يحتوي على الكثير من الشعيرات المتوسعة ، بينما تأخذ الحافة الهامشية للآفة اللون البنفسجي الأحمر أو البني الأحمر . هذا ويُلاحظ من الوصف السابق أن البلى الفيزيولوجي الشحماني يشبه كثيراً التصلب الجلدي المحدد (القشبية) . (راجع الشكل ٥٠ - ٩) .

قد تتلازق عدة آفات صغيرة بعضها ببعض لتشكل آفة كبيرة واحدة . وقد تبدأ الإصابة في طرف واحد فقط ، غير أنها غالباً ما تُصبح متناظرة بعد ذلك . وفي ثلث الحالات تقريباً تنشأ ضمن الآفات قرحات بطيئة الشفاء لها قاعدة صفراء مبقعة ، وتُسبب هذه القرحات بتوضعها فوق عرف الظنبوب (٥) التهاب السحق الذي يُسبب ألماً شديداً .

تُبدى الآفات (حتى القديمة منها) لدى معابتها بالشفوفية مظهراً ذائبانياً أصفر اللون . وتُخلّف الآفات بعد شفائها دائماً ضموراً جلدياً وتخرياً في اللواحق الجلدية وخاصة في الجريات الشعرية والغدد الزهمية .

أشكال خاصة :

البلى الفيزيولوجي الشحماني البقعي المنتثر : يتصف هذا الشكل بظهور متدرج لآفات منتشرة ، حمراء اللون ، مرتشحة قليلاً ، يتراوح قطرها بين ٢ - ١٠ ملم ، وتُشخص غالباً عن طريق

(٥) الحافة الأمامية للظنبوب .

الفحص النسيجي فقط . يجب تفريق هذا الشكل من البلى الفيزيولوجي الشحماني عن الحببوم الحلقي المعمم (المنتثر) .

البلى الفيزيولوجي الشحماني على الرأس والجبهة : يتصف بظهور آفات حلقة أو ساعية Serpiginous تشفى مركزياً مُخلّفة وراءها زوالاً في الصباغ ، وتتوضع بشكل خاص على هامش الفروة . قلماً يترافق هذا الشكل بالداء السكري ، وقد نجد صعوبة كبيرة في تفريقه سريرياً ونسجياً عن الغرناوية المتحلقة Circinate sarcoidosis .

الوَرَم الحبيبي القرصي الشكل المزمن والمتري Granulomatosis Disciformis Chronica et Progressiva : (ميشر Miescher ١٩٤٨) : ليس هو بكيونة مرضية مستقلة ، ولكنه على الأرجح أحد أشكال البلى الفيزيولوجي الشحماني الذي يحدث عند غير المصابين بالداء السكري . والتبدل النسيجي في هذه الحالة هو تفاعل حبيبي درني الشكل بارز يكون مصحوباً بقليل من البلى الفيزيولوجي ولا يصحب بترسبات شحمية .

التفريح المرضي النسيجي : تحدث التبدلات النسيجية في كل من الأدمة المتوسطة والعميقة ، حيث نشاهد عدة بؤر من البلى الفيزيولوجي المُغراوي (الكُلَاجيني) المترافقة بالتهابات في بطانة الأوعية . تُبدى هذه البؤر ميلاً نحو التكتس الزجاجي Hyalinization ، كما أنها تُخترق ببعض المنسجات ، وتحتوي كذلك على كميات وافرة من المواد الشحمية أليفة السودان Sudanophilic (الشحميات الفوسفورية والكولستيرول) . ثم يحدث بعد ذلك التليف ، الذي يترافق مع ارتشاحات خلوية بقعية مؤلفة من اللعفاويات والمنسجات والخلايا الظهارانية والأرومات الليفية . كما تحتوي البؤر المتكسدة على خلايا البلى الفيزيولوجي وعلى الشُدَف النووية . والشئ الوصفي أيضاً هو وجود الخلايا العملاقة من غط الجسم الأجنبي إضافة إلى أعداد مبعثرة من الخلايا الرغوية (وهي منسجات تحتوي على الشحميات) . وغالباً ما تبقى الألياف المرنة موجودة في بؤر البلى الفيزيولوجي ولكنها تختفي في المراحل الأخيرة . تحدث في سياق هذا الداء تبدلات وعائية هامة مثل حدوث تشخات جدارية أو حتى انسدادات كاملة في العديد من الشُرَينات . أما عديدات السكريد المخاطية والفليكوجين فإنها تترسب في بؤر البلى الفيزيولوجي بمعدل أقل منه في الحببوم الحلقي . هذا وتُسيطر اللعفاويات على الحببوم .

المسّر : مزمن . وتكون الآفات عرضية Symptomatic فقط ، وتنجم الاختلاطات عن التقرحات التي قد تحدث في الآفات المتوضعة على الساقين . تراجع ١٠٪ من الآفات عقوياً ، ويحدث الشفاء العقوي عند حوالي ٢٠٪ من المرضى .

التشخيص التفريقي : قد نجد صعوبة كبيرة في تفريق هذا الداء سريرياً أو نسيجياً عن الحبيبوم الحلقي وخاصة في الأشكال المنتشرة منه . ويمكن نفي الغرناوية والتصلب الجلدي المحدد (القشعية) عن طريق الخزعة النسجية . أما في الأشكال المتفرقة فيجب أن نأخذ بعين الاعتبار العديد من الأدوية بما فيها الطفحيات الإفرنجية المعجزة الساعية المتفرقة Tuberoeripiginous syphilide (الاختبارات المصلية ... إلخ) . وفي حال وجود الآفات الحلقية أو الساعية على الرأس أو الجبهة فإنه يجب نفي الغرناوية المتحلقة Circinate والحبيبوم الحلقي .

المعالجة : يجب علاج الأدوية المُستَبطنة (كالداء السكري ، وفرط ضغط الدم) . ويُفقد في الآفات المتوضعة على الساقين استخدام العصائب الضاغطة أو الجوارب المطاطية المحكمة الشد لفترة طويلة من الزمن لأنها تقوم بتعزيز الدوران الوريدي . كما يمكن الحصول على نتائج جيدة باستعمال الشريط المحتوي على الستروئيدات القشرانية السكرية أو بزرق المعلق البلوري الممدد للستيرويدات القشرية داخل الآفات (يمدد ١٠ ملغ من التريامسينولون أسيتونيد Triamcinolone acetonide مع محلول ملحي فيزيولوجي أو مع مُبْتَج موضعي بمعدل ١ : ٤ - ١ : ٥) . أما في الأشكال المتفرقة فيمكن التوصل إلى نتائج ملموسة عن طريق الجراحة الرأية Plastic surgery المتضمنة إجراء الطعوم الجلدية .

العقيدات الرثوية والرثيانية Rheumatic and Rheumatoid Nodules :

المترادفات : الرثية العقيدية Noduli Rheumatici ، Rheumatismus Nodosus .

يجب تمييز التبدلات العقيدية التي قد تحدث في سياق التهاب المفاصل المتعددة الحاد (الحمى الرثوية) عن تلك التي قد تحدث في سياق التهاب المفاصل الرثياني .

العقيدات الرثوية Rheumatic Nodules : تكون عادة بحجم حبة البازلاء ، وتوضع في مناطق البروزات العظمية مثل : مفاصل الأصابع ، والمرفقين ، واللقيمات Epicondyles ، والقدال « مؤخر الرأس » . تُشاهد هذه العقيدات عند حوالي ٣٠٪ من المصابين بالحمى الرثوية . هذا وكثيراً ما يترافق الداء مع الإصابة القلبية . (راجع الشكل ٥٠ - ١٠) .

التشريح المرضي النسيجي : تُشاهد التبدلات التالية : نخر فبريني (ليفيني) شديد ، مع أوعية متخنة الجدر ، مع قليل من اللمفاويات . وقد تُشاهد أيضاً عقيدات جلدية ماثلة للغرناوية .

العقيدات الرثيانية Rheumatoid Nodules [Hillers ١٨٦٨] : تحدث هذه العقيدات عند حوالي ٢٠٪ من المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الرثياني المزمن ، غير أنها قد تُشاهد أحياناً حتى مع غياب التبدلات المفصالية . والمنطقة الإنتقائية لتوضع هذه العقيدات هي الناحية الزندية للمرفق ، كما أنها تتوضع بتواتر أقل على اليدين (وخاصة فوق ظهر الأصابع) ، أو على الأذنين ، أو في أية منطقة جلدية مُعرضة للضغط الميكانيكي .

والعقيدات الرثيانية في الغالب عقيدات غير مؤلمة ، قاسية ، بلون اللحم ، تبرز فوق مستوى سطح الجلد ، وتتوضع تشريحياً في المنطقة تحت الجلد أو في أي من الأنسجة اللينة الأخرى . ويتراوح حجمها بين ٥ - ١٥ ملم أو أكثر ، وقد تنقرح بسبب الضغط ، أو الرضح ، أو التهاب الأوعية . هذا وتُشاهد العقيدات الرثيانية غالباً في سياق الأشكال الأكثر شدة من الداء المفصلي .

وكثيراً ما تُكشف في مصول هؤلاء المرضى الأضداد الرثوية والأضداد المضادة للنوى .

التشريح المرضي النسيجي : يُلاحظ وجود عدة بؤر صغيرة من النخر الفبريني (الليفيني) Fibrinoid necrosis ضمن نسيج مرتشح بالفيرين (الليفين) ، وتُحيط الأرومات الليفية والمُتَسِجات بهذه البؤر إحاطة الأسجية الحسائية (الدرايزونية) Palisades . وقد تُشاهد اللمفاويات والخلايا المصورية في المحيط . كما تحتوي المنطقة النخرية المركزية على بقايا نووية ، وعلى مادة عديمة الشكل ، وألياف ألفة الفضة ، وأخيراً يتم امتصاص النخرات ، وتنعضي ، وتطوّف بمحفظة ليفية .

الإنذار : قد تتراجع العقيدات الرثوية خلال فترة قصيرة نسبياً ، خلافاً للعقيدات الرثيانية التي تستمر عادة فترة زمنية أطول . هذا وقد تنتقب العقيدات الرثيانية عفواً فتخرج منها مادة نخرية .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق العقيدات الرثوية والرثيانية عن الجلادات التي تُشكّل عقيدات تحت الجلد والتي قد تتوضع أيضاً فوق المفاصل بشكل رئيسي مثل : عُقد هيردين Heberden^(٥) ، والعقيدات المجاورة للمفصل Juxtaarticular nodules (الداء العُلَيقي Yaws ، والبِنتا Pinta ، والإفرنجي) ، والعقيدات الليفانية في سياق التهاب جلد الأطراف المزمن المضمر ، والصفرومات الورتية (غمد

(٥) عقيدات تحدث في سياق الفُصال العظمي osteoarthritis (المترجم) .

الوتر) ، وتُؤَفَّ النُقُرس *Gouty tophi* ، والكُلاس ، والأورام الكبية . هذا ولا بد من الإشارة إلى وجود تشابه نسجي بين العقيدات تحت الجلد التي تظهر في سياق داء سِتِل Still وبين العقيدات الرئوية .

المعالجة : صعبة ، ولا بد من معالجة الداء المُستَبِطن . تقوم المعالجة الموضوعية على تسريب المعلق البلوري الممدد للستيرويدات القشرية داخل العقيدات ، وعلى استئصالها جراحياً كلما أمكن ذلك .

الحبيوم المواتي الأنفي *Granuloma Gangraenescens* Nasal : [١٩٢٩ Kraus ، ١٨٩٧ Mc Bride]

المترادفات : حبيوم الأنف الخبيث (woods ١٩٢١) ، حبيوم الخط المتوسط للوجه الميت (Williams ١٩٤٩) ، الشباك المتعدد الأشكال (Harrison ١٩٥٩) .

تعريف : داء نادر جداً ، يتصف بتبدلات النهائية ناعرة لا نوعية ، تُفضي إلى تخريب سريع في منطقة الأنف ومركز الوجه ، وإذا لم يُعالج هذا الداء فإنه يسبب الموت غالباً . وما يميز هذه الحالة عن الورم الحبيبي لَوِغَنز Wegener's granulomatosis هو غياب التبدلات الشريانية التي يتسم بها الداء الأخير ، ومع ذلك فإن العديد من المؤلفين لا يفصلون بين هذين المرضين . (انظر الفصل ٢١) .

الإمراض : مجهول . يبدو أن الالتهاب الناصر المزمن اللا نوعي في بعض حالات الداء يقوم أيضاً على خلفية من اللمفوم اللمفوماني أو اللمفوم الخبيث .

الموجودات السريرية : يحدث هذا الداء عند الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٥٠ سنة . ويتظاهر أولاً بوذمة في الأنف مع نجيح أنفي قيحي دموي له رائحة كريهة عفنة . ثم يؤدي الالتهاب الناصر في الطور الفعّال من الداء إلى حدوث تقرحات وتخريب في المنخرين وجسر الأنف مع تشكل جُلَبَات نخرية ملتصقة ، كما يؤدي إلى حدوث انثقاب في كل من الوتيرة (الحاجز الأنفي) والحنك . وقد يؤدي الداء في مرحلته المتقدمة إلى تخريب الجيوب الأنفية الإضافية ، والعظم الغربالي ، وقاعدة القحف .

تبقى الحالة العامة جيدة نسبياً فترة طويلة من الزمن دون حمى . ولا يحدث عادة أي تبدل مرضي في العقد اللمفية الناحية ، ولكنها إذا ما تضخمت هذه العقد فإنها تُبدي بالفحص النسجي التهاباً لا نوعياً فقط .

التشريح المرضي النسجي : يُبين المقطع النسجي وجود التهاب حبيومي ناعراً لا نوعي مؤلف من اللمفاويات ، والخلايا المصورية ، والنسجات ، والأرومات الليفية ، والخلايا

العملاقة ، والحمضات ، إضافة إلى العدلات ، كما يُبين المقطع النسجي وجود تبدلات وعائية (نخور جدارية ، وتخنات جدارية مع تكاثرات بطنية) ، مع أنها ليست بالمظاهر الرئيسية دائماً . هذا وتدل الخلايا اللا غطية ذات النوى المفرطة الإصطباغ (الكروماتين) على وجود الشباك أو اللمفوم الخبيث ، وهذا ما يجب التأكد منه بالخزعات النسجية .

السير : تحت حاد أو مزمن . ويحدث الموت ، ما لم يُعالج الداء ، بعد فترة تتراوح بين ستة أشهر وثلاث سنوات ، وينجم عن : النزف التآكلي ، أو التهاب السحايا ، أو الحراجات الخفية ، أو الإلتان ، أو ذات الرئة .

التشخيص التفريقي : من المهم جداً أخذ اللمفوم الخبيث بعين الاعتبار . وقد نجد صعوبة كبيرة في تفريق هذا الداء عن المرحلة الباكورة (المرحلة الأنفية) من الورم الحبيبي لَوِغَنز Wegener . كما يجب أيضاً أخذ الأدواء التالية بعين الاعتبار : الحبيوم الجلدي الحمض الشبيه بالورم (٥) ، وتقريح الجلد ، والصلبوم الأنفي ، وآكلة اللحم (النوما Noma) ، والحمرة المواتية ، والإفرنجي الثالتي ، والتدرن الجلدي التقرحي .

المعالجة :

جهازياً : تُعطى جرعات عالية من الستيرويدات القشرانية السكرية (يُعطى ٨٠ - ١٢٠ ملغ من الريدنيزولون/يوم أو ما يعادله من الستيرويدات القشرية الأخرى) ، ثم تُنقص هذه الجرعة بصورة تدريجية . ومن الأدوية الأخرى التي يجب أيضاً أن نأخذها بعين الاعتبار كابتنات المناعة (الأزاثيوبرين Azathioprine ١٠٠ - ١٥٠ ملغ / يوم) ، أو موقنات النمو الخلوي cytostatics ؛ وكذلك الصادات واسعة الطيف .

موضعيّاً : يجب الاعتناء بالآفات الجلدية المتقرحة . تكون المعالجة بالأشعة السينية شافية ، كما يمكن إجراء الجراحة الرأية Plastic surgery في مرحلة لاحقة .

حبيوم مزيلات الرائحة *Deodorant Granuloma* Pinkus و Botvinick ١٩٥٧ :

المترادفات : الحبيوم الإبطي ، حبيوم الزرقونيوم Zirconium .

الحدوث : هو التهاب حبيومي في الناحية الإبطية ، ينجم عن استعمال مزيلات الرائحة المحتوية على الزرقونيوم . ولقد لوحظ لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٥٦ ، ولم يُسجَل في البلدان الأخرى إلا نادراً .

(٥) tumor - like eosinophilic granuloma of the skin .

الإمراض : يحدث تفاعل حبيبيومي من نموذج الجسم الأجنبي^(*) بعد استعمال مزيلات الرائحة المحتوية على الزرقونيوم . ويعتبر هذا الحبيبيوم تفاعلاً أريجياً من النموذج الآجل ، ويُستدل على ذلك من إيجابية الاختبارات الأدمية باستعمال مادة الزرقونيوم عند العديد من هؤلاء المرضى .

وقد ذُكر أيضاً حدوث تفاعلات محدودة شبيهة بالإكزيمة في جدران الجريسات . يدل توضع الحبيبيوم في كل من الجريب الشعري والغدد العرقية الناتحة والمفتزة على أن المادة المُحدثة للحبيبيوم تصل إلى الجلد عبر هذه الطرق .

الموجودات السريرية : يظهر في الحفرة الإبطية وتحت بشرة منتفخة لمساء العديد من الحطاطات المتراسة على نحو كثيف ، يتراوح قطرها بين ٣ - ٥ ملم ، وتكون بلون الجلد أو ضاربة للحمرة ، ولا تتراقب بأية أعراض .

التشريح المرضي النسيجي : يُبدي الأدمة المتوسطة والعميقة باحات حبيبيومية محددة مؤلفة من الخلايا الظهارانية ، وبعض الخلايا العملاقة من نموذج لنغهانس Langhans أو من نموذج الجسم الأجنبي ، وبعض اللمفاويات . وقد تتسرب اللمفاويات أحياناً إلى اللواحق الجلدية . هذا ولا تُشاهد في هذا الحبيبيوم البلورات المزدوجة الكسر Birefringent^(**) ، غير أن من الضروري إظهار أملاح الزرقونيوم في كل من المَزَوَقَات والجلد عن طريق مرسام الطيف الكيمياء Chemospectrograph .

السير : تراجع الآفات عقوياً في الغالب بعد فترة تتراوح بين سنة وستين .

التشخيص التفريقي : لا توجد صعوبة في تفريق هذا الداء عن داء فوكس - فورداي Fox - Fordyce ، فهذه الحطاطات المخروطية في هذا الداء تتوضع في الجلد حصراً .

المعالجة : يمكن تطبيق المستحضرات الموضعية للستيروئيدات القشرانية السكرية ، إنما بمحذر ولفترة قصيرة (تجنباً لخراجات الغدد العرقية) .

الحبيبيوم الأليوي الطفلي Granuloma Gluteale Infantum [Tappeiner و Pflieger ١٩٧١] :

تعريف : داء حبيبيومي يُصيب الرضع ، ويلى معالجة التهاب

الجلد الحفَاضي بالستيروئيدات القشرانية السكرية القوية .
الحدوث : يُصيب هذا الداء الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين الشهرين وسبعة أشهر ولا يرتبط بجنس معين . وقد يُصيب البالغين في حالات فردية .

الإمراض : السبب غير واضحة . ويتصف الحبيبيوم الأليوي عند الرضع بأنه داء مزمن ، يستمر عدة أشهر ، ويتطور عادة على خلفية التهاب الجلد الحفَاضي ، أو على خلفية الحُمج المذحي بالمبيضات البيض ، وغالباً ما تكشف القصة السريرية استعمال المراهم المحتوية على الستيروئيدات القشرانية السكرية القوية .

الموجودات السريرية : تكون الصورة السريرية وصفية ، إذ تُشاهد على الألتين وعلى النواحي المثنية للفقذين عدة عقيدات كبيرة ، مدورة (تأخذ الآفات المتوضعة في الطيات الجلدية شكلاً بيضوياً) ، حمراء مزرقرة ، يصل قطرها أحياناً إلى عدة سنتيمترات . وقد يحدث تآكل سطحي بسبب الاحتكاك .

التشريح المرضي النسيجي : يُبدي المقطع النسيجي رشاحة خلوية متعددة الأشكال مع حمضات وخلايا مصورية . وتتحرق هذه الرشاحة كامل الأدمة حتى الحدود البشرية . وقد تُشاهد أيضاً تكاثرات وعائية ، وأحياناً تنكساً فيرنانياً في جدر الأوعية الدموية . أما البشرة فتكون طبيعية تماماً وقد تُبدي شواكاً مع فرط تقرن . هذا ولا بد من الإشارة إلى وجود تشابه نسيجي بين هذا الداء والحبيبيوم الوجهي .

السير : يستمر الداء بضع أسابيع أو أشهر ، وإنذاره جيد .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق هذا الداء عن كل من المفوم الكاذب وورم الخلايا البدنية العقيدي : وتتصف هذه الأدوية بأنها لا تُصيب المنطقة الحفَاضية فحسب ، وبأنها تأخذ لوناً بنياً أغمق . هذا وينبغي أيضاً نفي الإفرنجاني عقب التآكلي Posterosive Syphiloid .

المعالجة : تقتصر على إجراء بعض المعالجات الجففة (دهون الزنك ، أو عجينة الزنك ، أو زيت الزنك) . يجب الامتناع عن استعمال المراهم المحتوية على الستيروئيدات القشرانية السكرية القوية ، كما يجب عدم استخدام السراويل الداخلية للبدنية Plastic panties مع تبديل الحفاظ بشكل متكرر .

(*) تُقسم تفاعلات الأجسام الأجنبية إلى أرجية وغير أرجية ، ويتمى

حبيبيوم الزرقونيوم إلى الأرجية منها (المترجم) .

(**) تُشاهد بواسطة الضوء المستقطب (المترجم) .

الفصل الحادي والخمسون

الالتهابات المفرطة الحمضات

Inflammations with

Hypereosinophilia

د . عبد الحكيم عبد المعطي

متلازمة المفرطة الحمضات **Hypereosinophilic Syndrome** [Griffin ١٩١٩] :

المترادفات : الالتهاب الحمضي **Eosinophilic leukemoid** (Schmidt - Weyland ١٩٢٥) ، الشبّاك الحَمِيض (Gottron ١٩٥٦) .

تعريف : تشمل هذه المتلازمة النادرة جداً عدداً من الاضطرابات التي تتصف بفرط حمضات الدم و/أو بكثرة حمضات النقي ، وبحدوث ارتشاحات نسيجية بالحمضات ؛ دون وجود فرط تحسس مثبت تجاه الأحياء المجهرية ، أو الطفيليات ، أو الأدوية ، أو الأورام . وعلى الرغم من أنه قد تصاب عدة أعضاء أو أنسجة ، فإن الإصابة تتركز بشكل رئيسي في القلب (التهاب الشغاف الحمض ، التهاب عضل القلب الحمض ، التهاب الأبرهر الحمض ، وغيرها ...) ، وكذلك في الحملة العصبية المركزية . أما الحالات التي يُصاب فيها الجلد أولاً فهي نادرة جداً ، وقد ترافق بآفات قلبية فيما بعد . وكلما كان ازدياد حمضات الدم طفيفاً ، كان احتمال حدوث الآفة القلبية قليلاً .

الإمراض : السببيات مجهولة . ويُعتقد أن التفاعلات الأرجية - المفرطة النشاط المتعددة العوامل عند هؤلاء المرضى المُحسّسين بشدة ، إنما تُثار وتُصان بواسطة أمراض أو مستأرجات **Allergens** متنوعة .

الموجودات السريرية : تكون الآفات الجلدية متعددة الأشكال ، ولا يمكن تمييزها عادة إلا من خلال الرشاحة النموذجية ، وأهمها : الحكّة الشديدة ، والحمامى المتقرنة المتوسفة ، والشرى المزمن المتقطع **intermittent** أو الوذمة الوعائية ، أو العقيدات المتقرحة أو الارتشاحات الجلدية الالتهابية ، بالإضافة إلى الحَبَر مع التهاب الأوعية . كما ذكر حدوث الطفوح المعمة الحطاطية ، أو الحاكّة ، أو المتحززة . ولا بد من الإشارة أيضاً إلى الترافق النادر لهذه الحالة مع ضخامة العقد اللمفية ، ومع ضخامة الكبد والطحال .

ويبدو أن هناك متلازمات سريرية خاصة ونوعية تماماً

وهي : التهاب الهلل الحمض (متلازمة ويلس Wells) ، و التهاب الجلد المفرط الحمضات (متلازمة Nier - Westfried) ، وكثرة المنسجات الحمضة .

السير : مزمن .

التشخيص : يُبنى التشخيص على العلامات السريرية ، وعلى التبدلات النسيجية التي تُظهر الارتشاحات الالتهابية بالحمضات ، وعلى الفحوصات المخبرية التي تُظهر كثرة الكريات البيض (١٥ ٠٠٠ - ٢٠٠ ٠٠٠) ، وكثرة حمضات الدم دون أرومات (٢٠٪ - ٩٠٪) ، وكثرة حمضات النقي .

المعالجة : يجب البحث عن الأسباب ، والتخلص منها إن كان ذلك ممكناً .

جهازياً : تُعطى الستيرويدات القشرية وكابتات المناعة .

موضعياً : معالجة الأعراض . وتعمل الستيرويدات القشرية عن طريق إزالة تحبب الحمضات **Degranulation** ، والتي كثيراً ما تؤدي إلى إثارة الحكّة . كما يمكن تجربة البوفا **PUVA** أو الأشعة السينية اللينة (٦ - ١٢ Gy) مع توخي الحذر .

التهاب الهلل الحمض **Eosinophilic Cellulitis** [Wells ١٩٧١] :

المترادفات : متلازمة ويلس Wells ، التهاب الجلد الحبيبيومي المعاود مع كثرة الحمضات ، الارتشاح الجلدي الحمض الحاد مع الشلل الوجهي وفرط حمضات الدم (Miescher ١٩٥٢) .

تعريف : داء متعدد الأشكال ، يتصف بالنكس والإزمان ، ويتميز بحدوث ارتشاحات التهابية حمضة ، يتلوها فيما بعد تشكل حبيومات التهابية ترافق بكثرة الحمضات ؛ كما يتصف هذا الداء بكثرة حمضات الدم والنقي . تحدث متلازمة ويلس Wells الثانوية مع أي تفاعل حمض ذي أشكال لهبية **Flame figures** ، كما هي الحال في عضات الحشرات .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الأسباب المحتملة في إحداث هذا الداء والتي تتضمن عدم تحمل الأدوية^(٥) ، حيث ينجم عن هذه الأسباب تفاعلات التهابية شديدة بالحمضات يتلوها فيما بعد تحرر لحييات الحمضات التي تملك تأثيرات سمية

(٥) لم يُذكر في الطبعة الإنكليزية سوى سبب واحد ، مع أنه توجد أسباب أخرى أيضاً منها : الأخماج الطفيلية والفطرية ، وعضات الحشرات (المترجم) .

على مغراء الأدمة . ثم تحدث في مرحلة لاحقة تفاعلات بلعمية تكون في الغالب من نموذج التفاعلات الحبيبية بالمنسجات .

الموجودات السريرية : للداء طوران اثنان : باكر ومتأخر . ويُعرف الطور الباكر بالتهاب الهلل الحمض الحقيقي ، ويستمر لأيام قليلة فقط ، ويتصف سريراً بظهور الحمامى ، والحصى ، والوذمة المؤلمة المحددة ، والارتشاح . وقد يشبه هذا الطور إلى حد ما ، التهاب السبلة الشحمية ، أو التصلب الجلدي المحدد (القشيعه) .

ويُعرف الطور المتأخر بالتهاب الجلد الحبيبي مع كثرة الحمضات ، ويستمر لعدة أسابيع ، ويتصف سريراً بظهور الحماميات الحلقيّة جزئياً والشبيهة بالشرى ، كما يتصف بظهور الارتشاحات الصلبة المؤدية للضمور ؛ أو بظهور الحُكَاك prurigo المترافق بحكة عنيفة ، وقد تظهر الحويصلات أحياناً .

أما الموجودات المخبرية الثابتة في هذا الداء فهي كثرة حمضات الدم والنقي ، وقد تكثر الكريات البيض في المراحل الأخيرة ، ولكن من النادر أن تكثر الصفيحات ، كما ترتفع سرعة التثفل .

الأعراض : الأعراض الشائعة في هذا الداء هي : الحمى ، والدعث ، والألم المفصلي ، وقد ذكر أيضاً حدوث الشلل الوجهي .

التشريح المرضي النسيجي : تتوضع الرشاحات النموذجية في الأدمة وتحت الجلد ، وتصطف غالباً حول الأوعية والملحقات ، وتتألف بشكل رئيسي من الحمضات والعدلات ، ولا تكون مصحوبة بالتهابات في الأوعية . أما الاضطراب النسيجي الهام فهو احتواء النسيج الضام على مناطق محددة من النخر الفبرينيائي **Fibrinoid necrosis** ، تكون مرصعة جزئياً بالحطام النووي (الناجم عن إتلاف الحمضات **Eosinophile** cytoclasis) ، وينجم عن ذلك ظهور ما يُدعى بالأشكال اللهبية **Flame figures** . كما قد تتشكل حول الكتل الفبرينية تفاسلات حبيبية مؤلفة من الخلايا الظهارانية والخلايا العملاقة ، وتكون الخلايا الأخيرة من نموذج الجسم الأجنبي ومن نموذج لنغهانس **Langhans** . هذا ويندر ظهور الحويصلات المحتوية على العدلات والحمضات والفبرين ، وتُشاهد داخل البشرة وتحتها .

المرضيّات المناعية **Immunopathology** : يترسب الفبرينوجين (مولد الليفين) في الأدمة وتحت الجلد . ويُلاحظ في بعض الأحيان ترسب الغلوبولين المناعي (M) في منطقة الغشاء القاعدي ، وترسب الغلوبولينات المناعية (G) و (A) و (E) في الأدمة وتحت الجلد . كما لوحظ بواسطة التأتق

المناعي المباشر ترسب البروتين الأساسي الأعظمي للحمضات **Major basic protein** ضمن الكتل الفبرينية .

السير : يتصف هذا الداء بالإزمان والنكس ، وقد يستمر عدة أشهر أو سنوات ، ونادراً ما تحدث الهدآت العفوية ، كما لوحظ حدوث الشلل الوجهي .

التشخيص التفريقي : نظراً لتعدد أشكال الآفات الجلدية في التهاب الهلل الحمض ، فإنه يجب علينا أن نأخذ بعين الاعتبار الأدوية التالية في سياق التشخيص التفريقي : الحمرة ، والإكزيمة ، والتصلب الجلدي المحدد ، والتهاب الجلد الحلثي الشكل ، والشرى ، والجلادات المفتعلة ، والأدواء الحكاكية الشكل ، والتهاب السبلة الشحمية .

المعالجة :

جهازياً : يمكن ضبط الداء عادة بإعطاء جرعات منخفضة من المستيرويدات القشرية ، كما يمكن تجريب الدابسون **Dapsone** .

موضعيّاً : يتوقف اختيار العلاج الموضعي على طبيعة الآفات الجلدية الموجودة ؛ فهناك القشريات السكرية ودهون الزنك .

التهاب الجلد المفرط الحمضات **Hypereosinophilic Dermatitis** [Westfried و Nier ١٩٨١] :

تعريف : ينضوي هذا الاضطراب الجلدي المتميز سريراً تحت طيف المتلازمات المفرطة الحمضات .

الحدوث : نادر جداً .

الإمراض : يُعد غطاً للمتلازمة المفرطة الحمضات ولكن بمميزات مورفولوجية خاصة ، حيث لا تحدث فيه الإصابات العضوية وخاصة القلبية منها .

الموجودات السريرية : يتصف هذا الداء من الناحية السريرية بظهور طفح معمّم متعدد الأشكال مؤلف من حطاطات وعقيدات مدورة ، لماعة ، حمراء أو حمراء مسمرة ، لا يتجاوز قطرها ٨ ملم ، ترافق بلطخات حمامية ، وتنفّ عادة عن الرأس ، والراحتين والأخصصين ، وحشفة القضيب . ويبدو أنه لا تحدث في سياق هذا الداء إصابات قلبية ، مع أنه قد سُجِّل حدوث شذوذات في مخطط كهربائية القلب ECG عند عدد محدود من المرضى . يمتاز هذا الداء بعدم إبداء أي مظاهر تدل على وجود الأورام ، أو الطفيليات ، أو التأثيرات الدوائية الجانبية ، أو غيرها من مظاهر الأرجية **Allergy** .

الموجودات المخبرية : المظهر البارز هو كثرة حمضات الدم ، ويتراوح معدلها بين المتوسط والمرتفع قليلاً (حوالي ٢٠٪) .

ويُقدَّر العدد المطلق للحمضات بنحو ٣٠٠٠/ملم^٣ .

كثرة المنسجات الحمضة Eosinophilic Histocytosis
[Winkelman و McLeod ١٩٨٥] :

تعريف : يحدث هذا الجلاد الالتهابي النادر جداً عند البالغين ، ويتميز بالإزمان والنكس ، ويتصف بكثرة الحمضات والمنسجات .

التشريح المرضي النسجي : يكون المظهر النسجي مميزاً ، حيث نشاهد رشاحة أدمية كثيفة غنية بالحمضات .

الموجودات السريرية : يكون المرضى في صحة جيدة بشكل عام ، وتظهر عندهم طفوح حطاطية عقيدية معممة قد تختلط بالنخر والتقرح والتندب .

السير : يكون مزمناً وتخلله بعض الطفوح العارضة Episodic .

السير : تشفى معظم الآفات عفواً . وقد تطور عند أحد المرضى غرن المنسجات الخبيث خلف الصفاق .

التشخيص التفريقي : يؤخذ بعين الاعتبار كل من التهاب الهلل الحمض (متلازمة ويلس Wells) ، والآفات الجلدية في سياق المتلازمة المفرطة الحمضات .

التشخيص التفريقي : قد يشبه الداء كُلاً من الشُباك الجلدي ، ونظير الصُداف ، والحُطاط اللمفائي Lymphomatoid papulosis .

المعالجة : هي نفسها في التهاب الهلل الحمض ، بما فيها الدابسون Dapsone .

الفصل الثاني والخمسون

الوحمات

Nevi

د . هناء المسوكر

التعريف والتصنيف :

لم يتم التوصل حتى الوقت الحاضر إلى تعريف مقبول بشكل عام فيما يخص أمر الوحمات . وتعرف الوحمات على أنها تشوهات لا وراثية تنجم عن اضطراب في التطور الجنيني . قد تكون الوحمات موجودة عند الولادة (الوحمات الخلقية) ، وقد تظهر فيما بعد أثناء الحياة (الوحمات المكتسبة) . ومتى ظهرت الوحمات فإنها تستمر أو تبقى ثابتة دون أي تغيير بشكل عام . وبالتعايير العامة تسمى الشامات أو الخال «Moles» أو الوحمات Birthmarks أو البقع الكبدية . وكثيراً ما يصعب التمييز بين الوحمات وبين الأورام السليمة – الحميدة الحقيقية .

يمكن تمييز ثلاثة أنواع من الوحمات : وحمات الخلايا الصباغية ، وحمات الخلايا الوجيهية (وحمي – خلوي أو خلية وحمية) والوحمات العضوانية (Organoid) (انظر الجدول ٥٢ : ١) .

وحمات الخلايا الصباغية Pigment Cell Nevi : تتميز هذه الوحمات بعدد كبير نسبياً من الخلايا الملانية و/أو فعالية هذه الخلايا الملانية الأدمية أو البشروية . وتظهر على شكل باحات Areas مفرطة الصباغ ذات حدود واضحة (الوحمات الزرقاء) .

وحمات الخلايا الوجيهية Nevocytic Nevi : وتحتوي على غط خاص من الخلايا الوجيهية Nevocyte . وهي قادرة على تصنيع الصباغ .

الوحمات العضوانية : وهي عبارة عن اضطراب في محتويات الجلد السوي . وتسمى الوحمة وفقاً للنسيج الغالب فيها ، مثلاً (الوحمة الزهمية N. Sebaceous) .

الجدول ٥٢ - ١ : أنماط الوحمات

وحمات الخلايا الصباغية

● وحمات الخلايا الملانية البشروية :

نقع نفهوه خليب

نلا - وحمي الشكل (وحمه Becker)

نحمة نقبة N. Spilus

الشامة البسيطة

متلازمات الشامات

● وحمات الخلايا الملانية الأدمية :

البقعة المنغولية

وحمة أوتا Ota

وحمة ايتو Ito

الوحمة الزرقاء

وحمات الخلايا الوجيهية

الوحمة وحمية الخلايا وأنماطها : خلقية أو مكتسبة

الوحمة الهالية Halo Nevus

وحمة الخلايا المغزلية (وحمه سبيتز Spitz)

الوحمة مخنلة التنسج (المثلونة) ومتلازمات الوحمات مخنلة التنسج

الوحمات العضوانية

● الوحمات الظهارية :

الوحمات البشروية

وحمات الغدد الزهمية

وحمات الغدد العرقية

الوحمات الشعرية (وحمات الأشعار)

● وحمات النسيج الضام :

وحمة النسيج الضام القطنية العجزية

وحمة النسيج الضام الكبيرة العقيدية المنتثرة

الوحمة المرنة

الوحمة الشحمومية

● الوحمات الوعائية :

الوحمة الشعالية Flammeus

الأدواء العدسية مع الوحمات الوعائية

الوحمة العنكبوتية

توسع الشعيرات التزفي الوراثي

الوحمة الفقرية (فقيرة الدم)

الوحمة الوعائية المختلطة

وحمات الخلايا الصباغية

: Pigment Cell Nevi

إن الخلايا الصباغية الطبيعية في الجلد هي الخلايا الملانية البشروية والتي هي عبارة عن خلايا تفضنية الشكل مصنعة للملانين ومتوضعة بين الخلايا القاعدية حيث تنقل الميلانين إلى الخلايا المقرنة المجاورة . تدعى هذه الخلايا في المقاطع النسيجية بالخلايا الراكثة لأن هيولها شفافة . تشتق هذه الخلايا من القنزعة العصبية وتهاجر إلى الجلد أثناء الحياة الجنينية . وقد

يحدث سوء في التشكل كأن تبقى بعض الخلايا الملانينية في الأدمة لدى هجرتها إلى البشرة وتدعى بالخلايا الملانينية الأدمية .

إنّ بلاعم الملانين ليست خلايا مصنّعة للصبغ لكنها بالعات كبيرة مخزنة للصبغ وتصادف في الأدمة في كثير من الأحيان .

وحامات الخلايا الملانينية البشرية

: Epidermal Melanocytic Nevus

بقع القهوة بالحليب Café-au-Lait Spot :

الموجودات السريرية : هذه البقع عبارة عن بقع جلدية مدورة أو بيضوية ، لونها متجانس بلون القهوة بالحليب ، إلى الرمادي الضارب للبي ، يتراوح قدها بين حجم الأظفار وقد راحة اليد . وهي ذات حدود غير منتظمة عادة (راجع الشكل ٥٢ : ١) . وهي غير شائعة وغير ضارة . ويشير وجود أكثر من خمس بقع كبيرة منها عند مريض واحد إلى الإصابة بالورام الليفي العصبي لفون ريكلنغهاوزن . وإن هذا التشخيص محتمل حتى في غياب أعراض الداء الأخرى إذا كان ثمة فرط تصبغ نمشي في الحفرة الإبطية .

التشريح المرضي النسيجي : يزداد عدد الحبيبات الصبغية في خلايا الطبقة القاعدية من البشرة . وقد يزداد عدد الخلايا الملانينية . أما الخلايا الوحمة فهي غير موجودة .

الإنذار : سليم ، لكن البقع تبقى دون تبدل .

المعالجة : بالمموهات ، كما يمكن استئصالها .

الملان وحمي الشكل Melanosis Neviformis :

[Becker : ١٩٤٩]

المرادفات : وحمة بيكر ، ملان بيكر ، الوحمة البشرية المشعرة المصطبغة .

التعريف : وهي ناحية من الجلد تشبه الخارطة وحيدة الجانب مفرطة الاصطبغ وفيها فرط أشعار . تبدأ عادة عند سن البلوغ على الكتف أو أعلى الصدر أو على القسم العلوي للذراع .

الحدوث : الملان وحمي الشكل ليس نادراً ، ويقلب حدوثه عند اليافعان من الشباب ، تبدأ تظاهراته الأولى في الصيف عادة ، إذ كثيراً ما تلاحظ لأول مرة بعد حدوث حرق شمس . حوادثه العائلية محتملة .

الموجودات السريرية : لا توجد أعراض شخصية . تبدأ هذه الوحمة على شكل بقعة تكبر تدريجياً لتأخذ شكلاً غريباً يشبه الخارطة ، لونها متجانس ، إما مصطبغ بشدة أو خفيف الاصطبغ . تنقطع الوحمة في محيطها إلى جزر صغيرة ، يتلو ذلك نمو أشعار خشنة في هذه الجزر الصغيرة مما يزيد الناحية

الجمالية سوءاً في الوحمة وحيدة الجانب (راجع الشكل ٥٢ : ٢) . وقد ترافق مع اضطرابات في الأنسجة الرخوة البعيدة أو حتى العظام ، مثال : نقص تنسج الثدي أو الذراع في الجانب الموافق أو شوك مشقوق أو جنف .

التشريح المرضي النسيجي : تطاول في الاستطالات البشرية . تبدي الخلايا الملانينية زيادة في فعاليتها باستخدام المجهر الالكتروني بالرغم من أن أعدادها غير زائدة . تشير بالعات الملانين في الأدمة العليا إلى وجود السلس الصبغى . لا توجد خلايا وحمة . غالباً ما يبدي الجهاز الشعري تثخناً في سقبة الشعرة وبشرتها .

المسح : يتوقف النمو التدريجي لهذه الوحمة بعد عدة أشهر إلى سنتين . بعد ذلك تبقى الآفة ثابتة دون أي تبدل ولو أن لونها قد يصبح أفتح قليلاً . وقد ذكر حدوث ورم ملاني خارج الوحمة مرافق لها .

الوحمة البقعية Nevus Spilus :

الموجودات السريرية : وهي وحمة غير شائعة نسبياً . تتألف من بقعة مصطبغة بلون بني فاتح تحوي ضمنها نقاطاً صغيرة بحجم رأس الدبوس مصطبغة قائمة بلون بني ضارب للسواد (راجع الشكل ٥٢ : ٣) توجد البقعة البنية الفاتحة منذ الولادة . أما البقع الحطاطية القائمة والتي تشبه التمشات فتظهر متأخرة بعد سنوات . ولقد ذكر حدوث تصبغات تشبه الوحمة البقعية بعد المعالجة باليوفا PUVa .

التشريح المرضي النسيجي : وهو عبارة عن مزيج من فرط التصبغ البسيط في الطبقة القاعدية ووجود أعشاش صغيرة من الخلايا الوحمة في منطقة الوصل الأدمي البشري وفي الأدمة العليا . تتألف الوحمة البقعية من مزيج من بقع القهوة بالحليب والوحمة ذات الخلايا الوحمة . وإن كلاً من الخلايا الملانينية والخلايا الوحمة غني بشكل خاص بالملانوزومات العملاقة بالرغم من أن هذه الأخيرة ليست نوعية لهذا النمط من الوحامات .

الإنذار : سليم ، ومن النادر جداً حدوث الملانوم الحبيث في البقع الصغيرة القائمة .

المعالجة : لا توجد معالجة خاصة ، ولكن يمكن استعمال المموهات أو الاستئصال الجراحي .

الشامة البسيطة وداء الشامات

: Lentigo Simplex and Lentiginosis

الموجودات السريرية : عبارة عن اندفاعات بقعية واضحة الحدود ، صغيرة ، يتراوح قطرها من ٣ - ٥ ملم مفرطة

التصبغ ، متجانسة ، ذات لون بني داكن أو فاتح (راجع الشكل ٥٢ : ٤) . وكثيراً ما تكون البقع الصغيرة الإفرادية موجودة منذ الولادة . تتكاثر هذه البقع خلال سن الطفولة أو البلوغ وتزايد أحياناً على شكل هجمات ، يستخدم مصطلح « داء الشامات » عندما يكون عدد الاندفاعات كبيراً . الآفات ليست ميثالة لإصابة النواحي المعرضة للضياء أكثر من غيرها . وهناك حوادث عائلية أحياناً .

التشريح المرضي النسجي : تناول الاستطالات البشرية Rete Ridges بشكل منتظم . يزداد عدد الخلايا الملانية (وهي ما تدعى بالخلايا النيرة) التي تحافظ على شكلها وتوضعها السوي (فرط تصنع الخلايا الملانية البسيط) . وتبدى طبقات الخلايا القاعدية البشرية زيادة في ترسب الملانين . وتظهر أشكال انتقالية باتجاه وحامات الخلايا الوحشية الوصلية وذلك عندما تشكل الخلايا الملانية تجمعات شبيهة بالأعشاش ضمن الاستطالات البشرية (الشامة الوحشية) .

التشخيص التفريقي : من الضروري تمييزها عن وحامات الخلايا الوحشية المصبغة العديدة .

أشكال خاصة : وقد تمت مناقشتها في مكان آخر ، وهي تتضمن :

- داء الشامات الطفحي (انظر الفصل ٢٦ : اضطرابات صباغ الملانين) .
- متلازمة ليوبارد LEOPARD (الفصل ٢٦) .
- داء الشامات في منتصف الوجه (الفصل ٢٦) .
- متلازمة بوتز – جيجرز Peutz – Jeghers (الفصل ٢٦) .

وحامات الخلايا الملانية الأدمية

: Dermal Melanocyte Nevi

تشتق أسواء التشكل هذه من الخلايا الملانية المتوضعة في النسيج الضام الأدمي ، وليس من تلك الخلايا الملانية التي تتوضع في مكانها السويّ ألا وهو البشرة أو الجريب الشعري . ويُفترض أن هذه الخلايا لم تحقق غايتها أثناء الحياة الجنينية بالهجرة من القنطرة العصبية إلى البشرة والجريبات الشعرية ولذلك بقيت في الأدمة ونضجت هناك .

البقعة المنغولية Mongolian Spot :

الموجودات السريرية : هي عبارة عن تبدل في لون الجلد ، تبدو بلون رمادي ضارب للزرقة فوق ناحية العجز والناحية البعيدة من الظهر (راجع الشكل ٥٢ : ٥) . تكون البقعة موجودة عند الولادة عادة ثم تراجع حول سن البلوغ ، تشاهد

بنسبة ٩٠ – ١٠٠٪ عند المنغوليين . وتشاهد أحياناً عند العرق الأبيض .

التشريح المرضي النسجي : غالباً ما تشاهد خلايا ملانية محمّلة بالملانين ذات شكل نجمي أو مغزلي في الأدمة الوسطى دون أي تفاعل التهابي .

الإنذار : لا يحدث تحول باتجاه الخبيثة ، وتختفي معظم البقع المنغولية خلال بضع سنوات .

المعالجة : غير ضرورية .

وحمة أوتا : [Ota : ١٩٣٠ ، ١٩٣٩]

المرادفات : داء الخلايا الملانية العينية – الجلدية .

الموجودات السريرية : تكاد هذه الوحمة تقتصر على العروق الشرقية ، وتندر جداً عند العرق الأبيض . وهي بقع ذات لون أسود ضارب للزرقة تشبه البقعة المنغولية . وهي وحيدة الجانب وتظهر على مسار الفرعين الأول والثاني من العصب مثلث التوائم ، مع تصبغ بني ضارب للسواد في الناحية العينية (الملتحمة ، القزحية) . وقد تحدث آفات حطاطية أو عقيدية صغيرة في هذه الناحية أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : مشابه لما وجدناه في البقعة المنغولية .

الإنذار : تستمر هذه الآفة دون تبدل ، ومن النادر أن تتطور إلى ملانوم خبيث أو إلى ورم مصنع للملانين داخل الدماغ بدءاً من وحمة Ota .

المعالجة : المموهات إذا لزم الأمر .

وحمة إيتو : [Ito : ١٩٠٦]

المرادفات : كثرة الخلايا الملانية الدالي الأخرمي .

الموجودات السريرية : تتوضع هذه الوحمة في ناحية الكتف والناحية العليا من الصدر . تشاهد بشكل رئيسي عند اليابانيين . وفيما عدا ذلك فإنها تتوافق مع البقعة المنغولية . لا تحدث هنا آفات حطاطية عقيدية . وتستمر هذه الوحمة دون أن تبدل ولا خوف من حدوث ملانوم خبيث بدءاً من هذه الوحامات .

كثرة الخلايا الملانية الأدمية المعمم

: Melanocytosis Dermalis Generalisata

[Bashiti : ١٩٨١]

يمكن تعريف هذا الداء على أنه بقعة منغولية معممة .

الوحمة الزرقاء **Bleu Nevus** : [Tieche : ١٩٠٦]

التعريف : وهي عبارة عن عقيدة سوداء مزرققة تنجم من خلايا ملانية مصنعة للصبغ متوضعة في الأدمة .

الموجودات السريرية : وهي في العادة وحة وحيدة تتميز بلون أسود ضارب للزرقة أو أسود - رمادي ضارب للون الرمادي ، تبدو على شكل عقدة قاسية ذات حدود واضحة وغائرة في الجلد (راجع الشكل ٥٢ : ٦) يعود لونها إلى التوضع العميق للصبغ الملاني في الجلد كما هو عليه الحال في جزيئات الحبر الهندي المستخدم في الوشم . تكون الآفات طويلة الأمد وقاسية وغير أعراضية .

التشريح المرضي النسيجي : يمكن تمييز ثلاثة أشكال نسيجية على الرغم من المظهر السريري الواحد :

— الشكل البسيط (الشائع) : تحتوي الأدمة على عدد كبير من الخلايا الملانية الغنية بالملانين ، ذات الشكل المغزلي أو التفصني ، وكثير من بالعات الملانين الكبيرة في الناحية التليفية ذات اتصال بالملحقات الجلدية في كثير من الأحيان .

— الشكل المشترك : وتحتوي كذلك على أعشاش من الخلايا الوحية النقطية .

— الوحمة الزرقاء الخلوية : وهو الشكل الأندر ، وتبدي الوحات ، إلى جانب الخلايا الملانية ، وجود خلايا أخرى ذات هيولى وافرة ونوى صغيرة مغزلية الشكل ذات كروماتين كثيف ، هذه الخلايا كثيفة ومتراصة . وقد تشبه البنيات العصبية أو الغرنية **Sarcomatous** .

التشخيص التفريقي : تميز عن ورم المنسجات **Histiocytoma** المصطبغ ، والوعاؤوم الليفي ، والملائنوم الخبيث العقيدي .

الإنذار : من النادر جداً تطور ملائوم خبيث . يجب تجنب حدوث التخريش المزمن . قد تظهر خلايا الوحمة الزرقاء في العقد اللمفية ، وهذه ليست بنقائل . والإنذار جيد بشكل عام .

المعالجة : الاستئصال الكامل مع حواف أمان حرّة تحت التخدير الموضعي ، أو المراقبة .

وحدات الخلايا الوحية **Nevocytic Nevi** :

المترادفات : الوحمة الخلوية الوحية ، الوحمة وحية الخلايا .

الخلايا الوحية عبارة عن خلايا ذات علاقة وثيقة بالخلايا الملانية وهي تشتق مثلها من القنزعة العصبية . وهي قادرة على

تصنيع الصباغ الملاني . وهذه الخلايا ليست من مكونات الجلد السوي ، لكنها توجد في جلد جميع الناس تقريباً بأعداد صغيرة أو كبيرة على شكل تجمعات موضوعة . وعلى عكس الخلايا الملانية التي تتوضع بشكل منتشر في طبقة الخلايا القاعدية من البشرة ، فإن الخلايا الوحية تتوضع على شكل أعشاش في الوصل الأدمي البشري أو في الأدمة ، وعلى عكس الخلايا الملانية التفصنية أيضاً فإن الخلايا الوحية دائرية الشكل ليس لها تفصينات .

التعريف : وهي آفات جلدية بقعية أو حطاطية أو حليمومية ، بلون الجلد أو ذات اصطبغ مختلف الشدة مع تجمعات من الخلايا الوحية مرئية نسيجياً متوضعة في البشرة أو الأدمة أو الاثنين معاً . قد تتواجد منذ الولادة أو تتطور وتكبر على شكل أطوار خلال سير الحياة ؛ وقد تراجع مع تقدم السن .

الحدوث : تبدي الخلايا الوحية اختلافاً في العدد والشكل والطبيعة عند الأشخاص . وقد يملك كل شخص بالغ على الأقل عشرين وحة ذات خلايا وحية . والعوامل الوراثية هي قيد النقاش حسب ما تبديه دراسة التوائم والعائلات ، ويُفترض في تطورها خلال سن البلوغ تدخل مؤثرات هرمونية .

الإمراض : تجتمع الخلايا الوحية المشتقة من القنزعة العصبية (حسب رأي **Unna** و **Masson**) والمهاجرة إلى الجلد على شكل أعشاش صغيرة في طبقة الخلايا القاعدية البشرية وفي منطقة الوصل الأدمي - البشري . ويعتقد **Unna** أن هذه الخلايا تزداد عدداً بتكاثرها ثم تنسل نحو الأسفل باتجاه الأدمة حيث تجتمع على شكل حبال أو أعشاش . وتكون الخلايا الوحية المتوضعة في ناحية الموصل الأدمي - البشري وفي الأدمة العليا كبيرة الحجم نسبياً ومصنعة للملانين (غطت الخلايا الظهارانية : غط **A** لميشر **Miescher**) . أما الخلايا الأعمق بمستواها ، فتصبح دائرية الشكل وأصغر حجماً (غطت لمفاني **Lymphocytoid** : غط **B**) أو مغزلية الشكل (الشكل العنسي : غط **C**) التي قد تصنع الملانين بكمية قليلة أو لا تصنعه البتة . وتكاد تكون الوحات القديمة جميعها ذات توضع أدمي وتبدي تليفاً أو ترسب دسم . ويعتبر التحول باتجاه الخباثة أمراً ممكناً في وحدات الموصل وحية الخلايا ، بينما يندر نسبياً هذا التحول في الوحات الأدمية .

الموجودات السريرية :

— التوزع : قد تتوضع الوحات وحية الخلايا في أي مكان من سطح الجلد والأغشية المخاطية القريبة منه . وقد تتوضع هذه الوحات في حالات نادرة على شكل زمر أو خطوط أو شرائط وحيدة أو ثنائية الجانب ، مما يؤدي إلى أخذ انطباع عن أن

توضعها قد يرتبط بتوزع عصبي أو وعائي معين ، أو تبعاً لمناطق الارتباط الجنيني . وتطلق عبارة الوحمات المجموعية على وحمات كهذه . ولا يشاهد هذا التوزيع في الوحمات وحمية الخلايا وحسب ، لكنه يشاهد في أنماط أخرى من الوحمات أيضاً .

– القُد ، الشكل ، اللون : قد تكون الوحمة وحمية الخلايا المنفردة مسطحة أو حطاطية أو حليمومية . ويتراوح قُدّها بين رأس الدبوس وراحة اليد ، إلا أنها تقيس وسطياً في العادة من ٢ – ٤ ملم . أما لونها فيتراوح بين لون الجلد واللون البني الضارب للسواد . ولقد تم استخدام مصطلحات طبية خاصة لوصف صور سريرية فردية :

– الوحمة المصطبغة أو (الوحمة الخلوية) : وهي وحة مسطحة مصطبغة (راجع الشكل ٥٢ : ٧) وهناك أشكال انتقالية باتجاه الشامة ، وتثبت بالفحص النسيجي .

– الوحمة مليسائية الشكل وحمية الخلايا : يتألف هذا الشكل الشائع من عقيدة لينة ، لاطئة ، واسعة القاعدة بحجم حبة البازلاء وذات صباغ قليل الكمية . وقد يُظن على أنها ليفومات لينة أو حليمومات . وقد تكون هذه الأخيرة مجرد وحمات متليفة وحمية الخلايا .

– الوحمة المصطبغة والحليمومية (راجع الشكل ٥٢ : ٨) : توضع هذه الوحمة عادة على الجذع وأحياناً على الوجه وهي مصطبغة بشدة وكبيرة الحجم ، بحجم حبة التوت وذات شكل حليمومي . تتعرض هذه الوحمات للحدوثات الالتهابية أو الخمجية بسبب المفرزات الموجودة في أثلامها العميقة . ويعطي فرط التقرن السطحي الواضح مظهراً ثؤلولياً لهذه الوحمات .

– الوحمة المصطبغة والمشرعة (راجع الشكل ٥٢ : ٩) : وتتميز بوجود أشعار انتهائية قاسية فيها . وعندما تصيب الوحمة المصطبغة المشرعة الولادية مساحة واسعة من الجسم فتسمى حينئذٍ بالوحمة المصطبغة العملاقة (راجع الشكل ٥٢ : ١٠) .

التشريح المرضي النسيجي : تختلف الوحمات ذات الأنماط المتنوعة عن بعضها من الناحية النسيجية وذلك تبعاً لاختلاف توضع الخلايا الوحمية في الجلد .

– وحة الموصل *Junctional Nevus* : توضع الخلايا الوحمية في الطبقة القاعدية أو في منطقة الموصل البشري الأدمي على شكل أعشاش من الخلايا المدوّرة أو المضلّعة ذات النوى الكبيرة والتشكل الصباغي الواضح . تتطاول الاستطالات البشرية ، وتفضل الخلايا الوحمية التوضع في ذراها (ذرى الاستطالات البشرية) . وتتميز الفعالية الوصلية للوحمة بصورة خلوية مختلفة مع نفوذية الخلايا الوحمية إلى الأدمة العليا وظهور بالعات

الملائين وعلام رشاحة خلوية خفيفة .

– النمط البشري الأدمي *Dermoepidermal Type* : وتدعى أيضاً بالنمذج المختلط . تصادف الخلايا الوحمية في طبقة الخلايا القاعدية ، وفي ناحية الموصل الأدمي البشري ، وفي ناحية الأدمة .

– النمط الأدمي *Dermal Type* : توضع الخلايا الوحمية جميعها في الأدمة . ومع هذا النفوذ العميق في الأدمة تتبدل الخلايا الوحمية في مظهرها ، فبينما تكون السطحية منها كبيرة ، مدوّرة أو مضلّعة وذات نوى كبيرة وحاوية على الملائين ، وحيث تؤلف النمط الظهاري (النمط A) ؛ تكون الخلايا الوحمية ذات التوضع الأعظم صغيرة من النمط اللمفاني (النمط B) أو ذات مظهر شبه عصبي (النمط C) . وعلاوة على ذلك ينقص تشكل الملائين بشكل واضح جداً في الطبقات العميقة . وقد تحرض الأشعة فوق البنفسجية A و B التصبغ السطحي في الوحمات الأدمية .

التشخيص التفريقي : يغلب أن لا يحصل خطأ في وضع التشخيص الخاص بالوحمات وحمية الخلايا . وتركز الأهمية العظمى على نفي وجود الملائنوم الخبيث . وقد تفيد القواعد التالية في تقييم الوحمات وحمية الخلايا :

– ينذر حدوث الملائنوم الخبيث في الوحمات وحمية الخلايا قبل سنّ البلوغ .

– الوحمات المصطبغة المرتفعة ذات القاعدة العريضة اللاطئة (مع أشعار قاسية هليية الشكل «Bristle-like») وتكون الوحمات الحليمومية وحمية الخلايا سليمة عادة .

– وفي العادة تكون الوحمات المليسائية ذات الصباغ القليل أو المنعدمة الصباغ أو الوحمات الليفية المتوافقة مع النمط داخل الأدمي غير مؤذية .

– الوحمات الصغيرة المصطبغة بلون بني قاتم أو أسود وغير المرتفعة عن سطح الجلد ، والتي تكون مزوّدة في العادة بأشعار ثخينة والتي كثيراً ما تكون متوضعة على الأخصمين والراحتين وتبدي فعالية وصلية ، قد تتحول باتجاه الخبائث . ويجب استئصالها إذا زاد حجمها عن ٠,٥ سم .

– وكبدأً أساسي يجب عدم تعريض الوحمات وحمية الخلايا المصطبغة للتخريش المزمن كالاحتكاك بالملابس وتطبيق المواد الكاوية والتنف الآلي .

أما المظاهر السريرية التي تدعو للاشتباه بالتبدلات الخبيثة فهي :

– زيادة في مساحة الوحمة أو ارتفاعها .

- زيادة كثافة الصباغ ، وخاصة إذا لم يكن متجانساً .
- علامات التراجع البؤري .
- تشكل حالة صباغية حول وحة مصطبغة وحمية الخلايا مرتفعة قليلاً .
- وجود تفاعلات النهائية في الوحات المصطبغة وحمية الخلايا .
- حدوث الحكمة في وحة وحمية الخلايا .
- التآكل والزف .

يجب إحالة المريض فوراً إلى الطبيب الاختصاصي . وإن الحزعة الشقية تعتبر مضاد استطباب إذا كان هناك اشتباه بالملانوم الخبيث موجوداً .

من التشخيص التفريقية الأخرى التي يجب أخذها بعين الاعتبار : الوحة الزرقاء ، الوحة مغزلية و/أو ظاهرية الخلايا ، السرطانة القاعدية الخلايا المصطبغة ، ورم المنسجات ، الوعاووم المخثر ، التقران المني المصطبغ .

الإنذار : إن إنذار الوحات وحمية الخلايا جيد بشكل عام . ومن جهة أخرى ، فإن ٢٠ - ٥٠٪ من الملانومات الخبيثة تنشأ على وحات وحمية الخلايا . ويوجد في بعض هذه الحالات ملانوم خبيث منذ البداية ، ويكون في طور النمو الأفقي ويشخص خطأ في البدء على أنه وحة وحمية الخلايا ، أو يظن أنه وحة مختلة التنسج . وعلى كل حال ، لا يوجد أي شك بأن الملانوم الخبيث يمكن أن يتطور ابتداءً من وحة وحمية الخلايا من النموذج الوصلي أو الأدمي ، وهو عادة من النمط العقيد . وإنه لمن المستحيل في معظم الحالات أن تتنبأ عن إمكانية التحول المستقبلي باتجاه الملانوم الخبيث في كل وحة وحمية الخلايا بحذاتها . وبشكل أساسي فإن التحول الخبيث في الوحات الأدمية الأصغر حجماً قليلاً ما يحدث ، ولكنه أكثر احتمالاً في الوحات القائمة جداً ذات الفعالية الوصلية نسجياً . ولقد ذكر حدوث الملانوم الخبيث في ١٠ - ٢٥٪ من حالات الوحات الخلقية المصطبغة والشعرة الكبيرة (الوحات المصطبغة العملاقة) . لذلك يستطب إجراء الاستئصال الحذر مع الجراحة التصنيعية لتغطية النقص أو المعالجة بالسفرة في باكورة الطفولة . في هذه الحالات فقط وحسب مكان التوضع وحجم الآفات قد تصبح الجراحة التصنيعية صعبة بشكل خاص . ولكن حتى في الوحات الولادية وحمية الخلايا ، الصغيرة ، لا يندر حدوث الملانوم الخبيث .

المعالجة : يفضل استئصال الوحات وحمية الخلايا مع حواف نسيجية سليمة بسبب الاعتبارات التزويقية وكثرة التخريش الناجم عن الملابس والذي يُخشى بسببه من حدوث الملانوم الخبيث فيما بعد . ويؤدي كشط الجلد أو المعالجة بالسفرة إلى

النكس عادة ، حيث أن الصورة النسيجية كثيراً ما تكون هنا مشابهة للملانوم الكاذب . وتؤدي إزالة هذه الوحات بالعروة الحرارية أو التخثير الكهربائي إلى ندبات غير مستحبة . ويعتبر الاستئصال الجراحي مع الحياطة الأولية للوحدات الولادية الواسعة مناسباً في كثير من النواحي . أما بالنسبة للاستئصال الأكثر اتساعاً يكون التطعيم الجلدي ضرورياً . ويمكن إزالة جُملة الوحات الواسعة بنجاح بطريقة السفرة تحت التخدير العام ، إذا ما أجري ذلك في الطفولة المبكرة . تنمو هذه الوحات باتجاه العمق فيما بعد فتصبح المعالجة بالسفرة طريقة غير مناسبة . أما المعالجة بالأشعة السينية فتترك وحات الخلايا الوحمية كما هي دون أي تأثير ما لم تستخدم جرعات كبيرة مماثلة لجرعات الأورام ؛ وهذا غير مُبرّر لأنها تؤدي إلى تخرب الأنسجة . ويجب استئصال الوحات المصطبغة الولادية العملاقة في سني الطفولة بسبب خطورة الاستئصال إلى الملانوم الخبيث كما سيأتي ذكره في بحثه .

الوامة الهالية Halo Nevus :

لقد تم مناقشة هذه الحالة في مجال آخر بإسهاب بسبب وجود العلاقة الإمبراضية بينها وبين البهاق (انظر الفصل ٢٦) .

الملان العصبي الجلدي Neurocutaneous Melanosis :
[Touraine : ١٩٤١ ، Rokitanski : ١٨٦١ ، Virchow : ١٨٥٩]

المترادفات : متلازمة الأزام الملاني Melanoblastosis العصبي الجلدي .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٥٢ : ١١) توجد في هذه الحالة النادرة وحات وحمية الخلايا مشعرة ولادية وكبيرة . كثيراً ما تكون في ناحية الجذع (وحة لباس السباحة) بالإضافة إلى وحات صغيرة مصطبغة وحمية الخلايا موزعة بغزارة على الراحتين والأخصصين بشكل خاص . هذا وتوجد تجمعات مشابهة من الخلايا الوحمية المصنعة للصباغ في كل من السحايا والدماغ والنخاع الشوكي . وليس من النادر ترافق الآفة باستسقاء دماغي انسدادى داخلي مع اضطرابات دماغية شديدة (فرط التوتر داخل الدماغ ، اختلاجات ، تأذي الوعي) . وعلى كل حال قد يتشكل ملانوم انتقالي في الجلد أو الجهاز العصبي المركزي آجلاً في الطفولة ولذا فإن الإنذار سيء ، ويتوفى حوالي نصف الأطفال المصابين في السنة الأولى من العمر بسبب تأثيرات الاستسقاء الدماغي .

الوحمة مغزلية الخلايا Spindle Cell Nevus :

[Allen : ١٩٦٠ ، Spitz : ١٩٤٨]

المترادفات : الميلانوم الشبابي الحميد ، وحممة سبيتز Spitz .

التعريف : وهي عبارة عن حطاطات أو عقيدات صغيرة تظهر عند الأطفال والبالغين من الشباب بشكل رئيسي . وهي تتألف من خلايا وحمية مغزلية الشكل ، ظهارانية كبيرة ومتعددة الأشكال ، وتشبه الميلانوم الخبيث من الناحية النسيجية لكنها حميدة سريريا .

الحدوث : هذا النوع من الوحمات وحمية الخلايا يصيب الأطفال في العادة ، وهو نادر عند البالغين . وأكثر ما يتوضع على الوجه (راجع الشكل ٥٢ : ١٢) .

الموجودات السريرية : تظهر عقيدة وحيدة داخل الأدمة خلال أسابيع أو أشهر يتراوح قطرها عادة بين ٣ - ٥ ملم ، سطحها نصف كروي بارز ومشدود . وهي لامة ذات لون بني فاتح ضارب للحمرة . وإذا ما ضغطت بصفحة زجاجية تبين أنها مؤلفة من ارتشاح ذبابي . ونادراً ما تظهر آفات متعددة . وهناك نوع نادر ذو تصبغ قاتم (الورم المصطبغ مغزلي الخلايا لريد Reed) (راجع الشكل ٥٢ : ١٣) .

التشريح المرضي النسيجي : وهي عبارة عن وحممة وحمية الخلايا . من النوع المركب مع تعدد الشكل غير المألوف عادة . وتوجد انقسامات مفردة تتميز بوجود دوامات من الخلايا المغزلية والخلايا العملاقة وخلايا إفرادية منعزلة مع تشكل صباغي خفيف نسبياً . ويوجد عادة شوك ذو استطالات بشرية مقاربة مع خلايا زجاجية محبة للحمض (أجسام كامينو Kamino) . ويحتمل أن تكون الخلايا المغزلية ذات علاقة بخلايا شوان .

المسار والإنذار : بعد نمو بدئي سريع تبقى الآفة دون تبدل لعدة سنوات . ويكون الإنذار جيد . ولم يتم التأكد بشكل حاسم عن الاستحالة الخبيثة . وفي الأدب الطبي ذكر احتمال حدوث ميلانوم خبيث منذ البداية .

التشخيص التفريقي : يجب التمييز بينها وبين الميلانوم الخبيث والذي يشكل مشكلة تشريحية مرضية نسيجية علاوة على كونه مشكلة سريرية . يتضمن التشخيص التفريقي السريري كلاً من الذأب الشائع ، والغداد اللمفي الجلدي الحميد ، وورم المنسجات ، والوحمة وحمية الخلايا المصطبغة ، والوعاؤوم الطفحي .

المعالجة : ينصح بالاستئصال الجراحي مع حواف من الأنسجة السليمة .

الوحمة مختلة التنسج ومتلازمات الوحمات مختلة التنسج Dysplastic Nevus and Dysplastic Nevus : Syndromes

التعريف : الوحمات مختلة التنسج عبارة عن وحمات وحمية الخلايا . لا نموذجية ، مكتسية . تظهر عادة بعد سن البلوغ أو بدء الشباب ولها مميزات عيانية ومجهريّة ونسبة تحولها للميلانوم الخبيث عالية (الوحمات الطليعية للميلانوم الخبيث) . قد تظهر الوحمات مختلة التنسج على شكل :

- آفات وحيدة منعزلة .
- آفات متعددة في متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية .
- آفات متعددة في حالات منعزلة : متلازمة الوحمات مختلة التنسج اللاوراثية .

الموجودات السريرية : يتراوح قياس الوحمة مختلة التنسج المفردة بين ٥ - ١٢ ملم ، ولكنها قد تصبح أكبر من ذلك . وتكون الآفات غير متناظرة وذات أشكال غريبة وحدود مبهمّة متعددة المراكز . ويختلف لونها بين الزهر والبني إلى الأسود ، ويمكن جسّ عقيدة خارج مركز الآفة البقية ويوجد لها أحياناً حواف حمراء . أكثر النواحي إصابة هي القسم العلوي من الجذع وخاصة الظهر .

التشريح المرضي النسيجي : هي عبارة عن وحمات وحمية الخلايا من النمط الوصلي أو المركب مع فرط تنسج الخلايا الملانية اللانمطي ، أي ذات توزع غير نمطي للخلايا الملانية في ناحية الموصل البشري الأدمي . لا توجد أعداداً مميزة من الخلايا الملانية اللانمطية في الطبقات العلوية من البشرة . وفي الوحمات المركبة مختلة التنسج يمتد فرط تنسج الخلايا الملانية اللانمطي على جوانب الآفة إلى أبعد من مستوى المركب الأدمي (الكتفين) . وبالإضافة لذلك يشاهد في الأدمة تنسج ليفي صفحي ومتعدد المراكز مع ارتشاحات بقعية من الخلايا للمفاوية .

المعالجة : ينصح باستئصال هذه الآفات وخاصة إذا تجاوز قطرها ٥ ملم .

متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية

: Hereditary Dysplastic Nevus Syndrome

المترادفات : متلازمة الشامة B-K (Clark et al : ١٩٧٨) ، متلازمة ميلانوم الشامات المتعدد اللانمطي العائلي (Fusaro et al : ١٩٨٣) . ولقد تم اشتقاق المصطلح B-K من الأحرف الأولى لاسمي مريضين شابين تظاهرت لديهما معاً سبعة أورام ملانية خبيثة .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٥٢ : ١٤) تتظاهر الوحمة مختلة التنسج بعدد يتراوح بين ١٠ - ١٠٠ وحمة عند أفراد العائلات المصابة . وتتوزع هذه الوحمة على كامل الجلد مع ميل خاص لإصابة الجزء العلوي من الجذع . ولقد تم وصف الخصائص العيانية والمجهريّة أعلاه .

الإمراض : يفترض أن الوراثة فيها تتحقق بصبغي جسدي سائد ، ولم يتأكد حتى الوقت الحاضر ترافقها مع نمط خاص من نظام HLA .

السير : من الشائع حدوث الملائنوم الخبيث وقد يتطور عدد من الأورام الميلانية الخبيثة لدى أمثال هؤلاء المرضى وأفراد عائلاتهم .

المعالجة : يحتاج هؤلاء المرضى إلى مراقبة مدى الحياة . ويستطب أخذ الصور الفوتوغرافية والاحتفاظ بها . ويجب استئصال أية آفة مشبوهة لدى احتمال حدوث خبيثة ومنذ البدء . ويجب على المرضى أن يتجنبوا التعرض المديد لأشعة الشمس والحروق الشمسية .

متلازمة الوحمة مختلة التنسج اللاورائية :

يصف هذا المصطلح الحدوث اللاورائي لنفس المتلازمة عند أشخاص قد يتطور لديهم ملائوم خبيث أيضاً . ومرة أخرى من الضروري استئصال الآفات المشكوك بها . والقيام بالمنظرة الدقيقة ، وأخذ الصور الفوتوغرافية للمقارنة والمتابعة .

الوحمة العضوانية Organoid Nevi :

وهي عبارة عن تشوهات ولادية تنجم عن الاضطراب الموضع في نسب البنى الجلدية السوية . الحدود غير واضحة بينها وبين الأورام الحميدة ذات البنى العضوانية . وقد يحدث توضع شدي أو خطي أو مجموعي في كل الوحمة العضوانية .

الوحمة الظهارية Epithelial Nevi :

الوحمة البشرية Epidermal Nevi :

هذه الوحمة ولادية أو تتطور في سن الطفولة وتتألف من نوات حليمومية ذات حدود واضحة ، قد تكون منعزلة أو على شكل مجموعات ، وهي ذات تفران سطحي على درجات مختلفة . ويمكن تمييز الأشكال السريرية تبعاً لمدى الورام الحليمي ، وفرط التقرن ، والتفاعل الالتهابي ، والمظاهر النسيجية الموافقة .

الوحمة البشرية الحليمومية الطرية : (راجع الشكل ٥٢ : ١٥) هذه الوحمة محددة عادة في نواح صغيرة ، وهي

بلون الجلد أو مائلة للرمادي ، وتشبه من الناحية السريرية الوحمة وحمة الخلايا الحليمومية أو التفران التي الحليمومي . وتتميز نسيجياً بوجود شوك وورام حليمي وفرط تفرن سوي .

الوحمة الثؤلولية : (راجع الشكل ٥٢ : ١٦) وتتنظاهر سريريا على شكل سطح قاسر تقري ، شبيه بالثؤلول ذو لون بني متسخ (الوحمة البشرية القاسية) . نسيجياً هناك تظاهرة خاصة هي فرط التفرن السوي . ومن الغرابة بمكان أنه توجد أحياناً بؤر عامودية من خطل التفرن ضمن التشكلات الصفيحية للطبقة المتقرنة ، مثل الذي يحدث في التفران المسامي لميبيلي Mibelli (وحمة ثؤلولية مع تفران مسامي) .

الوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب Nevus Verrucosus Unis Lateris : يأخذ هذا الشكل وحيد الجانب (نادراً ثنائي الجانب) توزعاً خطياً غريباً ، نطاقياً بشكل جزئي . ومن الناحية النسيجية يبدى هذا الشكل وجود فرط تفرن حال للبشرة (تنكس حبيبي) ويعتبر على أنه أحمرية ولادية سماكية الشكل خطية أو موضعية (فقاعية) . ونادراً ما توجد أشكال طرية (انظر أعلاه) أو أشكال تفرانية مسامية .

الوحمة البشرية الثؤلولية الخطية الالتهابية Inflammatory : Linear Verrucose Epidermal Nevi [ILVEN] : Altman و Mehregan : [١٩٧١ : Unna] [١٨٩٦]

تظهر هذه الوحمة في سن الطفولة ، وكثيراً ما تزداد حجماً بشكل تدريجي ، وأحياناً تصبح معممة . وتتميز بوجود آفات ثابتة حاكّة ، حمامية وسفية ، أو حطاطية تقرنية صدفية الشكل ، ويبدى سطحها علامات التهاب واضح . كما لوحظ ترافقها مع اضطرابات عظمية وعصبية مركزية : استسقاء الدماغ . وتتميز الصورة النسيجية بوجود شوك ، وورام حليمي ، وفرط تفرن وخطل ، ووجود رشاحة بالمنسجات واللمفاويات في الأدمة العلوية ، مشابهة بذلك للصداف الشائع إلى درجة كبيرة . إلا أنه لا توجد خراجات مونرو (Munro) . وكثيراً ما تلاحظ علامات التفاعل الإكريمي حيث يحتمل أن تكون وحمة ثؤلولية النهائية عند شخص لديه أهبة للإصابة بالصداف .

السير : تكبر الوحمة البشرية ببطء أثناء الحياة أحياناً ، ولا يحدث في العادة تراجع عفوي .

المعالجة : يمكن التخلص من الوحمة البشرية المزعجة بواسطة الاستئصال أو السنفرة العميقة أو بالقطّاع الجلدي Dermatome ، حيث يجري القطع على شكل شرائح خلال

عدة جلسات . ويجب استئصال كمية كبيرة نسبياً من الأنسجة الضامة ، وذلك لأن العامل الوراثي قد يكون موجوداً أو محدداً في الأدمة (سيطرة المعطي) . ويستطب تجربة التريتنوتين الموضع (فيتامين آ الحامضي) بتركيز خفيفة في الوحات الشؤلولية التي تبدي انحلال أشواك بشروي من الناحية النسيجية .

تقران هالة الثدي وهي الشكل : يمكن تصنيف هذا الاضطراب الموضع من التقرن في هالة حلمة الثدي عند النساء . وعلى شكل تقران أصفر متسخ مائل للرمادي كشكل سريري نمطي محتوي ضمن مركب الوحات البشرية .

وحامات الغدد الزهمية Sebaceous Gland Nevi :

الوحمة الزهمية Nevus Sebaceus :

التعريف : هي عبارة عن تشوه وحماني ظهاري وتترافق بزيادة واضحة في فصيصات الغدد الزهمية .

الموجودات السريرية : تصيب الوحات الزهمية فروة الرأس بشكل انتقائي ومفضل (راجع الشكل ٥٢ : ١٧) . وتبدو على شكل بقعة ولادية مسطحة ، مرتفعة قليلاً ، طرية ومرنة وذات سطح لماع ولون أصفر ، سطحها ذو أخاديد ، ناعم حلیمومي قليلاً ، ويكون تقرنانياً في بعض الأحيان ، وقد تأخذ أشكالاً خطية أو معمة .

التشريح المرضي النسجي : يتكون المظهر النموذجي من فصيصات الغدد الزهمية الناضجة في الأقسام العلوية والمتوسطة من الأدمة . وكذلك تتزايد البنى الظهارية الأخرى من حيث العدد مثل الغدد المفترزة والخريبات الشعرية المجهضة أو البشرة الشؤواكية - الورامية الحليمية مفرطة التنسج (nevus epitheliomatosebaceus, Wolters 1910) وكثيراً ما تشاهد الأورام الكيسية المستسقية المفترزة والناتحة ضمن الوحمة .

الإنذار : حدوث السرطانة قاعدية الخلايا كثير نسبياً في الوحات الزهمية (في ٣٠٪ من الحالات) . قد تترافق الوحمة الزهمية مع اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي وتشوهات في الهيكل العظمي .

المعالجة : يجب استئصال الوحمة في سني اليافع الباكرة على الأكثر بسبب إمكانية حصول الأورام ، وفيما عدا ذلك فهي تحتاج إلى المراقبة المنتظمة .

فرط تنسج الغدد الزهمية المحدد

: Circumscribed Sebaceous Gland Hyperplasia

المترادفات : الوحمة الزهمية الشيخية ، وحمة الغدد الزهمية الشيخية .

الإمراض : هذه الآفة ليست وحمة وإنما هي فرط تنسج محدد في الغدد الزهمية عند الأشخاص الأكبر سناً .

الموجودات السريرية : تنحصر هذه الآفة بشكل مطلق تقريباً عند الأشخاص ذوي الإفراز الزهمي العالي وبعد سن الخمسة وثلاثين من العمر . ونسبة إصابة الرجال أعلى حيث تبدو عند الأشخاص المتقدمين في السن عقيدة طرية ، صغيرة وقليلة الارتفاع ، ذات لون أصفر مع تثلم سرّي الشكل ، مركزي ، ويكثر ظهورها على الجبهة والوجنتين (راجع الشكل ٥٢ : ١٨) ومن الشائع تعدد الآفات حيث ذكرت حالات تجاوز فيها عدد الآفات المائة عنصر .

التشخيص التفريقي : يجب التفكير بالسرطانة قاعدية الخلايا البدئية بسبب التثلم والتوسعات الوعائية الشعرية أحياناً ، لكن هذه الأخيرة ليست بهذه القساوة أو ذات لون أصفر .

المعالجة : يفضل الاستئصال عادة ، ويعتبر إعطاء الإيزوترتينوتين عن طريق الفم علاجاً فعالاً في الحالات واسعة الانتشار .

متلازمة شيميل بينغ Schimmelpenning : ١٩٥٧

وفيروسيتين - ميمز Feuerstein Mims : ١٩٦٢

المترادفات : متلازمة الوحمة الزهمية الخطية ، متلازمة الجلد - العين - الدماغ - القلب ، متلازمة الأديم الظاهر العصبي .

الموجودات السريرية : يتميز هذا المركب الأديبي الظاهر العصبي الولادي العائلي الوراثي النادر (?) المؤلف من شذوذات متعددة ، وخاصة حدوث وحات زهمية متعددة مع توزع معمم غريب وخاصة على الرأس والعنق والجزء العلوي من الجذع بالإضافة إلى وحات مصطبغة وتخلف عقلي ونوب اختلاجية مع تشوهات أخرى وخاصة في العينين والقلب .

الإنذار : يعتمد الإنذار على شذوذات الأعضاء الأخرى المصابة .

التشخيص التفريقي : تفرق عن متلازمة بورنفيل - برينغل Bourneville-Pringle ، والورامات الليفية العصبية لرنكلنفهاوزن .

الغدوم الزهمي

[١٨٩٠ : Pringle] : Adenoma Sebaceum

التعريف : يتألف من أورام وحمانية صغيرة ومتعددة وموضوعة على الوجه . وبالرغم من أن مناقشة هذه الحالة تمت هنا إلا أن تسميتها كغدوم زهمي خاطئة أساساً ، باعتبار أن بنيتها من الناحية النسيجية عبارة عن مجرد وعاء ومات ليفية . وتكون الجريبات الشعرية/الغدد الزهمية المتناثرة وافرة بشكل غطي على الوجه .

الموجودات السريرية : بالرغم من أن مظهره مختلف جداً فإنه ينتقل بالصبغي الجسدي السائد . تبدأ المظاهر السريرية للآفة في الطفولة حيث تتناثر آفاته العديدة على الوجه (راجع الشكل ٥٢ : ١٩) فوق الأنف والخدين وذات توزع متناظر وشبه بطفح الفراشة مع ميل لإصابة الطية الأنفية الشفوية والذقن . تكون العقيدات البارزة ونصف الكروية معزولة في العادة ونادراً ما تكون متحدة ومتبادية ، ملمسها قاسر وهي بلون الجلد ، أو صفراء أو حمراء وكثيراً ما تتخللها توسعات شعرية دقيقة .

التشريح المرضي النسيجي : تكون الآفات الأقرب إلى لون الجلد والمائلة للصفرة عبارة عن ليفومات وعائية مع جريبات غدية زهمية (غط غُدومي) . أما في الأورام الأكثر احمراراً فيغلب وجود النسيج الضام الوعائي (النمط وعاءومي ليفي) .

الإنذار : تأخذ الأورام الصغيرة بالازدياد عدداً وحجماً مع الزمن . لا يحدث تحول خبيث .

المعالجة : يمكن إزالة الأورام الوجهية ونتائج تزويقية جيدة بواسطة السنفرة الجلدية ، ولكن يجب تحذير المرضى من إمكانية حدوث النكس بالرغم من كون الآفات قابلة للمعالجة مرة أخرى بالسنفرة الجلدية . كذلك تتوفر طريقة أخرى للمعالجة بأشعة الليزر .

الغدوم الزهمي كظاهرة محدّدة للمتلازمة العداسية

Adenoma Sebaceum as a Limited Expression of
: the Phakomatoses

قد يظهر الغدوم الزهمي لوحده أو كظاهرة جزئية للأدواء الوحمانية المجموعية الموصوفة بشكل عام على أنها متلازمة عداسية (داء Pringle ، وداء Bourneville) .

داء برينكل Pringle's Disease :

الموجودات السريرية : بالإضافة إلى الغدومات الزهمية على الوجه تتضمن المتلازمة الكاملة لهذا الاضطراب الوراثي تكاثرات حليمومية وليقومية ، إضافة إلى بقع القهوة بحليب

على كامل سطح الجسم . ومن العلامات الواسمة وجود تكاثرات عقيدية في اللثة (راجع الشكل ٥٢ : ٢٠) وليفومات تحت الأظفار وحولها قد يصل قذها حتى حبة البازلاء تعرف بأورام كونن Koenen (راجع الشكل ٥٢ : ٢١) . وتمطياً توجد وحمات النسيج الضام العجزية القطنية ، المسطحة الممتدة والتي كثيراً ما تبدو على شكل وحمات حجر الرصيف «Cobblestone» . ويعتبر الوضع Leukoderms الورقي الشكل مؤشراً قيمياً في وضع التشخيص . وهي أكثر وضوحاً تحت أشعة وود Wood . وكثيراً ما تؤلف علامة باكرا عند الأطفال الصغار . ومن الشائع ترافق هذه الآفات مع تظاهرات مرضية في العينين (أورام شبكية) ، والأعضاء الداخلية (كيسات كلوية) والحملة العصبية المركزية . ولا يكون التحول باتجاه داء بورنفل نادراً .

داء بورنفل Bourneville's Disease :

[١٨٨٦ : Bourneville ، ١٨٩٠ : Balzer و Grandhomme]

المترادفات : التصلب الدماغى الحدبي ، الإيلويلا Epiloia .

التعريف : الآفة هي متلازمة جلدية - عصبية وراثية تنتقل بصبغي جسدي سائد .

الموجودات السريرية : تظهر العلامات السريرية في السنة الأولى من العمر كنتيجة للتكاثرات الدبقية المشتركة مع الغدومات الزهمية على شكل بَلَمَ ونوب صرعية الشكل مع ترايد تدريجي في العيب العقلي والشلل التشنجي من النموذج المشاهد في داء ليتل Little .

وتعتبر التكلسات داخل القحفية والأورام الشبكية وضمور العصب البصري ووذمة الحليمة البصرية علامات ذات أهمية تشخيصية . وقد تظهر الأورام في الأعضاء الداخلية أيضاً مثل الغدومات والوعاءومات والليفومات الوعائية في الكلية ، أو العضلومات المخططة في القلب .

أما من الناحية الشعاعية فقد وصف وجود بؤر شَفَافَة كيسية داخل العظم في العظام الأنبوية الصغيرة لليدين والقدمين ، وقد تظهر أيضاً في أجزاء أخرى من الهيكل العظمي . وإذا ما تواجدت كل هذه الآفات أعطت الصورة الكاملة للمتلازمة العداسية المعروفة بداء بورنفل - برينكل .

التشريح المرضي النسيجي : الأورام عبارة عن ليفومات وعائية متناثرة بين جريبات الغدد الزهمية . أما أورام كونن Koenen فهي عبارة عن ليفومات مع مركب وعاءومي . وتعتبر التكاثرات الدبقية والديفومات أساس التصلب الحدبي .

الإنداز : سيء ، حيث أنه يتحدد بتري التظاهرات الداخلية غير المراقبة .

التشخيص التفريقي : الصورة السريرية مميزة وغطية . ويجب نفي الظهاروم الغداني الكيسي لبروك (Brooke) والاسطوانوم (Spiegler's Tumors) أورام سبيكلر) في حال عدم ظهور الآفات الوجهية حتى سن البلوغ .

المعالجة : مثل معالجة الغدوم الزهمي .

وحامات الغدد العرقية : Sweat Gland Nevi

التعريف : تشوهات وحماتية ترافق مع زيادة الغدد العرقية .

وحمة الغدد العرقية الناحية (Ecrine Sweat Gland Nevus) : آفة نادرة جداً ، تتكون من الناحية السريرية من آفات بيضاء قد يُحَرَّش فيها حدوث فرط التعرق في نواح موضوعة ، وهي تشخص نسيجياً .

وحمة الغدد العرقية المفترزة (Apocrine Sweat Gland Nevus) : آفة لا تحدث كحالة مستقلة ، تشاهد تجمعات موضوعة من الغدد المفترزة مترافقة مع وحات ظهارية وخاصة منها الوحمة الزهمية . تفهم هذه الظاهرة من القصة التطورية لأن الحرف الظهاري المضغي يملك القدرة على التميز باتجاه بُنى الملحقات الجلدية : الأشعار ، الغدد الزهمية ، الغدد العرقية المفترزة .

وحامات الأشعار : Hair Nevi

التعريف : تشوهات وحماتية مع زيادة الجريبات الشعرية .

وحامات الأشعار النقية : Pure Hair Nevi

وهي نادرة جداً وتُتظاهر على شكل تكدسات من الأشعار الطويلة في ناحية موضوعة . وعلى كل حال ، فإنها كثيراً ما تظهر مشتركة مع الوحات وحمية الخلايا على شكل وحمة مصطبغة وحمية الخلايا ومشعرة . وأحياناً ترافق مع الوحات الظهارية أو الوحات الزهمية .

وحمة الأشعار الصوفية : Woolly Hair Nevus

[Wise : ١٩٢٧]

المرادف : وحمة الأشعار المجمعة .

الموجودات السريرية : نادراً ما يحدث الشعر الصوفي (المجدد) كشوه وحماني ولادي في نواح موضوعة من الفروة ذات الأشعار المستقيمة ، وإنما هناك اختلال دائم في تشكيل قرنين الأشعار مع تصبغ أصفرى ونقص في قطر سقبيّة الشعرة . ويمكن لمزيج الأشعار أن يساعد المصاب من الناحية التزييقية وذلك إما بجعل الأشعار غير السوية مستقيمة أو بجعل

جميع أشعار المريض متموجة . ومن الطبيعي ، يجب تكرار أي من هاتين العمليتين في فواصل زمنية منتظمة . وفي حوالي نصف الحالات تظهر وحمة الأشعار الصوفية مترافقة مع الوحات المصطبغة أو الوحات البشورية الخطية أو مع كليهما . وقد تظهر نماذج مختلفة من التشوهات في العينين إضافة لذلك .

وحامات النسيج الضام

: Connective Tissue Nevi

التعريف : وهي عبارة عن تشوهات خلقية في الأديم المتوسط مع زيادة محدّدة في بُنى النسيج الضام .

وحمة النسيج الضام القطنية العجزية :

المرادفات : وحمة حجر الرصيف ، الوحمة المغراوية (الكلاجينية) القطنية العجزية (راجع الشكل ٥٢ : ٢٢) .

الموجودات السريرية : وهي عبارة عن بقع مسطحة ، مرتفعة قليلاً ، بلون الجلد أو ضاربة للبياض على شكل حجر الرصيف ، أو عبارة عن عقيدات ، تتوضع في الناحية القطنية العجزية . وقد تكون هذه الآفات على شكل مجموعات أو تكون خطية أو معممة في توزعها . وكثيراً ما تكون وحمة النسيج الضام تظاهرة مرافقة للغدوم الزهمي أو داء برينكل . Pringle

التشريح المرضي النسيجي : زيادة في النسيج الضام المغراي الكثيف التوزع .

المعالجة : الاستئصال هو الحل الوحيد .

وحمة النسيج الضام العقيدية الكبيرة المنتثرة :

وهو نموذج نادر جداً ، وتصف هذه التسمية الدقيقة الصورة السريرية لهذه الوحمة ، ويمكن تأكيد التشخيص بالخزعة .

الوحمة المرنة : Nevus Elasticus

[Lewandowsky : ١٩٢١]

الموجودات السريرية : تظهر هذه الوحمة النادرة عادة في الناحية الصدرية ، وتكون متعددة ، وتتألف من حطاطات صفراء ضاربة للبياض أو آفات مسطحة أكبر حجماً . ومن الناحية النسيجية هناك زيادة في النسيج المرن ، وكثيراً ما تزداد الألياف المغراية أيضاً .

الورم المرن الشبابي : Juvenile Elastoma

[Weidmann : ١٩٣٣]

المرادفات : الشكل المنتثر لوحمة النسيج الضام .

الحدوث : نادرة جداً . تظهر الوحة المرنة المحددة بشكل رئيسي على الثدي . ويمكن رؤية الأورام المرنة الشبائية على شكل أورام منتشرة مع تبكّل العظام كعرض من متلازمة بوشيكه - أولندروف Buschke - Ollendorf Syndrome ، ويمكن للمتلازمة أن تكون عائلية .

الموجودات السريرية : تتظاهر على شكل لويحات طرية بيضاء مصفرة ، مسطحة ومرتفعة قليلاً ، تتطور خلال بضعة أشهر ، إما في سن الطفولة أو في باكورة الشباب . وهي آفات محصورة في ناحية الثدي (Nevus elasticus regionis mammariae , lewandowski : ١٩٢١) . أو منتشرة وخاصة في ناحية البطن والأليتين والفخذين حيث تكون متناظرة أو موزعة في مجموعات .

التشريح المرضي النسيجي : تتميز الآفة نسيجياً بزيادة عدد وحجم الألياف المرنة في الأدمة دون ارتشاح التهاجي . وعلى مستوى البنية المستدقة تبدو المادة المرنة زائدة بوضوح ، بينما تناقص الليفات الصغرية المرنة وتستبدل بمادة حبيبية .

السير : ليس هناك أي ميل باتجاه الحباثة .

التشخيص التفريقي : الصفروم الكاذب المرن ، ومتلازمة بوشيكه - أولندروف Buschke - Ollendorf .

المعالجة : استئصال العقيدات المزعجة .

الوحمة الشحمومية Nevus Lepomatosus :

[Hoffmann و Zurhelle : ١٩٢٠]

المترادفات : الوحمة الشحمومية الجلدية السطحية .

التعريف : تشوه وحماني مع زيادة موضعية في النسيج الشحمي .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٥٢ : ٢٣) قد تظهر منذ الولادة ، وتتوضع عادة في الناحية القطنية أو الأليوية وتتألف من حطاطات طرية بلون الجلد أو صفراء ، وعقيدات مسطحة ناعمة ذات سطح ثؤلولي .

التشريح المرضي النسيجي : توجد فصيصات من النسيج الشحمي السوي في الأدمة العلوية ، ويحدث توزع مشابه أيضاً للنسيج الشحمي في متلازمة غولتز - غورلين Goltz - Gorlin .

متلازمة طفل إطارات ميشلان [Michelin Tire Baby Syndrome] :

[Ross = ١٩٦٩]

المترادفات : الجلد المطوى المعمم مع وحمات شحمومية مستبطنة ، الجلد المطوى مع التندب .

الموجودات السريرية : تتظاهر على شكل لفائف من الجلد المطوى منذ الولادة ، وكثيراً ما تصيب كامل الجسم مما يؤدي إلى صورة تذكر بمرز شركة الإطارات الفرنسية ، تفوق إصابة البنات إصابة الذكور ، وتزول الطيات مع تقدم العمر .

التشريح المرضي النسيجي : زيادة في النسيج الشحمي تحت الجلد والذي كثيراً ما يمتد إلى ما تحت البشرة مباشرة . ولقد تم وصف نسيج ندبي مغرأ بين النسيج الشحمي الزائد في بعض المرضى بصفة إفرادية . وكثيراً ما يسجل حدوث الرضح الولادي عند هؤلاء المرضى .

التشخيص التفريقي : لقد افترض وجود علاقة بين هذه المتلازمة والوحمة الشحمومية (Hoffmann - Zurhelle) .

الوحمات الوعائية Vascular Nevi :

الوحمات الوعائية شائعة ومألوفة بسبب طبيعتها الملفتة للأنظار . تظهر لوحدها أو مترافقة مع تشوهات أخرى التي قد تكون العلامات الأولى . يوجد أشكال انتقالية بين الوحمات الوعائية والأورام الوعائية (الوعاؤومات الدموية) .

الوحمة الشعلية Nevus Flammeus :

المترادفات : الصباغ الأحمر ، وحة Vinosus ، الوحمة متوسعة الشعريرات ، الوعاؤوم الدموي المسطح ، العلامة الولادية الوحمة (Birthmark) .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٥٢ : ٢٤) لويحات واضحة الحدود ، بلون أحمر نبيذي أو بنفسي ، ولادية أو تتطور باكراً ، وهي تزول بالضغط ، وكثيراً ما تأخذ أشكالاً غريبة ، يتراوح قياسها بين عدة ملليمترات إلى مساحات كبيرة تغطي أجزاء من الجسم . وتكرر هذه الوحمات عادة مع ازدياد حجم الطفل المصاب ولكنها لا تبدي أبداً نمواً عفواً أو ميلاً للتراجع .

الوحمات الشعلية المتناظرة أو المتشققة : قد تظهر هذه الآفة في بعض الأحيان بشكل غائي وهي تتوضع في خطوط الإنغلاق المضغية ، مثال : منتصف الجبهة ، فوهتي الأنف ، العجز ، تكون ألوانها حمراء داكنة وإنذارها حسن حيث أن ٧٠ - ٨٠٪ منها يتراجع عفواً خلال الأشهر أو السنوات الأولى من العمر .

وحمة أوننا - بوليتزر Unna - Politzer في مؤخرة العنق : من الشائع حدوث هذه الوحمة التي تبدو كبقعة حمراء - نبيذية اللون على النقرة ، وتعرف بعضة اللقلق أو بقعة السلمون (لطفة سمك سليان) . لا تبدي أي ميل للتراجع ، لكنها ليست مصدرراً لأي إزعاج باعتبار أنها تتوضع عادة مخبئة فوق مستوى خط الشعر .

الوحمة متوسعة الشعريات : ويمكن اعتبارها نوعاً من الوحمة الشعلية ولكن عوضاً عن الإحمرار المنتشر تبدو شبكة كثيفة من الشعريات المتوسعة الرقيقة والكبيرة وكثيراً ما تتوضع على الوجه وهي لا تبدي أي نمو فعلي .

التشريح المرضي النسجي : توجد شعريات دموية متوسعة في أسفل الأدمة ، ولا يوجد أي مبرر مطلقاً لاستخدام المصطلح التشريحي المرضي « الوعاؤوم الدموي الشعيري البسيط » لوصف هذه الحالة لأنه لا يوجد أي ورم وعائي حقيقي .

المعالجة : يجب ترك الوحمة الشعلية المتناظرة والصورية لعدة سنوات وذلك لتحديد فيما إذا سيحدث بعض التراجع العفوي (وهو شائع) . لا ينصح باستخدام الأشعة الشاردية (أشعة غرينز Grenz ، الأشعة السينية اللينة ، التوريوم - إكس Thorium - X) لأنها لا تؤدي إلى نتائج كافية في بعض الأحيان . وتعتبر المعالجة القرية السطحية الحذرة باستخدام ثلج ثاني أكسيد الكربون أو الآزوت السائل ، معالجة فعالة لكنها تتطلب الحيرة . ويمكن أيضاً استخدام المحاليل الكاوية بتركيز خفيفة لكن نتائجها التزويقية غير مقنعة حيث تعطي مظهراً مبغماً . وكذلك فإن المعالجة بإبر الإنفاذ الحراري للعرض الوعائية في الوحمة متوسعة الشعريات تؤدي إلى النتائج التزويقية ذاتها .

والمعالجة بالليزر مناسبة ، وخاصة بالآرغون ليزر حيث أن النتائج جيدة ، إلا أنها يجب أن لا تجرى قبل البلوغ بسبب التندب . ولا تستطب الجراحة إلا في حالات استثنائية . ويمكن أن تجرى على شكل شدي خلال عدة جلسات ، أو أن تجرى استئصال ناحي واسع يتبعها إجراء التطعيم الجلدي . تؤدي الندبات الناتجة إلى ظلال بشعة حتى بعد استخدام المواد التزويقية . ونحن ننصح مرضانا باستخدام المزوقات الطبية الخاصة (مثال : الموهات Covermark ، Dermablend) . وبإعطاء المريض التعليمات اللازمة وتدريبه عليها ، يمكن أن تقدم هذه الموهات مساعدة ذات قيمة لهؤلاء المرضى .

الوعاؤوم الساعي Angioma Serpiginosum :

[هتشنسون : ١٨٨٩ و Crocker : ١٨٩٩]

التعريف : يمكن تعريف الوعاؤوم الساعي على أنه وحمة شعيرية نادرة تصيب بشكل أساسي الإناث . وهي تبدأ في سن الشباب .

الحدوث : نادر ، وقد ذكرت حوادث عائلية أحياناً دون وجود ما يدل على الصلة الوثيقة بالوراثة ، ويظن كثير من المؤلفين أن هناك وراثة تنتقل بصبغي جسدي سائد مع درجة

عالية من النفوذية عند الإناث .

الإمراض : الأسباب غير معروفة ، توجد شعيرات متوسعة موضعة (توسع الشعيرات) ، هذه الشعيرات مبطنة ببطانة سووية ، لكنها على خلاف مع الشعيرات الطبيعية فإنها لا تبدي أي تفاعل تجاه الفوسفاتاز القلوية . ويحتمل وجود اضطراب في التعصيب الوعائي .

الموجودات السريرية : (راجع الشكل ٥٢ : ٢٥) تظهر خلال سن الطفولة أو مع البلوغ نقاط صغيرة جداً ذات لون أحمر أو بنفسجي ، لا يتجاوز قطرها (١ ملم) ، تتوضع على الأقسام السفلية من الساقين أو الأليتين أو الأجزاء الخارجية من الأقسام العلوية من الذراعين . وكثيراً ما تكون وحيدة الجانب . وقد يؤدي التراجع المركزي إلى ظهور أشكال دائرية أو ساعية . ويمكن إظهار الشعيرات المتوسعة بشكل جزئي فقط بالمعانة بالشفافية وذلك لأنها تضغط بصورة غير مباشرة (مائلة) فلا يمكن إخراجها من الدم . وتوجد في بعض الأحيان حمامى شبكية أو منتشرة تتطور عليها الآفات .

الأعراض : لا توجد أية ظواهر مجموعية .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد شعيرات متوسعة تحت البشرة ، ولا توجد ظواهر النهائية .

السير : مختلف ، فهو يتقدم ببطء خلال أشهر أو سنوات . وعلى كل حال فإن تشكل هذه الآفات قد يستمر لتنتشر في الجسم كله وقد تتوقف نهائياً كذلك ، وقد يحدث النكس آجلاً مع سير الحياة . أما الاختفاء طويل الأمد فنادر .

التشخيص التفريقي : التشخيص البديل الرئيسي هو توسع الشعيرات المترقي الغامض (توسع الشعيرات الأساسي) . ويجب التفكير أيضاً بتوسع الشعيرات التزي الوراثي ، وداء فابري Fabry .

المعالجة : يمكن تجريب التخريب بإبر الإنفاذ الحراري والمعالجة بالليزر أو التموه في حالات التأذي الجمالي الشديد .

الوحدات الوعائية كظاهرة جزئية للأدواء العُداسية :

تكون الوحمة الشعلية أحياناً كظاهرة جزئية تظهر مترافقة مع تشوهات تنموية أخرى في الأنسجة الرخوة والعظام والشبكية والسحايا . وفي مثل هذه الحالات يوجد داء وحمامي مجموعي أو أدواء عُداسية .

متلازمة ستورج - وير Sturge - Weber Syndrome :

[Krabbe : ١٩٣٤ ، Weber : ١٩٢٢ ، Sturge :

١٨٧٩ ، Luschka : ١٨٥٤]

المترادفات : الورام الوعائي الدماغى ثلاثي التوائم .

التعريف : تشوه وعائي ولادي في ناحية توزع العصب مثلث التوائم ، وفي الدماغ والجملة العصبية المركزية و يترافق مع زرق .

الحدوث : الآفة نادرة وتوجد حوادث عائلية أحياناً . الوراثة تنتقل بصبغي جسدي سائد أو سائد غير منتظم ، وفي حالات معزولة نجد ثلثاً صبغياً .

الموجودات السريرية : توجد وحة الشعلية عادة على الوجه وحيدة الجانب في ناحية توزع الفرعين الأول والثاني من العصب ثلاثي التوائم . وتصيب أحياناً مخاطية التجويف الفموي . وفي حوالي ٢٠٪ من الحالات نجد وراماً وعائياً في العين في الجانب نفسه مع زرق (ضخام المقلة) والذي ينتهي بالعمى . تتضمن الصورة الكاملة للمتلازمة مظاهر دماغية أيضاً مثل النوب الصرعية ، والشلل الدماغي ، والتخلف العقلي أو الخرف ، مع تبدلات نفسية . ويكون البدء في الطفولة الباكرة . وترتبط هذه التبدلات من الناحية السببية بوجود آفات وعاءوية أو دبقومات في السحايا الرقيقة Leptomeninges والتي تؤدي إلى احتشاءات وضمور في الدماغ ، وكثيراً ما تؤدي إلى تكلسات داخل القحف تظهر بالأشعة وتكون على حساب الأوعية الدماغية والسحائية .

التشخيص : يجب أن تقترح الوحة الشعلية ذات المظهر المميز على الوجه إجراء تصوير القحف الشعاعي (التكلسات الوعائية) والفحوص العينية .

متلازمة فون هيبيل – ليندو Von Hippel – Lindau Syndrome : [Lindau : ١٩٢٦ ، Von Hippel : ١٨٩٥ ، Jackson : ١٨٧٢]

المترادفات : الورام الوعائي المخيخي والشبكي ، الورام الوعائي الشبكي المخيخي .

التعريف : تشوهات وعائية ولادية متعددة البؤر .

الحدوث : قد تكون الوراثة في هذه المتلازمة الولادية النادرة سائدة غير منتظمة .

الموجودات السريرية : الوعاؤومات الشعيرية موجودة ، وتكون عادة في الشبكية والسحايا الرقيقة المخيخية علاوة عن وجود وحة شعلية في أكثر الأحيان . وإن المظاهر السريرية هي تلك التي تنجم عن الضغط الحاصل على المخ والمخيخ . وليس من غير النادر أن ترافق الحالة مع كيسات في المشكلة أو الكلية أو مع أورام كظرية أو ورم القواتم أو مع وعاءومات كهفية كبدية .

متلازمة كليل – ترينوني – وير

Klippel – Trenaunay – Weber Syndrome : [Parkes Weber : ١٩٠٧ ، Trénaunay و Klippel : ١٩٠٠]

المترادفات : الوحة الدواليية العظمية الضخامية ، توسع الأوعية الدموية الضخامي ، متلازمة العظام والأوعية الضخامية ، المتلازمة المربعة .

التعريف : هي عملاقة محدّدة ، تكون عادة مرتبطة بمرّيج ، مع تشوهات وعائية وفرط تنسج فيها ترتكز على أساس التطور المضغي .

الحدوث : الآفة نادرة نسبياً ، ولا توجد أدلة موثقة على الوراثة . نسبة إصابة الذكور أكبر من إصابة الإناث ، وتترافق أحياناً مع متلازمة ستورج – وير .

الموجودات السريرية : يصاب في العادة مرتّج واحد في الجسم (راجع الشكل ٥٢ : ٢٦) . ونادراً ما تصاب عدة مربعات . وتتضمن المتلازمة الكاملة :

– الوحة الشعلية وتصيب في العادة طرفاً بكامله وأحياناً مع وحة قمرية مبعثرة .

– دوالي وأوردة متوسعة .

– عملاقة جزئية مع ضخامة في العظام والأنسجة الرخوة للطرف المصاب وليس من المؤكد فيما إذا كان هذا الأخير ناجماً عن زيادة التزويد الأكسجيني الذي ينتج بدوره عن زيادة تكون الأوعية والتفاغرات الشريانية الوريدية . ويوضح تصوير الأوعية وجود تشوهات إضافية في الشرايين والأوعية اللمفية ، وكثيراً ما توجد تفاغرات شريانية – وريدية عديدة مع خطورة حدوث القصور القلبي نتيجة لزيادة التناج القلبي . في بعض الأحيان يشاهد ضمور في العظام والأنسجة الرخوة للطرف المصاب عوضاً عن الضخامة . وقد يوجد اختلاف في الضغط الدموي بين الطرف المصاب والطرف السليم . ومن العواقب الثانوية وجود الوذمة ، مع آفات جلدية تغذوية واضطرابات في وظيفة الهيكل العظمي . وليس من غير المعتاد وجود أشكال غير كاملة لهذه المتلازمة ، إلا أنه من النادر جداً أن يشترك الشذوذ الوعائي مع ضمور الطرف . وفي الحالات التي تغيب فيها الوحة الشعلية ويسود فيها حدوث فرط التنسج الوعائي الشبيه بالورم والتفاغرات الشريانية الوريدية ، هذه الحالات يمكن اعتبارها نموذجاً فرعياً لحالة Parkers – Weber أو شكلاً مستقلاً لمتلازمة باركر – وير .

المعالجة : بعد إيضاح الاضطراب الوظيفي الوعائي (تصوير

الأوعية ، فائق الصوت لدوبلر (Doppler) يمكن القيام بالمعالجة باستخدام العصائب الضاغطة وأحياناً يلجأ إلى الجراحة الوعائية وخاصة ربط التفاغرات الشريانية - الوريدية .

الوحمة العنكبوتية Nevus Araneus :

المترادفات : وحمة العنكبوت Spider Nevus ، الوحمة النجمية .

التعريف : وهي آفة تشير إلى حدوث تشكلات شريانية صغيرة وجديدة وهي ليست بوحمة حقيقية .

الموجودات السريرية : إن توضع الوحمة العنكبوتية محصور في الوجه ، وتظهر عند الأطفال والنساء عادة ، وهي ذات مشكلة تزويقية ، ونجد في مركز الآفة أحياناً عقيدة وعائية شريانية نابضة ، وبارزة بحجم رأس الدبوس ، يتفرع منها غصينات وعائية دقيقة تتجه في جميع الاتجاهات لتأخذ شكل شبكة العنكبوت (راجع الشكلين ٥٢ - ٢٧ و ٥٢ - ٢٨) وليس من غير الشائع حدوث عدد كبير من الوححات العنكبوتية أثناء الحمل ثم تبدي تراجعاً بعد الولادة . وكثيراً ما تشاهد هذه الوححات في سير الآفات الكبدية مثل التهاب الكبد المزمن والتشمع وسرطانة الكبد ، وفي تصلب الجلد المجموعي المترقي (متلازمة CREST) في القسم العلوي من الجسم والوجه ، وقد تظهر هذه الآفات بشكل وحيد أو مبعثر . وهي ذات سير حميد عند الأطفال .

التشريح المرضي النسجي : توجد في الأدمة العلوية أوعية متغصنة تنشأ اعتباراً من توسع شبيه بالأنبورة لأحد الشريينات .

المعالجة : يتم تخريب الوعاء المركزي بإبرة الإنفاذ الحراري أو بالليزر . ويحدث النكس أحياناً ، ويمكن تكرار المعالجة بالطريقة نفسها . يستطب إجراء الاستئصال الجراحي البسيط في الحالات الضرورية فقط .

توسع الشعيرات الوراثي النزفي

Telangiectasia Hereditaria Hemorrhagica :

[Babington : ١٨٦٥ ، Rendu ، ١٨٩٦ ، Osler ، ١٩٠٧]

المترادفات : داء أوسلر ، متلازمة راندو - أوسلر Rendu - Osler .

التعريف : وهو عبارة عن توسع شعيرات متعدد وراثي ، يتظاهر في الجلد والأغشية المخاطية والأعضاء الداخلية مع زيادة التأهب للنزف ، ويمكن اعتبار هذا الداء من الأمراض المجموعية الوحمانية .

الحدوث : نادر ، وهو داء موروث بصبغي جسدي سائد ،

وبتعايير مختلفة الدرجات ، وهو يصيب الجنسين ، غير أنه يفضل إصابة الأشخاص ذوي الزمرة الدموية O ، والأشخاص المصابون في العادة هم متغايروا الزيغوت حيث أن متاثلي الزيغوت غير قابلين للحياة .

الموجودات السريرية : يوجد غمطياً تأهب للنزف في الجلد والأغشية المخاطية ، وتكون العلامة البدئية هي كثرة حدوث الرعاف في سن الشباب ، وقد يترافق مع ييلة دموية ونزف معوي . وتوجد في العادة توسعات وعائية عقيدية الشكل ، حمراء قائمة ، تقيس من ٢ - ٥ ملم . وكثيراً ما تترافق مع توسعات وعائية نجمية الشكل (راجع الشكل ٥٢ - ٢٩) . والنواحي الرئيسية المصابة هي الوجه ، والأذنين ، والشفين واليدين . وقد توجد توسعات حمراء تحت الأظفار ، يصل قياسها من ١ - ٣ ملم أو أكثر ، ويمكن رؤيتها من خلال الأظفار ، وتعتبر مهمة من الناحية التشخيصية . ومن النواحي النموذجية إصابة اللسان ومخاطبة الفم والأنف (راجع الشكل ٥٢ - ٣٠) . ويمكن اكتشاف نفس التشوهات في الأغشية المخاطية للسييلين الهضمي والبولي وفي القصبات ، وبشكل أندر من ذلك في الجملة العصبية (مَذَل) . وقد ذكرت حوادث حدثت فيها نواسير شريانية وريدية رئوية (زرقة ، ضيق نفس ، تعجر الأصابع) . بالإضافة إلى تفاغرات شريانية وريدية في الكبد والدماغ . وكثيراً ما يحدث تشمع الكبد (تشمع الكبد بتوسع الشعيرات) وهو يُعزى لنقل الدم المتكرر خلال معالجة فقر الدم . ومن التبدلات النادرة المذلل والاضطرابات الدورانية الشبيهة باضطرابات رينو Raynaud . ويفسر ضياع الدم المتكرر حدوث فقر الدم بعوز الحديد ، كما ذكرت حوادث من قلة الصفائح واعتلال التخثر لكنهما نادرين .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد في الأدمة شعيرات متوسعة وتنشأت شعيرية بالإضافة إلى أوعية دموية ثخينة الجدر ، متوسعة ، في الأدمة الأكر عميقاً .

التشخيص : ويرتكز على المثلث الكامل المؤلف من التوسعات الوعائية ، الوراثة ، الميل للنزف وبشكل خاص الرعاف .

التشخيص التفريقي : ويتضمن الوححات العنكبوتية الطفحية ، الوعاؤومات المتعددة الشيوخوخية ، التقران الوعائي الجسمي المنتشر (داء Fabry) ، توسع الشعيرات الأساسي ، وقد تحدث صورة سريرية مشابهة في متلازمة CREST .

الإنذار : حسن بالرغم من تكرار النزف الشديد (الرعاف ، نفث الدم ، ييلة دموية ... إلخ) .

المعالجة : المعالجة السببية غير ممكنة ، ويمكن تخثير التوسعات

الإفرازية بإبرة الإنفاذ الحراري أو بالليزر . وفي حالات الرعاف الشديدة يمكن أن نستبدل مخاطية الأنف بطعوم جلدية مشطورة أما بالنسبة للحالات الشديدة عند النساء فيمكن تطبيق المعالجة بالإستروجين لإحداث الخوّل الظهاري للحاجز الأنفي . ومن المهم جداً السيطرة على فقر الدم الثانوي . أما الحالات الخفيفة فلا تستدعي أية معالجة فيما عدا إعاضة الحديد . ويجب مراقبة وظائف الكبد بين فترة وأخرى .

الوحمة الوعائية المختلطة *Nevus Vascularis Mixtus* :

[Fischer : ١٩٠٩ ، Hamm و Happle : ١٩٨٦]

التعريف : وهي عبارة عن اشتراك نادر بين الوحمة متوسعة الشعيرات والوحمة الفقرمية . وقد تحدث مع متلازمات ولادية أخرى .

الموجودات السريرية : تتواجد الآفات منذ الولادة أو أنها تلاحظ فيما بعد أثناء الطفولة . وأحياناً ترى في سن الكهولة بطريق الصدفة . تشاهد بقع متوسعة الشعيرات مع بقع بيضاء فقرمية ، وكلاهما ذات حدود واضحة لكنها غير منتظمة ، وتتواجد في ناحية واحدة من الجسم ممزوجة بعضها مع بعض .

التشريح المرضي النسيجي : تكون الأوعية سوية في السنوات الباكرة . أما فيما بعد فتتميز المكونتان إما بوجود توسع وعائي أو تقبض وعائي دائمين (الوحمة الوظيفية) .

الوحمة الفقرمية (فقيرة الدم) *Nevus Anemicus* :

[Vörner : ١٩٠٦]

تتظاهر الوحمة الفقرمية سريرياً على شكل بقعة ذات شكل غير منتظم ، حدودها واضحة جداً ولونها أبيض وهي لا تحمر لدى فرك الجلد (راجع الشكل ٥٢ - ٣١) . وتكتشف عادة بطريق الصدفة إذا أنها غير مؤذية بأي شكل من الأشكال . وكثيراً ما تكون مشتركة مع اضطرابات أخرى ولادية في التكون الوعائي ، مثال : متلازمة كليليل - ترينوني - وير . وتشير الدراسات إلى عدم وجود نقص أو انعدام تنسج في الأوعية الدموية الجلدية ، وبأن الأوعية الدموية السطحية

الفصل الثالث والخمسون

الكيسات

Cysts

د . هناء مسوكر

لقد كُرس هذا البحث لمناقشة موضوع الكيسات والكيسات الكاذبة والأورام الكيسية والأورام الكيسية الوجيهة [راجع الجدول ٥٣ - ١] .

الكيسات الحقيقية : لهذه الكيسات جوف وهي مبطنه بجدار كيمي ظهاري . وقد يكون محتوى الكيسات سائلاً أو هلامياً أو جامداً تبعاً لطبيعة وأصل جدار الكيسة . قد تكون الكيسة معزولة عن سطح الجلد أو مرتبطة بالبرشنة بواسطة قناة أو جيب غالباً ما يكون متضيقاً . وتطور الكيسات ابتداءً من ظهارة قرنية أو غدية . يتراوح قد الكيسة بين حجم رأس الدبوس (مثال : الدُخينات) ، وحجم قبضة اليد (مثال : كيسات غمد الشعرة الخارجي Trichilemmal) . تبدأ معظم الكيسات اعتباراً من انسداد في الأقنية الجريبة (مثال : الكيسات البشروية) أو البنيات الغدية (مثال : الأورام الكيسية أو الكيسومات العرقية) ، وأقل شيوعاً مما سبق هناك الانزياح الرضحي الظهاري (مثال : الكيسات الظهارية الرضحية ، الدُخينات بعد سنفرة الجلد) .

يندر حدوث الانزياح الظهاري المحدد بدنياً كما ينذر حدوث التطور السلي Maldevelopment وكلاهما وحمانيان في طبيعتهما . وإن بعض الكيسات مثل الكيسات الزهري Steatocystoma المتعدد والكيسات البشروية في متلازمة غاردنر Gardner وهي شكل من جلادات وراثية .

الكيسات الكاذبة : تبدو هذه الكيسات من الناحية السريرية مشابهة للكيسات الحقيقية إلا أنها لا تمتلك جداراً كسبياً . وينقصها نسيجاً ظهارة غدية أو قرنية . وكثيراً ما تكون محاطة بمحفظ من النسيج الضام مثل الكيسات المخاطية الرضحية في الشفة السفلى أو اللسان والكيسات المخاطانية على ظهر الأصابع راجع (الشكل ٥٣ - ١) .

الأورام الكيسية : يجب تمييز الأورام الكيسية عن الكيسات الحقيقية والكيسات الكاذبة . حيث يتطور الجوف الكيسي هنا ضمن متن الورم . مثال على ذلك السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية أو الغدوم العرق الكيسي Cystic Hidradenoma .

الكيسات الحقيقية والأورام الكيسية

True Cysts and Cystic Tumours

الدُخينات Milia :

الدخينات (Milium = Millet) هي كيسات بقدر رأس الدبوس ، بيضاء كروية وملوثة ، تصيب الوجه بصورة خاصة ، كذلك جانبي الخدين وحول العينين والصدغين . وليس للدخينات اتصال أو انفتاح مع سطح الجلد ولا تحتوي على جراثيم ولا تصبح ملتهبة . تتظاهر هذه الدخينات بأعداد هائلة عند بعض المرضى مما يؤدي إلى مشكلة تزويقية .

قد تظهر الدخينات بأعداد كبيرة وبشكل مفاجيء عند اليافعين الشباب (راجع الشكل ٥٣ - ٢) وقد تظهر حتى عند الرضع وهي شائعة أيضاً عند المسنين . نسبة إصابة النساء أكثر من الرجال .

الإمراض : قد تشكل الدخينات عفواً اعتباراً من البرشنة بين الجريبة أو من جريات الأشعار الزغبية أو من الأقنية المفرغة القرنية داخل الظهارية للغدد العرقية الناحية (الورم الغدي العرق النهائي) .

وقد تبدأ الدخينات الثانوية (أ) : ما بعد الرضخ من انزياح في الشذفات القرنية للظهارة ما تحت البرشنة . مثال : بعد سنفرة جلد الوجه من أجل ندبات العد . (ب) ما بعد الرضخ على ظهر اليدين أو بعد النفطات تحت البشروية كالتي تحدث في الفقاعاني الفقاعي (في ناحية من الجسم) أو البرفورية الجلدية الآجلة (بشكل رئيسي على الأصابع وظهر اليدين) أو انحلال البرشنة الفقاعي أو الحروق ... إلخ . (جـ) لدى شفاء التهابات الجيبومية (الذأب الشائع ، الغرناوية في الجلد . . . وتراجع الدُخينات الثانوية عادة بعد فترة من الزمن .

التشريح المرضي النسيجي : الدخينات عبارة عن كيسات كروية مملوءة بطبقات كثيفة من صفيحات القرأتين (القرنين) مثل طبقات البصل . وتتوضع هذه الكيسات في الطبقة السفلية المالبكية للبرشنة بين الجريبة ، أو في جريات الأشعار الزغبية ، أو في الورم الغدي العرق النهائي . ويمكن الكشف عن وجود طبقة حبيبية في الظهارة القرنية .

التشخيص : يوضع التشخيص بسهولة بمشاهدة الكيسات البيضاء التي تكون بحجم رأس الدبوس .

التشخيص التفريقي : يجب أن تميز الدخينات عن الغدومات العرقية والويميحات الصفراء عندما تتوضع فقط على الجفن السفلي . وتتضمن الاحتمالات الأخرى ليفومات ما حول

الجدول ٥٣ - ١ : الكيسات (C) ، الكيسات الكاذبة (PC) الأورام الكيسية (CT) والأورام الكيسية الوجيهة (NCT)

الأصل	النسيج	مثال	مظاهر نسيجية	التصنيف
ظهارة تقرنية	البشرة بين الجريبيية	كيسة ظهارية رضحية	طبقة حبيبية ، تليف ما حول الكيسة	C
	جريب شعري زغبى	دُخَيْنة	لؤلؤة تقرنية داخل ظهارية	C
	الورم الغدي العرقى النهائي	دخينة	لؤلؤة تقرنية داخل الغدة العرقية النهائية	C
	جريب الغدة الزهمية	زؤان مفتوح ومغلق	طبقة حبيبية ، عنيات زهمية كبيرة ، كيسة متناظرة	C
		زؤان ثانوي	طبقة حبيبية ، عنيات زهمية صغيرة أو غائبة ، كيسة غير متناظرة	C
		زؤان عملاق	طبقة حبيبية ، لا توجد عنيات زهمية	C
		مَسَمّ متوسع	ورام حلبي ، طبقة حبيبية ، ملانين	CT
		ورم جريبي شعري	جريات شعرية كثيرة العدد ، أشباه أشعار	CT
		ورم جريبي شعري زهمي	جريات غدد زهمية كثيرة العدد	NCT
		كيسة الشعرة الزغبية الطفحية	طبقة حبيبية ، كيسات صغيرة ، أشعار زغبية كثيرة العدد	C
	جريات الأشعار الانتهائية	كيسة بشروية	طبقة حبيبية	C
		ورم أم الشعر Pilomatrixoma	خلايا ظليّة ، تكلّس	CT
		(مالرب)		
		الكياس الزهمي المتعدد	عنيات غدية زهمية ، أشعار	NCT
		كيسات غمد الشعرة الخارجى	لا توجد طبقة حبيبية	C
		(العصبدة Atheroma)		
		كيسات غمد الشعرة الخارجى التكاثرية	كيسات عديدة المساكن أو التوضع ، لا توجد طبقة حبيبية ، وتوجد لا نغطة خلوية	CT
	ظهارة غدية	الغدوم العرقى Syringoma	أعشاش شبيهة بالشرغوف	CT
	الغد العرقى الناعمة	الورم الكيسي (الكيسوم) العرقى	جدار كيسي ناتح	C
		الناتح		
		الغدوم الخلزوني الناتح	أعشاش خلوية مصمتة ، غمطين من الخلايا	CT
		الورم الكيسي (الكيسوم) العرقى المفترز	إفراز مفترز	CT
		الغدوم الكيسي العرقى الحلبي الشكل	إفراز مفترز - تكاثر حلبيومي	CT
		الكيسة الرُصْغِيّة (جفن) لمول Moll	إفراز مفترز	CT
		الغدوم الكيسي (الوجه)	إفراز مفترز ، وحمة عضوانية	NCT
		ورام غَدِيّ تاكلِيّ (الحلمة)	إفراز مفترز ، قنيات حلبيية	CT
	الغدود اللعابية	كيسات احتباسية لعابية	حصاة لعابية	CT
	الغدود المخاطية	كيسات مخاطية	التهاب ، تليف	PC
لنسيج الضام		كيسة ظهريّة	مواد مخاطانية	PC
زليل المفاصل أو أغماد الأوتار		عقدة	زليل Synovia	C

الكيسات البشرية الثانوية Secondary : Epidermal Cysts

تظهر هذه الكيسات في العدّ المكبب على الوجه والعنق والظهر والصدر ويختلف عددها بين بضعة كيسات إلى بضعة مئات منها ويتراوح قياسها من عدة مليمترات إلى عدة سنتيمترات . وتشكل الكيسات في العدّ المكبب (Conglobata) بسبب استمرار الالتهاب في الزؤان المغلق وإعادة تشكل الظهارة التالي من جديد ، ومن هنا جاءت التسمية « الزؤان الثانوي » . وفي جميع الحالات تقريباً تتخرب الجريبات الشعرية والغدد الزهمية بسبب الالتهاب .

التشريح المرضي النسجي : تبدي هذه الكيسات وجود طبقة حبيبية ولذلك فهي تعتبر شكلاً خاصاً من الكيسات البشرية . ويعد التليف الحاصل في كنف الكيسة دليلاً على حدوث الالتهاب السابق .

التشخيص التفريقي : تميز عن الكياس الزهمي المتعدد Steatocytoma Multiplex .

الكيسات الصفنية البشرية Scrotal Epidermal Cysts : Blaschke و Gumpert [١٩٢٤]

المرادفات : الكيسات الصفنية ، الورام الكيسي الزهمي الصفني (ويجب تجنب هذه التسمية باعتبار أن هذه الحالة لا تتضمن مطلقاً احتباس الزهم) .

الموجودات السريرية : لأسباب غير معروفة عند بعض الرجال (راجع الشكل ٥٣ - ٣) تشكل كيسات متوترة ناتئة في ناحية جلد الصفن ابتداءً من الجريبات الغدّية الزهمية الكثيرة العدد والمتواجدة في هذه الناحية . وكثيراً ما توجد في مركز الآفة فتحة مسمية الشكل ، يخرج منها لدى ضغطها كتل بيضاء - ضاربة للصفرة على شكل خيوط . يضاهي هذه الآفة عند النساء كيسات فرجية نادرة .

التشريح المرضي النسجي : تبدي هذه الكيسات البشرية طبقة حبيبية وتتضمن لمعتها كتلاً من الخلايا المتقرنة (القرّاتينية) . ويغلب أن تتأذى الغدد الزهمية في معظم الأحيان ، ولهذا السبب فإن الكيسات البشرية في الصفن تشبه الزؤان المغلق الذي يشاهد في العدّ الشائع . وقد تلتهب هذه الكيسات أيضاً لأنها كثيراً ما تحتوي على الجراثيم . وليس من النادر حدوث التخرب الكامل لظهارة الكيسة بسبب الالتهاب حيث يستبدل بها محفظة ليفية حاوية على الخلايا العملاقة الخاصة بالأجسام الأجنبية . أما محتويات الكيسة فقد تتجبن أو تتكلس أو تعظم . وباعتبار أن جلد الصفن رقيق جداً فيمكن مشاهدة لمعان الكيسات الصفراء من خلاله . ويمكن مشاهدة

الجريبية أو القرصوم الشعري Trichodiscoma والدخينات الغروانية .

المعالجة : وتتألف من فتح وإزالة الظهارة الرقيقة المغطاة باستعمال مشرط الساذ أو إبرة محقنة ثم عصر الدخينة .

الكيسات البشرية Epidermal Cysts :

الكيسات البشرية عبارة عن عقيدات غير مؤلمة ذات شكل نصف كروي وبارز ، مرنة ، ومتوترة وبلون الجلد . يتراوح قطرها بين عدة مليمترات وبضع سنتيمترات . ويمكن أن تصيب أي ناحية من الجلد حيث توجد جريبات الغدد الزهمية والأشعار النهائية أو الزغبية . ويكثر شيوها على الوجه والجذع والأجزاء الدانية من الأطراف . وتؤدي الكيسات البشرية الكبيرة إلى قشط البشرة التي تعلوها بحيث تبدو أوعية النسيج الضام وكأنها توسعات شعيرية . وتمتلك الكيسات البشرية اتصالاً منفصلاً على سطح الجلد بشكل دائم إلا أن الفتحة غالباً ما تكون متضيقّة ، بحيث يمكن الكشف عن الفتحة بالشكل الطبيعي كسم دقيق . وإذا كانت الفتحة أكبر من ذلك ، فعند ذلك تُرى كتل الخلايا القرّاتينية (القرنية) جافة ، على شكل سداة قائمة مصطبغة عادة ، والصباغ هو الملانين .

الإمراض : تبدأ الكيسات البشرية من قرط تقرن احتباسي - تكاثري في قمع الجريبات حيث تحتبس الخلايا القرّاتينية (القرنية) ولا تعود تصل إلى الوسط الخارجي . وباعتبار أن للكيسة البشرية اتصالاً منفصلاً مع سطح الجلد فإنها كثيراً ما تكون مستعمرة بالجراثيم (المكورات الدقيقة ، الجراثيم البروبونية العدّية) . تتابع حلقات الأشعار إنتاج الشعر ولذا يمكن العثور على عدد من الأشعار ضمن الكيسة البشرية يتناسب مع عمر الكيسة ، وكثيراً ما تنعدم رؤية الغدد الزهمية لأنها تتخرب بالضمور الانضغاطي أو الالتهاب . وعلى كل حال ، وباعتبار أن الكيسات تزداد حجماً مع الزمن وبشكل مستمر فإنها قد تتمزق وتلتهب مؤدية إلى تشكل خراجات كبيرة وخاصة في ناحية النقرة والكتفين .

التشريح المرضي النسجي : يتميز جدار الكيسة البشرية بظهارة مع طبقة حبيبية . وتوجد في لمع الكيسة صفائح مطبقة من الخلايا القرنية مثل طبقات البصل .

المعالجة : وتم باستئصال جدار الكيسة بواسطة التسليخ الكليل عن النسيج الضام . والبديل هو إجراء التؤخيف (الجراحة) بحيث تبضع الكيسة بمبضع ويُعصر محتواها من الفريك الجبني ثم يمسك جدار الكيسة بملقط ويمسح نحو الخارج . يبقى البضع صغيراً والنتيجة التزويقية جيدة . ويتم تدمير الكيسات الملتبئة عرضياً في البدء ولا تستأصل جراحياً إلا بعد عدة أسابيع .

وهي تصيب بشكل رئيسي الذراعين والساقين والصدر والظهر .

التشريح المرضي النسيجي : هي كيسات مشتقة من جريبات الأشعار الزغبية ويتألف جدار الكيسة من طبقة ظهارية وسفية Squamous مطبقة مع طبقة حبيبية رقيقة . وغالباً ما تكون الكيسة ذات شكل غير منتظم وتبدي درجات مختلفة من الالتهاب مع تليف ما حول الكيسة .

التشخيص : كيسات طفحية صغيرة جداً شبيهة بالزؤان المغلق وتكون غالباً بأعداد كبيرة على الجذع والأطراف .

التشخيص التفريقي : سريرياً ، يتضمن التشخيص التفريقي الكياس الزهمي المتعدد والزؤان في العدّ الشائع والطفحاحات العدية الشكل والتهاب الجريبات الشعرية الثاقب والتقرانات الجريمية . أما من الناحية النسيجية : فيجب أن نميز كلاً من كيسة غمد الشعرة الخارجي والدخينات المخرشة والكياس الزهمي المتعدد .

المعالجة : لا تعرف تدابير فعالة . ولقد تم في بعض الأحيان تجريب التقشير Peeling الموضعي بالترتينوين « Tretinoin » أو المعالجة الجهازية بالإيزوترتينوين ولكن بدون نتائج مقنعة...

كيسات غمد الشعرة الخارجي Trichilemmal Cysts [Ostermayer ١٨٩٧] :

المترادفات : العصيدة « Atheroma » ، الكيسات الزهمية .
التعريف : هي كيسات كروية على فروة الرأس بشكل مطلق تقريباً . تتلى هذه الكيسات بكتل كثيفة من الخلايا المتقرنة في غمد الشعرة الخارجي . ومن الناحية النسيجية يوافق غمد جذر الشعرة الخارجي جدار الكيسة (غمد الشعرة الخارجي Trichilemma) ، ولا توجد طبقة حبيبية .

الإمراض : تنشأ كيسات غمد الشعرة الخارجي من غمد الشعرة الخارجي الخاص بجذر الشعرة ، وهي الجزء من الجريب الشعري الواقع بين بصلة الشعرة وفتحة عنبة الغدد الزهمية على قمع الجريب . لا تحتوي هذه الكيسات في جدرانها على فصيصات الغدد الزهمية . وتتألف محتويات كيسات غمد الشعرة الخارجي على مادة طرية شبيهة بالمعجون .

الموجودات السريرية : الكيسات عبارة عن بنيات متوترة ومرنة ، وناطقة ذات شكل مدور ، يتراوح قطرها بين ٥ - ١٠ ملم . وقد يصل حجمها في حالات نادرة إلى قبضة يد الطفل . ويكون الجلد المغطي للكيسات الكبيرة الحجم ضموراً والأشعار غائبة عادة (راجع الشكل ٥٣ - ٤) . ويمكن لكيسات غمد الشعرة الخارجي أن تلتبب فتلتصق بفروة

الزهم بكميات قليلة جداً وذلك إذا بقيت الغدد الزهمية سليمة . إذ يصغر حجم الغدد الزهمية كلما كبر حجم الكيسة ، وبالتالي فكلما كبرت الكيسة قلت كمية الزهم الموجود فيها .

و كثيراً ما تبدي الكيسات الصفنية وجود بؤر من التكلس ، ففي المراحل المتقدمة ، يمكن مشاهدة مادة متكلسة فقط محاطة بنسيج ليفي ولا يوجد أي دليل على الظهارة المبطنة الموجودة سابقاً . ولهذا السبب تم استخدام التسمية « الكلاس الصفي » .

الكيسات الظهارية الرضحية Traumatic Epithelial Cysts :

هذه الكيسات غير شائعة ، وهي تنشأ بسبب الإنزياح الرضحي للبشرة بين الجريبات إلى داخل النسيج الضام . مثال : بعد آذيات الراحتين والأخصين أو تحت أظفار الأصابع (كيسات ظهارية تحت الأظفار) وكذلك بعد تطبيق الوسائل الجراحية على أي جزء من الجسم . ومن هنا أتت التسمية « الكيسات الظهارية الرضحية » . وتبدي هذه الكيسات من الناحية النسيجية وجود طبقة حبيبية ، ووجود نسيج ضام ليفي كأثر دال على الالتهاب السابق .

الزؤان العملاق Gaint Comedones :

وهي عبارة عن شكل خاص من الندبات ، حيث تؤدي الإنغلافات الظهارية إلى تشكل جوف كيسي ذو فتحة واسعة يشبه الجيب ، وتنتج الظهارة المبطنة كمية من الخلايا المتقرنة كثيراً ما تؤدي بدورها إلى تشكل سداة كثيفة جامدة ومصطبغة (ملانين) . وليس للزؤان العملاق أية علاقة بالعد ، وإنما يحصل ما بعد الرضخ وبسببه . وتعرف الزؤانات العملاقة المتشكلة في ناحية السرة بالأحجار أو « الحجارة السرية : Navel Stones » .

كيسات الأشعار الزغبية الطفحية Eruptive vellus Hair Cysts [Esterly et al : ١٩٧٧] :

التعريف : وهي عبارة عن كيسات صغيرة مفردة وتشتق من جريبات الأشعار الزغبية . وهي تشبه الزؤانات ، وتظهر بشكل مفاجئ تماماً عند الأطفال أو اليافعين .

المحدوث : غير شائع ، ولكن ربما يعود ذلك لعدم تشخيصها وبالتالي فهي غير مدونة .

الأسباب : غير معروفة .

الموجودات السريرية : تظهر حطاطات متعددة شبيهة بالزؤان يتراوح قطرها من ١ - ٣ ملم وأحياناً تلتبب بشكل خفيف ،

الرأس . ويميل بعض المرضى للإصابة بكيسات كثيرة العدد على الفروة . وهي حديثة عائلية ذات وراثة غير منتظمة (العصيدات العائلية) .

التشريح المرضي النسيجي : لا توجد طبقة حبيبية في جدار الكيسة . ويتألف محتواها من قرأتين غمد الشعرة الخارجي .

المعالجة : استئصال كامل لجدار الكيسة مع إجراء الخياطة التالية . وقد يؤدي بقاء أية بقايا من جدار الكيسة إلى حدوث النكس .

التشخيص التفريقي : تميز عن كيسات غمد الشعرة الخارجي التكاثرية وأورام غمد الشعرة الخارجي التكاثرية والإسطوانوم .

كيسات غمد الشعرة التكاثرية Proliferating Trichilemmal Cysts [Wilson Jones ١٩٦٦] :

الموجودات السريرية : تشكل في بعض الأحيان أورام حمراء النهاية تقرحية ذات قاعدة عريضة بعد حدوث التبدلات الالتهابية في كيسة غمد الشعرة الخارجي ، الكبيرة الحجم على الفروة (راجع الشكل ٥٣ - ٥٠) . وأكثر الناس إصابة هم المسنون ، وبشكل خاص النساء منهم .

التشريح المرضي النسيجي : عبارة عن تفرع غمد الشعرة الخارجي دون وجود طبقة حبيبية . وهي تتميز بتعدد المساكن ووجود عدة بروتات في جدار الكيسة . وفي بعض المراحل يحدث تفرع بشروي مع طبقة حبيبية . وقد تحدث تآكلات في عظام القحف .

التشخيص التفريقي : تميز عن أورام غمد الشعرة الخارجي (Headington : ١٩٧٦) ، والسرطانة وسفية الخلايا المتوضعة على الفروة ، والنقائل إلى الفروة .

المعالجة : وتكون بالاستئصال ، ويحتاج الأمر أحياناً للجراحة التصنيعية لتأمين التغطية الجلدية .

الكيسات الزهمية والكيسات الاحتباسية الزهمية : Sebaceous Cysts and Sebaceous Retention

هذه التسميات قديمة وغير صحيحة ، ولقد كانت تستخدم فيما مضى لوصف الكيسات البشروية وكيسات غمد الشعرة الخارجي والكياس الزهمي المتعدد ، ولا توجد كيسات بسبب احتباس الزهم فقط أو بسبب انسداد الجريبات الشعرية بالزهم .

الكياس الزهمي المتعدد Steatocystoma Multiplex [برنكل : ١٨٩٩] :

المترادفات : الكيسات الزهمية ، الكيسات الاحتباسية الزهمية ،

الورام الكيسي الزهمي (Günther : ١٩١٧) ، الزهموم Steatoma ، وكل هذه التسميات قديمة .

التعريف : هي عبارة عن توسع كيسي في الجريبات الزهمية ، محدّد وراثياً (وراثة بصغي جسدي سائد) . ولهذا السبب يصنف الكياس الزهمي المتعدد من بين الأورام الكيسية الوجيهة .

الموجودات السريرية : تبدأ بعد سن البلوغ بين الأعمار ١٠ و ٣٠ سنة ، حيث تشكل كيسات بشكل تدريجي تحت الجلد وعلى أعماق مختلفة ، ويتراوح قدها بين ٢ - ٥ ملم و ١ - ٢ سم . وكثيراً ما تبدي لوناً ضارباً للزرقة (راجع الشكل ٥٣ - ٦) . أكثر النواحي إصابة هي الصدر والظهر والإبط ، وأقل من ذلك الوجه وخاصة الجهة . تشاهد الكيسات في كلا الجنسين من الرجال والنساء وتبدي حدوثاً عائلياً في كل الحالات تقريباً . يختلف عدد الكيسات في كل حادثة ، وقد ذكرت حوادث تواجدت مئات منها عند بعض المرضى ، كما وجدت كيسات وحيدة من الكياس الزهمي المتعدد ، وقد تؤدي الكيسات الكبيرة التي تصيب العنق إلى مشاكل تنسيقية .

الإمراض : تتطور كيسات الكياس الزهمي المتعدد من أعماق أجزاء الجريبات الزهمية والتي تنتمي إليها غدد الغدة الزهمية وأقنية الغدة الزهمية والأجزاء الشعرية للأشعار الزغبية . أما القمع الذي يعلو هذه الأجزاء فيعرف من بقاياه فقط ، وليس له أي اتصال مفتوح على سطح الجلد . يتشكل جدار هذه الكيسة من ظهارة الأقنية الزهمية والغدد الغدية الزهمية ، ولهذا السبب ليس لها طبقة حبيبية من الناحية النسيجية . وإذا دخلت زويجات الأشعار إلى جوف الكيسة فإن هذه الأشعار تصبح كثيرة ومتشابكة وتلتف حول بعضها البعض لتصبح ككرة الصوف . محتويات الكيسة عقيمة ، ونظراً لعدم وجود جراثيم فإن ثلاثيات الغليسريد لا تتحول إلى حموض دسمة حرة . ولهذا السبب فمن غير المعتاد حدوث تبدلات النهاية في هذه الحالات .

التشريح المرضي النسيجي : كيسات ذات أحجام مختلفة وجدار رقيق ممتدّد دون طبقة حبيبية . تتجبل خلايا زهمية فردية أو غدد الغدة الزهمية الكاملة في جدار الكيسة . وتحتوي اللمعة على خلايا متقرنة من غمد الشعرة الخارجي ، ومادة زهمية متجانسة وكثيراً من الأشعار الزغبية .

التشخيص : كيسات في ناحية غنية بالغدد الزهمية ، متوضعة في الجلد أو تحته ، وذات لمعان أزرق ، ووراثة بصغي جسدي سائد .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الزؤان المغلق والزؤانات الثانوية والكيسات في العدّ وأورام الغدد العرقية الناحية والمفتزة ، وكيسات الأشعار الزغبية الطفحية .

المعالجة : صعبة لوجود المئات من هذه الكيسات في بعض الأحيان ، تستأصل الكيسات المرعجة من الناحية التزويقية . ولقد تم تجريب الإيزوترتينوئين (cis Retinoic - 13 Acid) ، وحقق بعض النجاح ، لكنه ذو تأثير مسكن للآفة فقط .

الكياس الزهمي المتعدد المكب Steatocystoma Multiplex Conglobatum [Brawn Falco, Wolff,] [Plewing 1979]

وهو داء نادر جداً يتضمن حدوث كيسات الكياس الزهمي المتعدد الكثيرة في نواحي منتصف الصدر والظهر والحفرة الإبطية . تلتب هذه الكيسات تاركة وراءها بعد الشفاء ندبات تغضنية كما هو عليه الحال في العدّ المكب . وحتى الوقت الحاضر لم تشاهد هذه الحالة إلا عند الرجال . سبب التبدلات الالتهابية غير معروف . وقد تلعب العوامل الآلية كالاحتكاك والضغط دوراً في الأمراض .

التشخيص التفريقي : تفرق عن العدّ المكب Acne Conglobata وتساعد الدراسة النسيجية في تشخيص الحالات المشتبهة .

شوكوم غمد الشعرة Pilar Sheath Acanthoma [Mehregan و Brownstien ١٩٧٨]

التعريف : هو ورم جريبي سليم يبدأ من ظهارة الغمد الشعري للجريبات الزهمية .

الحدوث : نادر ، ويحتمل أن لا تسجل حوادثه عند المسنين .
الأسباب : غير معروفة ، وكثيراً ما تصيب الجلد المتأذي بالضياء .

الموجودات السريرية : وتظاهر في معظم الحالات على شكل حطاطة وحيدة مرتفعة قليلاً ، وبلون الجلد ، وغير عرضية ، لها فتحة واسعة غير متناطرة شبيهة بالمسم وملووءة بالحطام القراتيني . وإذا عصرت الآفة خرجت منها نواة شبيهة بنواة الزؤان . تتوضع الآفة عادة على الجبهة والشفة العلوية والجزء الأمامي من العنق .

التشريح المرضي النسيجي : هي عبارة عن آفة مرتبطة بالجريب الزهمي ذات جوف كيسي غير منتظم واتصال واسع مع البشرة . يتألف جدار الكيسة من ظهارة وسقية Squamous مطبقة ذات سماكة واضحة ، وورام حليمي متفرّع . لا يترافق

الشوكوم مع أية غدد زهمية أو وحدات شعرية .

التشخيص : جلد متأذي بأشعة الشمس مع مسم جلدي كبير ، وأكثر ما يتوضع على الشفاه أو الجبهة .

التشخيص التفريقي : يميز عن المسم المتوسع والورم الجريبي الشعري .

المعالجة : الاستئصال إذا رغب المريض بذلك .

المسم المتوسع Dilated Pore [Winer : ١٩٥٤] :

التعريف : وهو عبارة عن بُنية سليمة شائعة نسبياً عند الكهول وخاصة على الجلد المتأذي بالضياء ، وعلى الوجه والعنق وحزام الكتفين ، وغالباً ما يحدث مع توسع كيسي أو تمدد لجفي (تكهفي) .

الموجودات السريرية : يُرى المسم العملاق على شكل مسم واسع بصورة خاصة ويحتوي على سدادة شبيهة بسدادة الزؤان . ويمكن رؤية مسم واحد متوسع أو عدة مسّات عند الشخص الواحد .

التشريح المرضي النسيجي : ينشأ الورم من جريب الغدة الزهمية بشكل غمطي ، ويتميز ببنية جدارية حليمومية تكاثيرية وتصبغ ملانيني شديد واحتباس الخلايا المتقرنة ، وتكون غيبات الغدد الزهمية ورديمات الأشعار غائبة عادة ، وكذلك التليف ما حول الجريب .

التشخيص التفريقي : قد يشبه المسم المتوسع المُخسِف ذو الشكل القمعي ، والزؤان في العدّ ، أو داء فافر - راکوشو Favre - Racouchot أو الندبة أو الزؤان العملاق ، ومن الطبيعي أنه لا يمكن أن يُعصر رأس أسود حقيقي . كما يجب الأخذ بعين الاعتبار شوكوم غمد الشعرة الذي هو عبارة عن ورم سليم يتوضع حول الفم ، وكثيراً ما يصيب الشفة العلوية ولا يشخص إلا نسيجياً .

المعالجة : يجب استئصال المسّات المتوسعة المرعجة تجملياً .

الورم الجريبي (الجريوم) الشعري الزهمي Sebaceous Trichofolliculoma [Plewig : ١٩٨٠] :

التعريف : ورم كيسي وحماني منفرد يشاهد غمطياً على جسر الأنف أو على ذروته .

الموجودات السريرية : تتوضع الأورام الجريبية الشعرية الزهمية على الأنف وهي تبدي سيلاً شبيهاً بالندبة عميق التفتّسات ، كيسياً ومتوسعا ، وكثيراً ما تنمو أشعار هليمة متعددة ابتداءً منه ، أو تنمو أشعار ناعمة صغيرة (أشباه أشعار) .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد تجوف كيسي متوسع

ومتعدد المساكن ، مبطن بظهارة ، ينفث عليه العديد من لعينات الزهية الغدية الكبيرة ، ويرتبط به الكثير من الوحدات الشعرية .

التشخيص : فوهة بركانية الشكل تخرج منها أشعار هلبية متوضعة على جسر الأنف ، ولقد لوحظت هذه الآفة عند فرجال فقط وحتى الوقت الحاضر .

التشخيص التفريقي : كثيراً ما يختلط الورم الجريبي الشعري نزمي مع الورم الجريبي الشعري الذي هو ورم وحماني عضواني للجهاز الجريبي ، بالرغم من كونه تبارز دائري شكل تشعب منه أشعار جريبية لامعة (أشباه أشعار) وبقطر ١ - ٢ ملم . تكون الكيسات الجلدية الحقيقية نادرة جداً وهي تتوضع إما في النسيج الخلوي تحت الجلد أو في الأعضاء الداخلية ، مثال : الكيسات الجلدية المبيضة أو الخصوية .

المعالجة : الاستئصال ، وذلك بعد استبعاد السبل الناسوبية العميقة الأولية إذا تطلب الأمر .

الجيب المشعر Pilonidal Sinus :

مرادفات : الجيب العصعصي ، جيب عشّ الأشعار ، الكيس المشعر .

التعريف : الجيوب المشعرة هي عبارة عن سبل ما بعد النهائية في الناحية العصعصية وهي مبطنة بظهارة تحتوي على طبقة حبيبية . وهي ليست بكيسات حقيقية .

الموجودات السريرية : كثيراً ما تظهر الجيوب المشعرة كآفات في النواحي الشبية أو المذحية (الشكل ٥٣ - ٨) ، وأفضل مثال معروف لها هي الجيوب العصعصية في القسم العلوي من الأخدود الشرجي . وتظهر عادة في عمر بين ١٠ - ٣٠ سنة . وترجح إصابة الذكور على الإناث وتظاهر على شكل عقيدات متلازقة وخراجات ونواسير . وأحد الأمثلة على الجيوب العصعصية أو المشعرة في الأخدود الشرجي الناجم عن التعطين هو داء راكبي الدراجات النارية أو سيارات الجيب (Jeep - Riders or Motorcyclists Disease) . وما يشابه هذه الآفة هو الحبيبوم الشعري عند مزني الشعر في الطيات الأصبعية والذي ينجم عن الأشعار النافذة . يحدث الجيب المشعر كذلك في سياق العدّ المكيب والعدّ المقلوب .

الإمراض : ينشأ الجيب عن التهاب يشكّل خراجاً حول جريات الأشعار النهائية . أما من الناحية الآلية فيتعرض تشكّل الجيوب المشعرة من الاحتكاك المزمن والتعطين . تُحاط الخراجات بمحفظة وتنمو ظهارة الجلد باتجاه العمق . وتؤدي إلى سُبل شبيهة بالأنفاق مع ظهارة قرنية .

التشريح المرضي النسيجي : خراجات ما حول شدفات الأشعار مع خلايا عملاقة خاصة بالجسم الأجنبي .

المعالجة : الاستئصال الواسع لكامل الخراج مع رديمات الأشعار عميقاً باتجاه اللقافة العجزية العصعصية مع الحياطة الأولية للجرح أو حدوث التنسج الحبيبي الثانوي .

الكيسات الجلدية Dermoid Cysts :

هي تشوهات ورامية عاية Hamartomatous تبدأ إما في سن الطفولة أو في سن الكهولة في سياق الأورام الخبيثة (المبيضين ، الخصيتين ... الخ) وقد تصل إلى حجم التفاحة أو أكبر من ذلك . وتتوضع هذه الكيسات في مناطق الإغلاق المضغي مثل الناحية الحجاجية ، وجذر الأنف ، والنواقء الحشائية ، واليوافخ ، والدرز اللامي من بين الدروز الأخرى ، والغدد العرقية الناحية والمفتزة ، وديمات الأشعار ، والأسنان اللبنة ، والبنات الكيسية .

الكيسات الناشئة من الظهارة الغدية Cysts : Originating from Glandular Epithelium

قد تشكّل الكيسات من تمدد لمعات الغدد العرقية الناحية والمفتزة وكذلك ابتداءً من الغدد اللعابية والغدد المخاطية في التجويف القموي . وقد تنشأ مثل هذه الكيسات نتيجة انسداد الأنفة المفرغة بسبب الرضح عادة . ومن المحتمل أن تنشأ نتيجة وجود حصيات (الغدد اللعابية) . وقد تنشأ أيضاً كشوّهات وحمانية دون التهاب .

كيسات الغدد العرقية Sweat Gland Cysts :

الأورام الكيسية (الكيسومات) العرقية الناحية Eccrine : Hidrocystoma

المرادفات : الكيسات العرقية الاحتباسية .

وهي أورام كيسية غير شائعة تكون عادة وحيدة ، وكثيراً ما تبدو لامعة وذات لون أزرق ضارب للسواد ، وترى من خلال الجلد (الورم الكيسي المستسقي الأسود) . وفي معظم الحالات تصيب الجفن السفلي وتبدو على شكل كيسات متوترة ، ومرنة ، يتراوح قطرها من ١ - ٥ ملم ، وهي تشبه النفاطات عميقة التوضع (الشكل ٥٣ - ٩) . وإذا ما بُضعت هذه الكيسات ظهرت منها قطرات العرق ، ويؤكد التشخيص بالفحص النسيجي .

التشخيص التفريقي والمعالجة : تفرق عن السرطانة الكيسية قاعدية الخلايا . وتعالج بالاستئصال .

الأورام الكيسية العرقية المفترزة والغدوم العرقي : Apocrine Hidrocystoma and Hidradenoma

وهي أورام نادرة أيضاً . وتكون في العادة أوراماً وحيدة أو مفردة . تنمو جزئياً باتجاه الداخل وجزئياً باتجاه الخارج وهي بلون أزرق خفيف . أما النواحي القمطية لتوضع الآفة فهي الغدد المتعلقة بالأجفان العينية ، الغدوم الكيسي للوجه (وكثيراً ما تكون جزءاً من وحة عضوانية أكبر حجماً مع مكونات الغدد العرقية الناحية) ، الغدوم العرقي الحليمي للفرج ، والورام الغدي التآكلي للحلمة . كما تتضمن المجموعة الغدوم الكيسي العرقي حليمي الشكل Syringocystadenoma Papilliferum في الفروة .

كيسات الغدد اللعابية Salivary Gland Cysts

إذا ما انسدت القناة المفرعة لغدة لعابية بسبب حصة لعابية فإن تدفق اللعاب سيتوقف ، وهذا يؤدي بدوره إلى تشكل توسعات كيسية كبيرة . وتؤدي كيسات الغدد اللعابية الكبيرة كالغدة النكفية إلى توذمات شديدة في الوجه . وتشكل الحصىات اللعابية عند كبار السن أو الأشخاص الملائمين للفرش لأنهم غير قادرين على القيام بعملية المضغ الجيدة . تقوم المعالجة على التخلص من الحصة ، وتكون أحياناً بإجراء قلع (الشق الطولي) القناة المفرغة .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق عن أورام الغدد اللعابية .

العقدة Ganglion

العقدة عبارة عن كيسة حقيقية ، وأحياناً عائلية مع بطانة زليلة ومحتويات شبيهة بالهلام . وهي تتطور فقط في كنف المفاصل أو على طول الأوتار (الأصابع ، المعصم ، الأباخس ، الكاحل ، مفصل الركبة) . ومن الناحية النسيجية يمكن اعتبار العقد إنتباجات شبيهة بالفتوق من أغماد الأوتار أو عفاظ المفاصل . وتكون هذه الآفات كروية ومتوترة ، وتؤدي إلى ارتفاع الجلد المغطى لها . أما المعالجة فهي جراحية .

الكيسات الكاذبة Pseudocysts

وهي على خلاف الكيسات الحقيقية التي تمتلك جداراً ظهارياً ، فالكيسات الكاذبة ينقصها وجود الظهارة الكيسية . تُعتمد الكيسات بخلايا ورمية أو بمحفظة من النسيج الضام الليفي .

الكيسة المخاطية Mucous Cyst

المرادفات : القيلة المخاطية Mucocoele ، كيسات الاحتباس

المخاطي الرضحية ، كيسات الغدد المخاطية الرضحية .

ويجب عدم الخلط بين الكيسات المخاطية والكيسات الحقيقية : فالكيسة المخاطية هي كيسة كاذبة ، ومن الشائع توضعها في مخاطية الفم (انظر الفصل ٣٣) .

كيسة ظهر الأصابع المخاطانية Mucoïd Dorsal : Cyst of the Finger

المرادفات : الكيسة المخاطانية الأصبعية Myxoid Finger Cyst .

الأمراض : يحتمل أنها تنشأ من التنكس المخاطاني للنسيج الضام بشكل موضع . كما افترض وجود اضطرابات وظيفية موضعية في الأرومات الليفية (تشكيل زائد للهيالرونيدياز مع نقص تركيب المغراء) . السبب غير معروف ، ولقد اتهم الرضخ في بعض الأحيان .

الموجودات السريرية : تصيب النساء أكثر من الرجال ، وفي العادة تكون وحيدة وتتوضع بشكل نموذجي على الأقسام الظهريّة للسلايميات القاصية للأصابع أو الأباخس (الشكل ٥٣ - ١٠) . وهي عبارة عن بنية كيسية محدّدة وطرية وكثيراً ما تكون شفافة ، يصل قدها حتى ٥ - ١٠ ملم وتكون مؤلمة في بعض الأحيان . ويؤدي بضع الكيسة إلى إفراغها حيث تخرج منها مادة مخاطية خيطية لكنها تمتلئ مرة أخرى . والكيسات المخاطانية هذه ليست كيسات حقيقية لأنها لا تبدي ظهارة تقرنية أو حبيبية . حتى ولا تحتوي على زليل .

التشريح المرضي النسيجي : إن الأنسجة المصابة غنية بمحضر الهيالرونيك . ويكون تفاعل الباس PAS و Hale إيجابيين ، وتبدي تنكساً مخاطانياً ومحفظة ليفية أحياناً . كما أن ثمة ضموراً انضغاطياً ثانوياً للبشرة المغطاة للآفة ، ويكون المغراء شديد التخلخل .

المعالجة : يمكن استئصال كيسات ظهر الأصابع المخاطانية المزعجة ، ويمكن تجريب حقن معلق ستيررويد سكري قشري مبلى مثل التريامسينولون أسيتونيد (٢ ملغ من المعلق المبلى والممدد بنسبة ١ - ٣ في كلور الصوديوم) ضمن الكيسة أو استخدام حقن الهيالرونيدياز يثلوها وضع عصائب ضاغطة . كما يمكن بضع جدار الكيسة وعصرها وإخراج محتواها ، ومعالجة المحفظة الكاذبة بالآزوت السائل .

الحطاطات المخاطانية Mucinous Popules

المرادفات : المخاطوم (Myxoma) .

يمكن لهذه الآفة أن تظهر في أية ناحية من الجلد وترتبط نسيجياً بالكيسات المخاطانية لظهر الأصابع .

الفصل الرابع والخمسون

الأورام الظهارية الحميدة

Benign Epithelial Tumors

د . عبد الرحمن القادري

ينشأ العديد من الأورام الظهارية الحميدة ابتداءً من البشرة
دخلاً جريباً أو من ظهارة الجريبات الشعرية أو الأفتية المتعلقة
بـغدد العرقية جينياً . وقد يتطور العديد من هذه الأورام
بشكل وصفي في السنوات المبكرة من الحياة (الظهاروم
عكس) ، إلا أن البقية من هذه الأورام تكون أكثر مشاهدة
في لأعمار المتقدمة عند المستن (التقرانات المثية) .

البشرة

Epidermis

وتنشأ الأورام الحميدة العديدة هنا اعتباراً من البشرة بين
الجريبات .

التقران المثي Seborrheic Keratosis :

مرادفات : الثؤلؤل المثي الشخي ، الثؤلؤل المثي ، الحليموم
قاعدتي الخلايا .

الحدوث : من الشائع حدوثه في سن الشيخوخة عند كلا
الجنسين ، وأحياناً هناك تواجد عائلي .

الإمراض : لا يزال سبب حدوث التكاثرات الظهارية وفرط
التقرانات والتصبغات مجهولاً ويجب أن لا يُفهم من كلمة
« ثؤلؤل » هنا أن سبب حدوثه حمة راشحة ، ذلك لأنه لم
يثبت وجود أي « حمة » هنا .

الموجودات السريرية : أكثر ما تشاهد التقرانات المثية على
الجذع عادة ، غير أنها يمكن أن تظهر أيضاً على الوجه والرقبة
والسطوح الانبساطية لليدين والساعدين . وقد تكون هذه
التقرانات قليلة أو كثيرة العدد ، كما يختلف تطورها عند
الشخص نفسه . وتبدو أفتاته المبكرة أشبه بمحطات صماء
مسطحة ، بارزة قليلاً ، صغيرة وذات حدود واضحة ، وبلون
أحمر لحمي أو أصفر فاتح اللون . وتبدو للعين المجردة نافرة من
جاء التقاطع مع سطح الجلد السوي أو تقطع مظهره كما في
الثايل المسطحة . ثم تتوسع وتتضخم التقرانات المثية حتى يصل
قطرها إلى ١ سم أو أكثر ، وتبدو حليمومية المظهر أو متشققة ،
بلون بني أو أسود ضارب للون الرمادي (راجع الشكل

٥٤ - ١) . هذا ويؤدي انحباس كتل الخلايا المتقرنة في الجبيء
الظهاري Crypt إلى ظهور كتل تقرانية سوداء (سدادات)
شبيهة بالزؤان وذات أهمية في التشخيص التفريقي . وتبدو
التقرانات المثية طرية ، ودهنية الملمس ولا يصحبها أي التهاب ،
وتنشأ دوماً على جلد طبيعي .

التشريح المرضي النسيجي : تحتوي هذه الحليمومات
والتكاثرات الظهارية والتي تنمو إلى الخارج (فوق مستوى
الجلد) على خلايا متقرنة ودون أن تبدي أي ميل للخباثة .
وتكون الخلايا المتكاثرة بشروية كما أنها قد تكون قاعدانية
Basaloid ، ويمكن تمييز النمط الشواكي التقراني - البشري
وانتقاله إلى الخلايا الشائكة وتشكيل الكيسات القرنية ، والنمط
الغداني بينيته الشبيهة بالغدد ، وذلك اعتماداً على نمط التمايز .
ويمكن ظهور بنية شائكة مميزة شبيهة بالزوبعة ضمن مجموعات
خلوية تتكون من خلايا شبيهة بالخلايا الشائكة مع تشكيلات
لؤلؤية قرنية ، ولكن دون تشكيل الكيراتوهيالين ، وكثيراً ما
يوحى ذلك بظهاروم ضمن البشرة . وقد يشاهد في المستوى
القاعدي وما فوق القاعدي تصبغات ملانية واضحة ضمن
الخلايا (شوكوم ملاني) ، غير أن الآفة قد تكون خالية من
الصباغ أيضاً .

التقران المثي الحزازي Lichenoid Seborrheic Kertosis :

هو شكل النهائي مختلف . وتسمى صورته النسيجية النوعية
« التقران المثي الفعال » (شوكوم شائك قاعدي ،
Lund - 1957) ، والتي تحدث مترافقة بالالتهاب . وتوجد في
هذه الصورة النسيجية تقرانات خلايا مفردة ، ولآلىء قرنية
(زوابع وسفية) ، لمفاويات وعدلات . أما مكان توضع
التمني نحو الخارج لما يدعى بالتقران المثي الفعال فله أهمية في
التفريق عن التقران الجريبي المقلوب (Hellwig 1955) وعن
السرطانة الوسفية الباكرة .

الإنذار : إن التخريشات الآلية ، وخاصة على العنق ، وتحت
الإبطيين ، وعلى الخصر وفي المنطقة الأربية ، تجعل الإزالة
الجراحية للتقران المثي ضرورية . هذا وقد تتراجع الآفات
عفوياً ، كما لا تحدث تحولات خبيثة على هذه التقرانات المثية .

التشخيص التفريقي : يجب أن تفرق عن الوحمة المصطبغة .
وإن التقرانات الجريبية والسطوح النافرة المكتنزة تفرقها عن
اللانوما الخبيثة . وقد تكون الآفات المفردة المتوضعة على الوجه
صعبة التفريق عن الشامة الشخية أو عن الشامة الخبيثة . ويجب
أن تفرق أيضاً عن أورام الخلايا القاعدية المصطبغة .

المعالجة : تعالج التقرانات المثية بإزالتها بالتجريف أو بالمشاركة
بإبرة الإنفاذ الحراري Diathermy إذا كان ذلك ضرورياً .
ومن السهل إجراء استئصال بالكشط Shave excision كما

يمكن تطبيق الآزوت السائل (لمدة ١٥ - ٢٠ ثانية) .

الأشكال الخاصة :

التقران المثلثي الشبيه بالثآليل المسطحة **Verruca**

Piana - Like Seborrheic Keratosis

[1953 Holter و Keining] :

وهو شكل مختلف من التقران المثلثي ، يتظاهر بتشكلات شديدة الانبساط ، واضحة التصبغ ، تتوضع عادة على ظهر اليدين والوجه . ويجب تمييزها عن الشامات الشبيهة (نمش المسنين) في التشخيص التفريقي ، فهي تتصف بسطح مكتنز خشن عند فحصها بالضوء المائل .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد تصبغ ملحوظ في الطبقة القاعدية ، كما نجد المراحل المبكرة تكاثر شواكي في الطبقة المالبغية يشابه ذلك الذي يشاهد في التقران المثلثي المبكر .

المعالجة : صعبة ، رغم أن التبدلات سطحية ، ومن النادر أن تستجيب لصبغة البودوفيلين ٢٥٪ . ومن جهة أخرى ، من الممكن إجراء التجريف السطحي أو التجفيف الخفيف تجنباً لإحداث تندب يمكن أن يترافق مع نقص أو زيادة في التصبغ .

جلاد الثنيات المصطبغ الشبكي **Reticulated**

Pigmentary Dermatosi s of the Flexures

[١٩٣٨ Dowling و ١٩٥٤ Ossipowski] :

المرادفات : الداء الثؤلولي المثلثي [1954 Cramer] .

التعريف : هو جلاد إرثي يتظاهر بملطخات مزرقة أو تصبغات شبكية متزايدة وحطاطات بنية سوداء تشبه الثآليل المسطحة في السطوح الانعطافية الكبيرة .

الحدوث : إن هذا المرض نادر ، وتشير الإصابات العائلية إلى أنه جلاد وراثي يصيب كلا الجنسين على حد سواء .

الموجودات السريرية : يتزايد ظهور التصبغات وتتطور ببطء في سن الرشد المبكر . وهو ذو طرازين شبكي وبقعي ، وذو لون أسود بني ، لكنه يبقى رمادياً أو ضارباً للزرقة في الطيات الرئيسية ، وقد ترتفع البقع لتصبح مجسوسة أحياناً ، فيشبه بذلك التقرانات المثلثية الشبيهة بالثآليل المنبسطة ، وأحياناً تبدو حزازانية الشكل . وقد تحدث أيضاً آفات مصطبغة تشبه الزؤان أو نقط متندبة حول الفم خاصة .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد بروتات من الفنازع البشروية المتكاثرة والمتضمنة على ملائين كما في التقرانات المثلثية الباكرة . إضافة لذلك ، نجد تغيرات مشابهة في الوحدة الزهمية الشعرية المتضخمة .

التشخيص التفريقي : من المهم أن نفرقه عن كل من الشامات الشبيهة ، والتقران المثلثي الغدائي ، والشواك الأسود .

الإنذار : إن هذا الجلاد حميد ، ولم يعرف له تحولات خبيثة .
المعالجة : عرضية على الأكثر .

الشوكوم الملالي **Melanoacanthoma** [Mishima]

و Pinkus 1960] :

أطلق اسم الشوكوم الملالي على التقرانات المثلثية المنتصبغة العميقة التي تبدي نسيجاً تصبغاً واضحاً كافياً في البشرة ، مع زيادة في الخلايا الملالية ، ووجود العديد من بلاعم الملائين في النسيج الضام الداعم للأدمة الحليمومية (راجع الشكل ٥٤ - ٢) . ويقوم التشخيص على الفحص النسيجي .

متلازمة ليزر - تريلا **Leser - Trelat Syndrome**

[1890] :

التعريف : تتصف هذه المتلازمة بظهور فجائي لعدد كبيرة من التقرانات المثلثية المترافقة مع حكة تشيرة لتطور حشوي خيث (متلازمة مواكبة للخباثات) .

المسببات والأمراض : لم يتضح بعد سبب النمو الفجائي المتزامن للتقرانات المثلثية ، وقد يكون ذلك مجرد صدفة . وأكثر ما تشاهد هذه التقرانات الفجائية مترافقة مع سرطانة غدية وخاصة في المعدة . وهناك تقارير أخرى تشير لترافقها مع ايضاض الدم ، والقطار الفطراتي ، ومتلازمة سيزاري ، ولمفوم لمفاوي وسرطانة قصية . وبما أن التقرانات المثلثية شائعة عند الأشخاص المسنين ، لذا فإن التقارير المنشورة قد لا تكون كافية لاعتبار هذه المتلازمة ذات كيان مستقل .

الموجودات السريرية : أول من وصف هذه المتلازمة الطبيب الفرنسي تريلا والجراح الألماني ليزر . وتتصف بظهور فجائي للتقرانات المثلثية ونموها السريع من حيث القُد والعدد . وتكون التقرانات المثلثية وصفية من الناحيتين السريرية والنسجية ، ويدل أنها لا تميل للخباثة .

التقران الملتصق **Stuccokeratosis** [1898 Unna] ،

Kocsard و 1958 Ofner] :

التعريف : هو تقرانات مثية تتوضع على الأطراف السفلية عند المتقدمين في السن يرافقها جفاف جلد .

الأمراض : كما هو في أمراض التقرانات المثلثية .

الموجودات السريرية : التقران الملتصق آفات جلدية بيضاء ضاربة للصفرة ، غمطية ، تشبه الثآليل المسطحة وتتواجد بشكل خاص على الأقسام القاصية من الساقين (راجع الشكل

Poroma ، والليفوم Fibroma ، ويفرق عن ورم النسجات ، والحييوم متوسع الشعريات ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والملائنوم اللا ملائي ، والشوكوم القرني ، والتقران المني ، والثآليل الحموية ، وعن ورم غمد الشعرة الخارجي .

المعالجة : ويتم بالاستئصال .

الشوكوم كبير الخلايا Large Cell Acanthoma [1970 Pinkus]

التعريف : ورم ظهاري حميد ، وقد اعتبره بعض المؤلفين شكلاً من التقران السافع .
الحدوث : شائع .

الموجودات السريرية : قد يكون هذا الشوكوم وحيداً أو متعدد ، ويتوضع على الجلد المعرض للشمس وخاصة الوجه والجهة وأسفل الساقين . ويكون مسطحاً واضح الحدود ، ويتظاهر على شكل بقع قليلة التصبغ تتوضع على قاعدة حمامية .

التشريح المرضي النسيجي : ويكشف عن حدود جانبية واضحة لهذا الشوكوم وخلايا قرنية كبيرة وحيدة الشكل (قدّها أكبر بمرتين من الخلية القرنية) مع نوى كبيرة نسبياً . ويؤدي الفحص الخلوي تقرأناً مستقيماً ، ووراماً حليمومياً وفرط تصبغ الطبقة القاعدية ، والتهاب جلد خفيف دون خلل نسج .

التشخيص التفريقي : يفرق عن التقران المني ، والتقران السافع (الشمسي) ، والشامات ، كما يجب تمييزه عن الشوكوم رائق الخلايا .

المعالجة : استئصال جراحي .

أورام الجريبات الشعرية

Hair Follicles

تحدث الأورام الجريبة بطيف يتراوح ما بين شوه وحماني إلى التمايز الحبيث (راجع الجدول ٥٤ - ١) .

ورم خلل التقرن الثؤلولي Warty Dyskeratoma [1957 Szymaski]

المرادفات : خلل التقرن الجريبي المنعزل (نيكولسكي 1959 .

الموجودات السريرية : ويشتهر بتشخيصه سريرياً عند وجود آفة متجلبة ، تكون مفردة في العادة ، وبحجم حبة البازلاء

٥٤ - ٣) . تتوضع الخطاطات المتقرنة التي تُرى بقُد يصل حتى ٥ ملم . إما بمستوى سطح الجلد أو تتوضع بشكل محدب قليلاً ، وتبدو وكأنها مغطاة بمسحوق أبيض . وهي محددة دوماً وبشكل صريح بالجلد المحيط بها . ويختلف لونها من الأبيض إلى الرمادي وحتى البني الفاتح . اما سطحها فمكتنز دوماً ، خشن وجاف ، ويمكن كشطه دون أن يسبب نزفاً ما أو أي تأثير على سطح الجلد . هذا ويبدو أن الآفة تفضل التوضع على الساقين ، وخاصة حول ظهر القدمين والكعبين ، وفوق وترأشيل . وزيادة للتوضعات السابقة فإن الأماكن الأكثر شيوعاً هي ظهر اليدين والسطوح الانبساطية للمساعدين . قد تحدث التقرانات منتصفة بأعداد قليلة ، ولكنها غالباً ما تشاهد بالملئات . ولم تذكر أي تحولات خبيثة لهذه الآفة .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد نسيجاً تقرأن شواكي حليمومي ، ينشأ عمودياً من سطح الجلد ، ويحدده الجلد السليم بشكل صريح .

المعالجة : يمكن إزالة التقرانات الملتصقة التي تكون مزعجة ، وذلك إما بواسطة مجرفة حادة أو بالتجفيف .

الشوكوم رائق الخلايا Clear Cell Acanthoma [Degos وزملاؤه : 1962]

المرادفات : Acanthome a cellules claires .

التعريف : ورم ظهاري حميد ، وحيد أو متعدد .

الحدوث : نادر ، وأكثر ما يحدث في سن ما بين ٥٠ - ٧٠ من العمر .
السيات : غير معروفة .

الموجودات السريرية : غالباً ما تكون هذه الآفة مفردة وتتوضع على الساق ، وتتصف بخطاطات أو عقيدات بشرية ، على شكل القبة ، تكبر ببطء ، ويبلغ قطرها من ١٠ - ١٥ ملم ولها حدود صريحة . ويظهر فيها أحياناً نقاط نزفية متعددة ، وتتصف بطوق وسفي نموذجي و سطح متجلب .

التشريح المرضي النسيجي : تكون البنية النسيجية فريدة حيث يشاهد شواك منتظم ، وفرط تحبب أو غياب الطبقة الحبيبية ، وشحوب الخلايا الشائكة بملون هيماتوكسيلين إيوزين ، وتكون غنية بالغليكوجين (ملون الباس) ، وترافق مع توسع الأوعية الدموية في الأدمة الحليمية . أما وفرة الغليكوجين فتتجم عن تبدل فعالية الفوسفوريلاز المؤثرة . ويكون الغشاء القاعدي سليماً . هذا ويفرق كل من الشكل الصدافي ، والشواكي الصلب Solid acanthotic ، والشواكي الشبكي والنمط الناقء (الجاحظ) .

التشخيص التفريقي : يفرق هذا الشوكوم عن الورم المسامي

الجدول ٥٤ - ١ : طيف الأورام الحميدة من الفايرومالي وحتى الفايرومالي

التاريخ	الورم	المؤلف/العام	للملاحظات السريرية
وجاني (Nevoid)	وحمة الجرب الشعري		نمو محدد للأشعار النهائية المنتجة .
	وحمة الأشعار		نماء متزايد للأشعار النهائية في مناطق محددة .
	الوحمة الزؤانية	1895 : Kofman	غالباً ما يتوضع فرط تقرن شبيه بالزؤان بشكل قمعي بشكل شدي .
غذائي (Adenoid)	ورم خلل التقرن الثؤلوي	1957 : Szymanski	عقيدة ثؤلولية وحيدة .
	الحمريوم الشعري	1944 : Miescher	عقيدة وحيدة بيضاء أو بلون الجلد ذات فحة مركزية ، يبرز منها أشعار حميرية (شبه شعري) تتوضع خاصة على وجه اليقمان .
	الحمريوم الشعري الزهمي	1980 : Plewig	فضحات وحيدة تشبه الحفريات على سرج الأنف أو ذروته مع بروز الأشعار .
	المسم المسح	1954 : Winer	فضحات قمعية الشكل تشبه الزؤان مع نواة قرنية في الجلد المعرض للشمس في كل من الجبهة ، والخدين ، والكتفين ، وغالباً ما تكون مفردة وعمر المرضى فوق الخمسين عاماً .
	شوكوم غدد الشعرة	Mehregan و 1978 : Brownstien	وحيد . قد يرتفع في بعض الأحيان ، سطحي بلون الجلد ، عريض ذو فوهة بركانية الشكل ونواة تشبه الزؤان . أكثر ما يتوضع على الشفة العليا أو الجبهة .
	الغدوم الشعري	1958 : Nikolowski	عقيدات حمراء أو صفراء ، كيسية أحياناً ، تظهر عند المرضى المسنين متوضعة على الوجه .
	التقرن الحميري المقاوب	1955 : Helwig	نمو نحو الداخل أو الخارج غير وصفي ، حطاطات على الجلد المتأثر بالشمس لدى المسنين .
	الورم المسامي الحميري (شعروم التهابات)	Mascaro و Duperrat : 1963	حطاطة متقرنة وحيدة ، قاسية ، بلون الجلد أو مصطبغة على الوجه (الوجنتين أو الشفة العليا) عند طاعنين في السن .
	ورم القمع الحميري	Butler و Mehregan : 1961	حطاطة متقرنة وحيدة بلون الجلد أو ناقصة الصباغ ، أكثر ما تتوضع في وجه النساء فوق الأربعين سنة .
	كيسة الفمد الشعري الخارجي التكاثرية	1966 : Wilson Jones	حطاطة وحيدة أو عقيدة كبيرة غالباً ما تتقرح ، تتوضع على الرأس عند المرضى فوق الستين من العمر .
	مختلفة : ورم الفمد الشعري الخارجي التكاثري	1976 : Headington	ورم وحيد بلون الجلد ، كبير أحياناً يتوضع على الرأس مع قرن جريبي .
	ورم الفمد الشعري الخارجي	Headington و French : 1962	حطاطة وحيدة ، أو متعددة ، ثؤلولية الشكل وبلون الجلد .
	مختلفة : ورم الفمد الشعري الخارجي التقراطي	Grosshans و Hanau : 1979	معظم المرضى بعمر فوق الخمسين سنة .
	ورم أم الشعرة	Chenantis و Malherbe : 1880	غالباً ما يتظاهر بعقيدة مفردة ، ونادراً متعددة ، مستديرة تتحرك بحرية ، تشبه الكيسة ، بلون الجلد أو زرقاء ، تتوضع على الوجه ، العضدين عند اليافع من الكهول أو الأطفال وقد تكون مؤلمة بالضغط .
الظهارومي	الظهاروم الشعري	1894 : Jarisch	عقيدة أو حطاطة متألقة ، بلون الجلد ، وحيدة ، تتوضع على الوجه (الوجنتين ، الأنف ، الشفة العليا) .
	الظهاروم الغدائي الكيسي	1892 : Brooke	حطاطات قاسية بلون الجلد أو حمراء مع توسع شعري أحياناً وغالباً ما تتجمع متوضعة في منتصف الوجه (الجبهة ، الأنف ، الشفتان) . كما أنها نادراً ما تتقرح .
	الظهاروم الشعري المولد للنسيج الليفي	Brownstein و Shapiro : 1977	عقيدات أو لويحات صفراء - مبيضة تتوضع على الجبهة ، الأنف أو الذقن . معظم المرضى في سن أقل من ٣٠ سنة .
الغنيشة	الظهاروم الليفي	1957 : Pinkus	تنمّي شبيه بالليفوم على الجلد أو في المنطقة الفخذية التناسلية .
	سرطانة قاعدية الخلايا (ظهاروم قاعدي الخلايا)	1903 : Krompecher	طيف عريض . يشتق من البشرة بين الحميرية أو من الحمريات .

تقريباً ، متوضعة على الفروة ، وحول مؤخر العنق أو على أجزاء أخرى من الجسم ، تتأذى بسهولة وقد تنزف بعد ذلك . وما هذه الآفة سوى ثم حميد يبدى أحياناً ميلاً للتراجع العفوي .

التشريح المرضي النسيجي : يتكون الورم من انخفاض شوكمومي ينشأ من الجريب الشعري الذي يكون مملوئاً بمواد تقرانية محاطة بطيات مكثمة من الظهاروم ومن خلل التقرن ، وانحلال الأشواك ، وفلوح منحلة الأشواك شبيهة بالتقرن الجريبي (داء داريه) .

التشخيص التفريقي : يفرق عن التقرن الجريبي ، وداء بوفن ، والغدوم العرق الكيسي الحليمي .
المعالجة : تتم باستئصال الورم .

الظهاروم الشعري [Trichoepithelioma Brooker]
[1892] :

المترادفات : الظهاروم الغداني الكيسي ، الظهاروم الشعري الخطاطي المتعدد (متعدد الشكل الوراثي) .

الإمراض : من وجهة النظر التطورية ، هو مرض عابى Hamartoma ، وقد يميل للتأيز إلى بنية شبيهة بالشعر ، ومن ثم جاءت التسمية الأخرى : الظهاروم الشعري الخطاطي المتعدد (Jarisch) . وهناك علاقة وثيقة مع بقية الأورام العابية الأخرى (الأسطوانوم الغدوم العرقى) التي تتواجد عند المريض نفسه .

الموجودات السريرية : تتجلى الصورة النمطية لهذا الظهاروم بخطاطات وعقيدات صغيرة قاسية ومبعثرة ، بشكل متناظر ومعتدل . وغالباً ما تتوضع على شكل تجمعات كثيفة . وبلون لحمي أو أصفر ضارب للبياض مع لآلىء لماعة . تتوضع هذه الخطاطات والعقيدات على الوجه ، وخاصة في زوايا العينين ، وفي الطية الشفوية الأنفية ومنطقة ما حول الحجاج ، وأحياناً أعلى الجذع أو الفروة . يبدأ هذا المرض ، الذي يكون عائلياً في العادة ، في سن الطفولة مع تطور الخطاطات التي تنمو أثناء البلوغ ، وبعد ذلك تبقى الآفة هاجمة نسبياً في الكهولة . ويغلب مشاهدته عند الفتيان . ولم تشاهد أي تحولات خبيثة في هذا الداء (راجع الشكلين ٥٤ - ٤ و ٥٤ - ٥) .

التشريح المرضي النسيجي : يتكون الشكل النمطي من كيسات مؤلفة من طبقات كثيفة من خلايا متقرنة في مطرق الحبال Matrix of Cords أو من جزر من خلايا ظهارية ، والتي تصنف - استناداً على الأساس الشكليائي - كخلايا مطرق الشعرة (تشبه الخلايا القاعدية) أو خلايا غمد الجذر الخارجى . هذا وتشاهد الحليات الأدمية إيجابية الفوسفاتاز القلوية قرب خلايا المطرق .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق عن كل من الغدوم الزهمي ، والأسطوانوم Cyldindroma والغدوم العرقى . هذا وينجم عن التنسج الليفي Desmoplasia ما يشبه سرطانة الخلية القاعدية الشبيهة بالقشبية .

المعالجة : ليست سهلة . والأورام المزعجة يمكن استئصالها ، أما الآفة الواسعة فيمكن الحصول على نتيجة مؤقتة جيدة بمعالجتها إما بسفرة الجلد Dermabrasion أو المعالجة بالليزر .

ورم غمد الشعرة الخارجى [الغدوم الشعري]
Trichilemmoma [Headington و French 1962] :

التعريف : هو ورم جريبي حميد يتشكل من خلايا الغمد الخارجى لجذر الشعرة .

الحدوث : نادر ، ويبدو من المحتمل أن ما ذكرته التقارير أقل من الواقع . ويكون الورم المنفرد غير وراثي بينما تكون أورامه المتعددة وراثية ، وتتقل بالصبغي الجسدي السائد . وهذا الورم نادر عند الأطفال ، وأكثر ما يحدث عند الكهول ، كما يمكن مشاهدة الغدوم الشعري المتعدد في متلازمة كودن Cowden syndrome .

السميات : غير معروفة ، لكن بعض المؤلفين يعتقدون بأن سبب هذا الورم هو شكل خاص من الحمات الثلولية ، غير أن هذا الرأي لم يبرهن بعد .

الموجودات السريرية : غالباً ما يتوضع هذا الورم على الوجه وخاصة على الأنف والوجنتين والشفنتين والذقن والجبهة أو على الحاجبين أو النقرة . ويتظاهر بخطاطات ثلولية صغيرة تنمو نحو الخارج . ويشاهد ورم غمد الشعرة الخارجى المتعدد في الوجه (وذلك في الشكل الوراثي) . كما يشاهد أيضاً في التجويف القموي . وهذه الآفات هي علامات هامة ، حيث أن المرضى المصابين بمتلازمة كودن لديهم خطورة عالية للإصابة بالسرطانات كاحتمال الإصابة بسرطان الثدي عند النساء بنسبة تفوق ٥٠٪ .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد شواك فصيصي مرتبط بالجريب مع قناة مركزية حاوية على أشعار . أما الخلايا الراققة الكبيرة فتكون متميزة وإيجابية الباس PAS . لا توجد مشتملات حُموية . كما تشاهد خلايا مسيجة Palisading متوضعة على غشاء قاعدي .

التشخيص : إن وجود خطاطات ثلولية يتراوح قطرها من ٣ - ٨ ملم ، مفردة أو متعددة ، مرتفعة قليلاً ، وبلون الجلد ، متوضعة على الوجه أو في تجويف القم توحى بالتشخيص .

التشخيص التفريقي : يفرق هذا الورم عن كل من الثآليل

الحموية ، سرطانة الخلية القاعدية ، والغدوم العرقى ، الغدوم الزهمي ، والتقران الجريبي المقلوب .

المعالجة : الاستئصال حسب رغبة المريض ، ويجب أن توجه عناية خاصة للمرضى المصابين بورم غمد الشعرة الخارجي المتعدد (متلازمة كودن) .

ورم أم الشعرة **Chenantias & J Pilomatricoma**
[1880 : Malherbe] :

المترادفات : الظهاروم المتكلس لماريب ، الظهاروم المتكلس للغدد الزهمية .

الإمراض : يشبه هذا الورم ظهاروم أم الشعرة (ومن ثم جاءت التسمية بورم أم الشعرة) وقد يكون للرضوح التي تتعرض لها الخلايا الظهارية الطارئة أهمية سببية .

الموجودات السريرية : يتوضع هذا الورم على الكتفين ، أو الذراعين ، أو الرقبة أو الرأس ويتجلى عادة بورم وحيد بقطر من ١ - ٣ سم ، ويغلب حدوثه عند الأطفال ، ويقل شيوعه عند الكهول . (راجع الشكل ٥٤ - ٦) . وهو ورم قاسر يتراوح قده ما بين بضعة مليمترات وحتى بضعة سنتيمترات . وهو لا يلتصق بالنسيج الضام المتوضع أسفله ، لكنه يلتصق بشدة بالجلد . لم تشاهد تطورات خبيثة في سير هذا الورم ، لكن حالاته التكاثرية دعت بورم أم الشعرة الخبيث . وهناك شكل خاص هو ورم أم الشعرة **Pilomatricoma** الطفحي متعدد البؤر (**Wood** و **Somburanasin** و **Wong** : 1972 .

التشريح المرضي النسيجي : تنشأ الظهارومات المتكلسة من أجزاء من مطرق الشعرة ، وتبدي خلايا شبيهة **Ghost** (خلايا مطرق الشعرة المتقرنة) في مركزها ، محاطة بحبال من خلايا ظهارية شبيهة بخلايا مطرق الشعرة . وقد تظهر تكلسات ، وتشكلات عظمية وتفاعلات لأجسام أجنبية .

التشخيص التفريقي : يفرق هذا الورم عن الليفوم الجلدي ، والظهاروم أو كيسات الغمد الخارجي للشعرة ، والحيبيوم الحلقي تحت الجلد .

المعالجة : استئصال جراحي .

أورام الغدد العرقية Sweat Gland Tumors

الغدد العرقية الناتحة **Eccrine Sweat Gland** :

الاسطوانوم (الورم الاسطواني) **Cylindroma**
[1842 : Ancell و 1899 : Spiegler] :
المترادفات : ورم سيغلر ، ورم العمامة .

الموجودات السريرية : الاسطوانوم المفرد غير شائع ويتوضع عادة على الفروة عند الكهول . وغالباً ما يتظاهر على شكل (أورام لماعة مستديرة متعددة ، بلون اللحم أو حمرة ، وهي مجردة من الأشعار ، وتتوضع بأعداد كبيرة على الفروة) راجع الشكل ٥٤ - ٦ (الصورة العلوية) . وقد يتضخم العديد من هذه الأورام بشكل واضح محيطاً بالرأس على شكل عمامة **Turban** (الأورام العمامية) ، ويكون الجلد المغطي لهذه الأورام لماعاً وضامراً ، ومغطى بتوسعات وعائية شعرية وبجرداً من الأشعار . أما الأشكال الصغيرة لهذا الورم فتشبه الظهاروم الشعري ، وتكون أكثر توضعاتها على الجبهة والصدغين ومتنصف الوجه ، وهي غير شائعة على الجذع والأطراف ، وقد تنقرح الأورام الكبيرة . وهي مرض عائلي (تنتقل بالصبغي الجسدي السائد غير المنتظم) . يصيب كلا الجنسين ، ويبدو في سن الطفولة ، ويترقى بعدها باستمرار ويبطء حتى سن الكهولة حيث يصبح ثابتاً . وكثيراً ما تتواجد الظهارومات الشعرية مع الدخينات **Milia** على الوجه مع الأورام الأسطوانية عند المريض نفسه .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد جزر فصيصية وحبال من خلايا قاعدانية ، تحتوي على قطرات هياينية إيجابية الباس ، تحاط بغشاء هيايني عريض إيجابي الباس أيضاً . ومن المحتمل أن يكون الهيالين من منشأ ظهاري (اللامينين) ، والنمط الرابع للكولاجين) . وقد ظهر اسم الاسطوانوم في القرن التاسع عشر من جراء الطرائق المستعملة في ذلك الوقت من قبل المشرحين المرضيين (نماذج النسيج المتعطن) ، في حين تبقى الأغشية الهياينية سليمة . تنشأ الاسطوانومات كأورام عابية **Hamartomas** من الغدد العرقية الناتحة .

التشخيص : سهل عادة . وقد يختلط الاسطوانوم بالورام الليفي العصبي المعم وكيسة الغمد الشعري الخارجي (العصيدة) .
المعالجة : استئصال العقيدات الكبيرة . وإذا كان الأمر صعباً فمن الضرورة اللجوء إلى الجراحة الرأية .

الورم الغدي (الغدوم) العرقى **Syringoma** :

المترادفات : الغدوم العرقى **Hidradenoma** .

إن الغدوم العرقى هو ورم وحماني شائع يحدث عادة عند النساء . هذا وتوجد الغدومات العرقية على شكلين سريريين وهما : شكل متوضع حول الحجاج وشكل منتشر .

الغدوم (الورم الغدي) العرقى حول الحجاج
Periorbital Syringoma :

المترادفات : الغدوم العرقى في الأجفان السفلية .

الطفحي ، أو الغرناوية الخطاطية .

المعالجة : يستأصل الورم الغدي العرقي المنفرد . أما الغدومات العرقية المنتثرة فليس لها معالجة مرضية .

الغدوم الحلزوي الناتج Eccrine Spiradenoma [Kersting و Helwing 1956] :

الموجودات السريرية : يتظاهر هذا الورم الغدي بعقيدات سطحية منفردة أو متعددة ، أو متوضعة على شكل مجموعات ، وهي عقيدات قاسية ، غير مؤلمة ، تأخذ لوناً مزرقاً . وتتوضع على الخدع أو على السطوح الانبساطية للعضدين . وغالباً ما تكون شديدة الحساسية حين لمسها . أما التشخيص فيعتمد بشكل كلي على الفحص النسيجي .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي عن كتل مستديرة من الخلايا في الأدمة العميقة وفي النسيج الخلوي تحت الجلد ، وتحدد هذه الكتل بشكل جيد بنسيج ضام وعائي . كما أنها تتضمن نوعين من الخلايا : خلايا إفرازية فاتحة اللون ذات نوى كبيرة ، وخلايا ظهارية عضلية غامقة اللون ذات نوى أليفة للأساس ، كثيفة صغيرة ، كروية أو مغزلية الشكل . أما الفحص بالمجهر الإلكتروني فيؤكد أن هذه الخلايا ما هي إلا خلايا قاعدية عابية ، مشابهة لما نجده في الأسطوانوم .

التشخيص التفريقي : يجب أن تؤخذ الأورام المؤلمة بعين الاعتبار مثل : العضلوم الأملس ، والورم الكبي وكذلك يجب تفريق كل من الأسطوانوم والظهاروم الشعري اللذين قد يحدثا أيضاً مترافقين مع الغدوم الحلزوي .

المعالجة : وتكون بالاستئصال الجراحي .

المساموم (أو الورم المسامي) الناتج Eccrine Poroma [Pinkus و Rogin و Goldman 1956] :

الموجودات السريرية : غالباً ما يحدث هذا الورم الظهاري السليم على الأخص ، ولكنه قد يحدث أحياناً على الأجزاء الأخرى من الجسم . ويتظاهر بعقيدة مرتفعة ، عديمة الأعراض ، ومحددة بشكل صريح عما حولها من الجلد السليم بواسطة ميزابة متقرنة . ويبقى الجلد المغطي لهذا الورم طبيعياً أو محمراً .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد مجموعة من الخلايا المتكاثرة ، والمحددة بشكل صريح ضمن البشرة ، وتنصف بنمط خلوي متعدد الأضلاع (غنية بالغليكوجين مع نوى كثيفة اليفة الأساس) ، ينمو الورم نحو الخارج ، وتشترك هذه الخلايا تطورياً من الطبقة الخلوية الخارجية للظهارة الداخلية

الموجودات السريرية : تكون الغدومات العرقية شائعة بشكل خاص على الأجناف السفلية ، حيث تبدو كعقيدات متعددة بيون الجلد أو أفتح قليلاً (راجع الشكل ٥٤ - ٧) . أما قد هذه العقيدات فيتراوح ما بين ١ - ٢ ملم . وكثيراً ما شخّصت خطأ على أنها لويحات صفراء Xanthelasma أو دخينات Milia بسبب هذا التوضع . وأكثر ما يصاب بها النساء المسنات .

التشخيص التفريقي : تميز عن اللويحات الصفراء والدخينات .
المعالجة : غالباً ما تكون غير ممكنة ، ويمكن أحياناً استئصالها جراحياً أو معالجتها بنجاح بالليزر .

الغدوم (الورم الغدي) العرقي المنتثر Disseminated : Syringoma

مرادفات : الغدوم العرقي الطفحي Eruptive hidradenoma .

الموجودات السريرية : تظهر في العادة مجموعات من الغدوم عرقي الطفحي . وقد تحدث هذه الأورام بشكل استثنائي بأعداد ضخمة معممة لدى عديد من المرضى وخاصة النساء ما بين ١٠ - ٣٠ سنة من العمر (راجع الشكل ٥٨ - ٨) . أما أماكن توضعها المفضلة فهي : الأجناف ، ومقدمة العنق والصدر ، والمنطقة الشرسوفية ، وقد تظهر أيضاً على « قضيب » وحول الفرج أو على الأصابع . وغالباً ما يصاب الرجال بهذه الأورام . وتحدث الآفات المنفردة حيثما تتواجد الغدد العرقية الناعمة . وتحتل بمحاطات قاسية ملساء ، بلون اللحم إلى الأحمر الخفيف أو اللون البني (بسبب طبيعتها الكيسية) ، وهي غير حاكّة . وقد لا تتغير هذه الغدومات عند بعض المرضى . لكنها تتوضع بشكل خطي في القطاعات الجلدية . (مثل داء المنطقة) أو في الأرباع Quadrants .

التشريح المرضي النسيجي : إن التشريح المرضي النسيجي لهذا الورم هو نفسه الذي يشاهد في الغدوم العرقي حول الحجاج ، حيث نجد في أعلى الأدمة عديد من الفراغات الكيسية المستديرة أو بشكل الفاصلة (الشرغوف . فرخ الضفدع Tadpole) . ويتركب جدار تلك الفراغات من طبقة مضاعفة من الخلايا نضارية . وقد تحتوي على مواد متجانسة إيجابية الباس PAS . كما ترشح الأدمة بحبال من الخلايا المشابهة للخلايا القاعدية .
الإنذار : لا يحدث تراجع عفوي لهذه الأورام وقد تترق ببطء . ولا تتطور إلى خباثات .

التشخيص التفريقي : قد تقلد آفاته الاندفاعات الخطاطية لإفراخي الثانوي ، أو الشرى الصباغي ، أو ورم المنسجات

لأقنية الغدد العرقية (الورم الغدي العرقى الطرفي « الانتهازي ») .

المعالجة : ويتم باستئصال الورم .

ورم القناة الأدمية Dermal Duct Tumor
[Winkelman و Mcleod : 1966] :

ويتظاهر هذا الورم على شكل عقدة جلدية أدمية لحمية اللون . ويتمثل مجهرياً بتكاثر الخلايا القنوية .

أورام الغدد العرقية المفترزة Apocrine Sweat Glands Tumors

الغدوم العرقى القنوي الكيسي الحليمي
[Elliot 1893 Syringocystadenoma Papilliferum
و Kreibich : 1904] :

المرادفات : الوحمة الغدومية العرقية الكيسية الحليمية ، الغدوم العرقى الثُلُولِي الناسوري التنبتي (داريه : 1920) .

إن هذا الورم الغدي يعود إلى الغدد العرقية المفترزة التي تميل للتمايز نحو أقنية الغدد العرقية المفترزة .

الموجودات السريرية : يتواجد هذا الورم عادة على الفروة أو الصدغ ، وفي أحيان كثيرة يمكن مشاهدته على الوجنتين ، ويتظاهر بشكل آفة مرتشحة صغيرة مفردة وبجردة من الأشعار ، وقد يكون سطحها ثُلُولِيّاً أو متجلجلاً . هذا ويوجد أحياناً فتحة ناسورية صغيرة مع مفرزات تشكل جليات بنية . ولا يمكن تأكيد تشخيص هذا الورم إلا بالخزعة فقط .

التشريح المرضي النسيجي : ورم كيسي واضح التحلُّد ، يحوي على بشرة مع غنو حليمومي واضح ضمن الكيسة . أما بطانة الكيسة فتكون من خلايا مفترزة ، ويغلب في محتواها المصوريات .

الإنذار : حسن ، على الرغم من بعض المشاهدات عن إمكانية التحول نحو سرطانة الخلية القاعدية عندما تكون الآفة تتعلق بوحمة ظاهرية عضوانية Organoid (وحة مثية) .

التشخيص التفريقي : يفرق عن ورم خلل القرن الثُلُولِي Warty Dyskeratoma والذي يتواجد ، على كل حال ، عند الأشخاص المسنين فقط .

المعالجة : وتكون بالاستئصال الجراحي .

الغدوم العرقى الحليمي Hidradenoma Papilliferum
[Werth : 1878] :

المرادفات : الغدوم الأنبوبي للفرج ، الغدوم العرقى للفرج .
الموجودات السريرية : هو ورم الغدد العرقية المفترزة والذي

يتظاهر عند النساء على شكل ورم مستدير ، مَطَاطِي ، بقَد الكرز على أبعد تقدير ، ويتوضع ضمن الجلد في الشفر الكبير أو منطقة ما حول الشرج . كما ذكرت آفة مشابهة تتوضع على القلفة ، تظهر الآفة بدءاً من البلوغ ، وبشكل مترق ، وخاصة في عمر من ٢٠ إلى ٥٠ سنة . أما العقيدة الصغيرة الحمراء أو الزرقاء ، والتي عادة ما تكون وحيدة داخل الجلد ، فإنها تنمو ببطء . كما أن الحكمة غير شائعة ، أما التغيرات الثانوية التي تطرأ على العقيدة ، فإنها تؤدي لمعلها كمشية أو معتقة . ويمكن أن تنتخر أو تتآكل مما يؤدي بها إلى النز المستمر لسائل محمر مع ميل لتشكيل جليات ، وتكون السورات الحيفية الاحتقانية مظهراً نمطياً لهذا الداء . وقد يتواجد الغدوم المفترز الأنبوبي على الفروة مترافقاً مع وحة ظاهرية .

التشريح المرضي النسيجي : إن هذه الآفة ليست سوى ورم كيسي يتألف من أنابيب مرتبة كالغدد أو طيات من النمط المفترز في سدى Stroma النسيج الضام الحلوية .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الكيسوم العرقى الأسود Hidrocystoma noise (راجع الفصل ٥٣) .

الإنذار : لا مكان في هذا الغدوم لحدوث تحولات خبيثة .
المعالجة : ويتم بالاستئصال .

الورام الغدي في الحلمة Adenomatosis of the Nipple
[Collens Warren : 1905] :

المرادفات : الغدوم الكيسي الحليمي داخل القناة ، الحليموم الحמיד داخل القناة .

الموجودات السريرية : هو ورم حميد مكتسب ، شائع جداً ، وقد صنف كورم عائي ، وينشأ من الأقنية المفترزة لغدة الثدي ، ولهذا السبب اعتبر مكافئاً للغدوم العرقى الحليمي . وغالباً ما يصيب النساء ، وبأي عمر ، لكنه نادراً ما يصيب الرجال . وهو عادة وحيد الجانب ، ويتجلى بالتهاب خفيف في الثدي ، يترافق مع نجيح مصلي دموي ، وبالجس يمكن الشعور بعقيدة صغيرة أسفل الحلمة Nipple أما التآكلات والتقرحات التي تطرأ على هذا الورم فهي غير شائعة ، مثل عدم شيوع تطوره إلى كتل كبيرة .

التشريح المرضي النسيجي : عقدة غدومية ذات محفظة تتألف من ظهاروم عمودي أو مكعب غالباً ، إضافة إلى خلايا محيطية ظهارية – عضلية ، ولعة غذية .

التشخيص التفريقي : يجب نفي داء باجيت الحلمي ، الإكزيمة المزمنة للحلمة ، ويجب إجراء خزعة نسيجية في الحالات المشبهة بها .

المعالجة : الاستئصال الجراحي .

الغدوم الليفي للثدي Fibroadenoma of the Breast :

التعريف : الورم الليفي والكيبي الحميد للثدي .

الحدوث : يُعدّ هذا الغدوم الليفي المرض الثالث الشائع للثدي بعد الأمراض الكيسية الليفية والسرطانات عند النساء . بينما تكون هذه الأورام نادرة عند الذكور .

الإمراض : لم يعرف سبب تكاثر غدد الثدي ، إلا أنه عند الحيوانات ، أحدثت الغدومات الليفية تجريبياً بالحمة الغدية Adenovirus من النمط التاسع أو من النمط D - الشبيه بجزيئات الحمة الخلفية Retrovirus .

الموجودات السريرية : عقيدات مكددة يصل قطر الواحدة حتى بضع سنتيمترات ، وهذه العقيدات غالباً ما تكون وحيدة الجانب . أما عند الذكور فإن تضخم الثدي يكون مقلداً للثدي Gynecomastia الوحيد الجانب وبشكل غمطي .

التشريح المرضي النسجي : تشاهد فروع رئيسية وجانبية غير منتظمة للأقنية البنية ضمن حزم من الكولاجين . وغالباً ما تكون الأقنية مضغوطة ضمن بنية شبيهة بالفلعة Slit-like وتميز هنا بين غمطين : غمط داخل القنيات وآخر يحيط القنيات .

التشخيص : ويعتمد تشخيص هذا الغدوم على كل من : الموجودات السريرية لعقيدة جيدة التحدد متوضعة خلف الثدي ، تصوير الثدي (الذي يبدى في الغالب تكلسات صغيرة) ، التصوير بالمرنان Sonography ، والتشريح المرضي النسجي .

الإنذار : جيد .

المعالجة : جراحية ، ثم يجرى التشريح المرضي النسجي للخزعة الاستصالية إذا كان ذلك ضرورياً ، وذلك لنفي وجود آفة سرطانية .

الفصل الخامس والخمسون

الآفات ما قبل السرطانية

Precanceroses

د . صالح داود ، د . هدى منيني

وضع دوبرويل Dubreuilh مصطلح ، لحالات ما قبل السرطانية ليصف حالات سريرية متنوعة أظهرت الحيرة السريرية أنها تستحيل استحالة خبيثة بعد فترة زمنية طويلة أو قصيرة . وأصبح هذا المصطلح نتيجة لذلك دالاً على تعبير سريري يعرف باسم الآفات ما قبل السرطانية (الآفات محتملة التسرطن) . وتتصف من الناحية النسجية المرضية بأنها آفات جلدية تختلف عن بعضها كثيراً وتتراوح من أعراض النهاية مع فرط تنسج ظهاري وحتى حدوث سرطانة لابتدة (موضعة) C. in Situ وتعتبر العوامل التالية عوامل هامة في منشأ الآفات ما قبل السرطانية (الآفات محتملة التسرطن) .

- ١ - عوامل شخصية (وراثية) ، ومثال ذلك درجة تصبغ الجلد ، وثخانة الطبقة القرنية .
- ٢ - عوامل بيئية : ومثال ذلك التعرض المزمن لأشعة الشمس أو التماس مع مواد مسرطنة .
- ٣ - تغيرات مرضية مزمنة في الجلد .

وثمة فرق بين الآفات محتملة التسرطن بنطاقها الضيق (الآفات قبيل السرطانية الإجبارية) والآفات محتملة التسرطن بنطاقها العريض (الآفات قبيل السرطانات الاختيارية) .

الآفات محتملة التسرطن الإجبارية

Obligate Precanceroses

تتوافق هذه الحالات تماماً مع تعريف دوبرويل Dubreuilh وهي لا تظهر أي ميل للشفاء العفوي ولهذا السبب ينبغي علاجها .

الحالات محتملة التسرطن (قبيل سرطانية) الإجبارية وتتضمن :

- التقرانات *Keratosis* : وهي تضم ما يلي :

التقرانات السافعة ، التهاب الشفة قبيل السرطاني ، التقرانات الشعاعية ، التقرانات في جفاف الجلد المصطبغ .

التقرانات الكيميائية : وتشمل التقرانات الزرنيخية والقطرانية .

- القرن الجلدي .

- داء بوفن .

- التنسج الأحمر لكيرات Queyrat's Erythroplasia .

- داء باجيت .

- الطلوان Leukoplakia .

- الشامه الخبيثة Lentigo maligna .

التقران السافع (الضيائي) Actinic Keratosis

[Neumann 1869] :

المرادفات : التقران الشمسي ، التقران الشخي ، القرونم الشخي Keratoma senile .

التعريف : تحدث هذه الآفات بعد التعرض للشمس لفترة زمنية طويلة وذلك لدى الأشخاص ذوي الجلد الأشقر بشكل خاص فوق عمر يناهز الخامسة والأربعين عاماً ، وقد تتحول هذه الآفات إلى سرطانة وسفية الخلايا .

الحدوث : تحدث التقرانات السافعة لدى الأشخاص ذوي الجلد الفاتح الذين يحترق جلدهم بتأثير أشعة الشمس بسهولة (نموذج I) ، ونادراً ما يتسقفون بأشعة الشمس ، ومن النادر حدوث هذه الآفات لدى الزوج ولا يوجد علاقة للجنس بالنسبة للإصابة بهذه الآفات . وهناك ميل لزيادة الحدوث لدى الذين يتعرضون بشكل مباشر للشمس لفترات طويلة مثل المزارعين ، البحارة ، وأدلة الجبال (راجع الشكل ٥٥ - ١) .

لوحظ زيادة في عدد المصابين خلال العشرين عاماً الماضية في أمريكا وألمانية ، وقد يكون ذلك بسبب زيادة مزاوله النشاطات خارج المنزل وكثرة قضاء الإجازات على شواطئ البحار .

السيببات والأمراض : العلامات المشاهدة هي تلك التي تنجم عن التعرض للشمس بشكل مزمن وخاصة الأشعة (UVB) بأطوال ٢٨٠ - ٣٢٠ نانو متر . وتظهر عادة بعد فترة كمون تتراوح بين ١٠ - ٢٠ سنة . وهي لا تحدث أبداً على جلد طبيعي ، وإنما تحدث على جلد متناكس متعرض للشمس لفترات طويلة .

يعتقد أن الأشعة فوق البنفسجية تؤدي لحدوث تغيرات في المادة الوراثية للخلايا البشرية التي تتحول إلى خلايا لا نموذجية (سرطانة لابتدة In Situ) . وهذه الخلايا اللا نموذجية تحل محل النسيج البشري الطبيعي ببطء وتؤدي بالتدريج إلى اضطرابات في التقرن . وعندما تنفذ هذه الخلايا إلى الأدمة عبر الغشاء القاعدي . فهذا يعني حدوث سرطانة وسفية الخلايا .

الموجودات السريرية : تظهر هذه التقرانات على الجلد المعرض

نشمس لفترة طويلة من الزمن مفردة أو مجتمعة ، وخاصة على
جبهة أو على جلد الفروة الصلعاء ، وجسر الأنف ، وصيوان
الأذن ، والوجنتين ، وظهر اليدين . وتختلف الصورة السريرية
في التقران السافع حسب درجة التطور . حيث يمكن تمييز
الأنماط التالية :

• النمط الحمامي *Erythematous Type* : يتأشى هذا
المصطلح مع العلامات البدئية للمرض . وما تشاهده هو بقع
دائرية أو بيضوية أو غير منتظمة الشكل ولكنها واضحة
اخدود . هذه البقع ذات لون أحمر التهاوي ويتخللها توسع
شعريات ، وبالجس نجد سطحاً متقرناً خشن الملمس . وتكون
الآفات في البداية بأقطار بضع ملمترات ولكنها تصبح فيما بعد
بقياس ١ - ٢ سم . وهي تميل للتزف بالرضح البسيط .

• النمط المتقرن *Keratotic Type* : تصبح التقرانات أثخن مع
مرور الوقت بحيث يختفي مظهر البقع الحمامية ، ونجد عوضاً
عنها سطحاً متقرناً قاسياً بنية متسخاً ضارباً للصفرة أو رمادياً
ضارباً للسواد . وعند إزالة المادة القرنية يظهر تحتها سطح
متشق . وغالباً ما يظهر في محيطها حافة النهاية ضيقة .

• نمط القرن الجلدي *Cornu Cutaneum Type* : يكون
التقرن واضحاً في هذا النمط ومسيطر بحيث يتشكل قرن جلدي
لدى المريض . ويحدث هذا النمط على حواف الأذنين والجبهة .

• نمط التقران السافع الشبيه بالحزاز المسطح *Lichen*
Planus - Type Actinic Keratosis : يحدث هذا النمط على
السطوح الباسطة للذراعين وعلى الوجه . ويشخص بناءً على
الرشاحة الالتهابية المشابهة للحزاز المسطح .

• النمط المصطبغ *Pigmented Actinic Keratosis* : تظهر
على الوجه وظهر اليدين بقع متقرنة بنية . وهذا التقرن القاسي
يساعد في تمييزها عن التقران المني المصطبغ .

الأعراض : لا توجه أعراض شخصية عادة . ومن النقاط
الهامة هي إمكانية العثور على علامات جلدية أخرى تدل على
تعرض الجلد الشبخي للمديد لأشعة الشمس (المران السافع ،
فرط تصبغ أو نقص تصبغ ، وتوسع شعريات) .

التشريع المرضي النسجي : الصورة النسجية للتقران السافع
متنوعة . والنقطة الهامة هو أن العلامات تنجم عن تكاثر خلايا
شاذة في الطبقات السفلى للبشرة . وحتى هذه المرحلة فإن الحالة
تكون عبارة عن سرطانة لأبدية (موضعة) في البشرة . وقد
سميت سرطانة درجة ١ . وحسب درجة امتداد التغيرات ،
يمكن أن نميز النمط الضخامي ، والضموري ، والنمط البوفاني
Bowenoid type . تقود اضطرابات التكاثر البشري في جميع
الحالات إلى حدوث سطح مفرط التقرن أو خطل التقرن وذلك

في البشرة المصابة بالشواك أو الضمور . يكون ترتيب الخلايا
مضطرباً أو غير منتظم . تبدي هذه الخلايا علامات شذوذ
وغالباً ما تحتوي على تغيرات من خلل التقرن ، وقد يوجد
انحلال أشواك أحياناً . ويزداد الدنا (DNA) في الخلايا
القاعدية الكشمية *Anaplastic* وذلك في النوى بالإضافة
لوجود تعدد أشكال النوى والخلايا ووجود انقسامات فتيية
Mitoses عديدة (التسرطن القاعدي) . نجد في الأدمة العليا
مران سفعي مع رشاحة النهاية مزمنة مع عديد من
المصوريات .

المسار : سير التقران السافع بطيء . وقد تحدث الاستحالة
الخبيثة بعد سنوات أو عقود من البدء كنتيجة للتكاثر والنمو
الداخلي للخلايا الشاذة ، وهذا ما يؤدي إلى حدوث سرطانة
وسفية الخلايا . لا تحدث هذه الاستحالة الخبيثة بشكل شائع .
ويتميز سريريا بالارتشاح (تسمك) أو بالتقرح في التقران
السافع ونادراً ما تحدث النقائل .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق التقران السافع عن التقران
المني الذي لا يبدي ميلاً للتحول الخبيث . ويحدث بشكل
رئيسي على الجذع ويمكن أن يشاهد على الوجه وظهر اليدين ،
وهو ذو ملمس دهني ، ولا يترافق بأعراض النهاية . وإذا كان
هناك أي شك يجب إجراء خزعة لحسم التشخيص (راجع
الشكل ٥٥ - ٢) . ويجب تفرقه عن التقرانات الزرنيخية
التي تصيب الراحتين والأخصمين بشكل رئيسي ، وقد تشبه
التقرانات السافعة المعزولة الذأب الحمامي القرصي .

الإنذار : يجب وضع التشخيص بحذر ، لأن بعض الحالات قد
تتحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .

المعالجة : يمكن استئصال التقرانات المفردة جراحياً أو تطبيق
المعالجة القرية (آزوت سائل أو تلج فحمي) . ويمكن إجراء
التخثير الكهربائي السطحي ولكن بحذر حتى لا تتشكل
الندبات ، وهذا مهم من الناحية التزويقية . وتعطي الأشعة
السينية اللينة نتائج جيدة ، ولكنها نادراً ما تستخدم وذلك
خوفاً من إضافة تأثير إشعاعي آخر للآفة ذات المنشأ الضيائي
أصلاً . ولقد أعطى العلاج بالبودوفيللين ٢٥٪ في ٧٠٪
إيتانول نتائج جيدة على أن يغسل بالماء بعد ٤ - ٨ ساعات .
ويطبق بفواصل ١٠ أيام . ويطبق هذا الدواء لدى كبار السن .

إذا كان هناك العديد من التقرانات السافعة ، فيمكن تطبيق
٥ فلورويوراسيل موضعياً ، مرتين في اليوم لمدة ٣ - ٤
أسابيع . يؤدي هذا الدواء إلى حدوث التهاب تآكلي في المناطق
المصابة يتبعه شفاء دون تندب . ويجب أن يعلم المريض بإمكانية
حدوث تآكلات مؤلمة ، ويمكن في مرحلة الشفاء استخدام

كريم ستيرويدي كما يجب وقاية العين . ومن الأهمية بمكان ، تجنب التعرض للشمس .

التقرانات الشعاعية [Radiation Keratoses] :

المرادفات : تقرانات رونتجن ، تقرانات أشعة X .

التعريف : تحدث التقرانات الشعاعية بعد سنوات في مناطق التهاب الجلد الشعاعي المزمن الناجم عن المعالجة بالأشعة X . كما تحدث في المناطق الجلدية المعرضة مهنيًا لهذه الأشعة كما هو الحال لدى الجراحين أو الشعاعيين (راجع الشكل ٥٤ - ٣) .

الموجودات السريرية : تظهر على الجلد المصاب بالتهاب شعاعي مزمن تقرانات قاسية لا يمكن إزالتها دون ألم ونزف .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي عن التهاب جلد مزمن مع تغيرات بشرية مشابهة للتقران السافع .

السير والإنذار : التقرانات الشعاعية ذات ميل للاستحالة إلى سرطانة وسفية الخلايا أكثر مما هو الحال في التقرانات السافعة . ولذلك يجب علاجها سريعاً قدر الإمكان .

المعالجة : ويتم بالاستئصال الجراحي . وإذا تطلب الأمر تجري جراحة تصنيعية . ويجب عدم المعالجة بالأشعة X .

التقرانات في جفاف الجلد المصطبغ Keratoses in Xeroderma Pigmentosum :

هذه الحالة هي شكل من الجلادات الضيائية وتتضمن اضطرابات وراثية في آليات ترميم الدنا DNA بعد الأذية الشعاعية . وعلى الرغم من أن التعرض الكلي للأشعة الشمسية أو الأشعة فوق البنفسجية يكون قليلاً ، إلا أن الأطفال يكون لديهم تقرانات مشابهة لما يشاهد في جلد المسنين الذين تعرضوا للأشعة فوق البنفسجية لفترة طويلة . ويظهر على المناطق المكشوفة (الوجه ، ظهر اليدين) نقص تصبغ وفرط تصبغ ، وتوسع شعريات ، ومران سافع ، بالإضافة إلى تقرانات سافعة . يمكن أن تتحول هذه التقرانات بسرعة إلى سرطانة وسفية الخلايا ، ولهذا فهي تؤدي إلى موت مبكر .

التقرانات الزرنيخية Arsenic Keratoses :

التعريف : هي آفات متقرنة ثلولية أو بقعية صغيرة تصيب بشكل رئيسي كلاً من الراحتين والأخصصين ، ويمكن أن تحدث أيضاً على أجزاء أخرى ، كما يمكن أن تترق إلى سرطانة وسفية الخلايا .

الحدوث : تلو التناول المديد للزرنيخ أو الانسجام المزمن به .

الإمراض : تنجم عن الانسجام المزمن بالزرنيخ اللا عضوي . وفترة الحضانة يمكن أن تكون عدة عقود (١٠ - ٣٠ سنة) . وتختلف كمية الزرنيخ المحدثة للتقرانات من شخص لآخر . وإن تناول الزرنيخ عن طريق الفم بشكل مستمر قد يكون ناجماً عن شرب الماء أو المشروبات الحاوية على الزرنيخ . وقد تكون بقايا محاصيل العنب التي تستخدم فيها مبيدات الهوام Pesticide الحاوية على الزرنيخ مسؤولة عن بعض الحالات أيضاً . ويحظر استعمال المبيدات الحشرية الحاوية على الزرنيخ في الوقت الحاضر . وقد ظهرت التقرانات الزرنيخية أيضاً لدى مرض الصدف الذين كانوا يعالجون بمحلول فوفلر Fowler أو بالحبوب الآسيوية Asiatic pills .

الموجودات السريرية : تحدث التقرانات بشكل رئيسي على الراحتين والأخصصين وتكون على شكل حطاطات قاسية متقرنة رمادية ضاربة للصفرة على مستوى الجلد بقياس عدة ملمترات . تصيب هذه التقرانات العنق ، والوجه ، والجذع أيضاً . وعندما يكبر حجمها أو تصيب مناطق أخرى فقد تصبح ذات سطح ثلولي أحياناً . وقد يكون لهذه التقرانات على الراحتين والأخصصين علاقة بآفات فرط التقرن المنتشرة ذات النمط الثفني التي تصيب الوجه الظهري لليدين والقدمين . وأوضح ما تكون التقرانات الزرنيخية على نقاط الضغط (العقين ، الأباخس ، واليدين) وقد تعيق تشكيل قبضة اليد وتؤدي لتشكيل شقوق مؤلمة .

التشريح المرضي النسيجي : تشابه التقران السافع ، حيث تبدي البشرة فرط تنسج ، واضطراباً في ترتيب الخلايا البشرية وتفتج فيها مع انقسامات فتيلية وتعدد في أشكال النوى وعلامات خلل التقرن . وكل هذه العلامات تؤدي إلى الالتباس مع داء بوفن . ولا تسمح العلامات المفردة بوضع التشخيص النسيجي للتقران الزرنيخي . وإذا كان هناك نمو وغزو ، فإنه قد يشاهد سرطانة وسفية في الأدمة الملتهبة والمرتشحة .

سير المرض : السير مزمن . ويمكن حدوث الاستحالة إلى سرطانة وسفية حتى لو انقطع المريض عن تناول الزرنيخ لعدة سنوات . ومن المهم ذكره أن مرضى الانسجام بالزرنيخ المزمن قد يصابون أيضاً بسرطانات حشوية (وخاصة في الرئتين ، والكبد ، والكليتين ، والمثانة) .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقها عن كل من : التقران الراحي الأخصي وخاصة النوع المنتشر ، والثآليل الشائعة على الأخصصين ، والأشكال المتقرنة للحزاز المسطح ، والتقرانات السافعة على ظهر اليدين .

المعالجة : يجب استئصال هذه التقرانات جراحياً وإجراء الفحص النسيجي . وإذا كانت التقرانات الزرنيخة منتشرة على الأرتاحين والأخصصين ، فيجب استعمال حالات القرنين أو إزالتها آلياً بعد استخدام صابون طري . كما يجب تجربة مراهم الترتينوين Tretinoin . ومن المهم وضع مرضى التقرانات الزرنيخة تحت المراقبة تحسباً لحدوث استحالة خبيثة أو حدوث أي تأثيرات جانبية أخرى للزرنين مثل داء بوفن أو السرطانة قاعدية الخلايا . كما يجب فحص المريض بفواصل زمنية منتظمة بغية استقصاء حدوث سرطانات خشوية ، ويمكن استخدام الإترتينات في المعالجة والانتقاء .

التقرانات القطرانية Tar keratoses :

المرادفات : الثآليل القطرانية .

يملك القطران ومشتقاته المقطرة تأثيراً مسرطناً على الجلد عند استخدامها بشكل مديد . وقد يؤدي التعرض الطويل لهذه المشتقات إلى تشكل حطاطات متقرنة صغيرة ، وحتى حدوث تقرانات ثلولية الشكل ، وشوكومات ذات شكل يشابه الثآليل المسطحة أحياناً . كما يمكن مشاهدة الشوكومات القرنية أيضاً . تتوضع الآفات على الأجزاء المكشوفة من الجسم مثل الوجه ، والعنق ، والذراعين ، وظهور اليدين . كما يمكن لها أن تصيب جلد الصفن بسبب القماس المديد مع الملابس الملوثة بالقطران . وقد يكون لضوء الشمس تأثير إرضاعي إضافي بسبب الفعل المحسس الضيائي للقطران . ويؤدي القطران إلى مخاطر خاصة لدى العاملين بالقطران وعمال المداخن . تعتبر التقرانات القطرانية والسرطانات القطرانية لدى عمال القطران وعمال المداخن والبارافين أمراضاً مهنية . وعلى الرغم من أن التعرض المديد للقطران يمكن أن يؤدي لتأثير مسرطن إلا أن التعرض قصير الأمد لا يسبب مشكلة وذلك حسبما دلت عليه الخبرة بطب الجلد على مدى مئة عام لأن هذا التعرض القصير الأمد لا يؤدي إلى حدوث تقرانات أو سرطانات قطرانية . وبما أن القطران حار على مواد محسسة للضياء ، لذلك ينصح المريض بتجنب التعرض للشمس بالنسبة للنواحي التي تجري معالجتها ؛ لأنه يمكن أن يحدث التهاب جريبات أو عد قطراني في مثل هذه الحالة .

المعالجة : الاستئصال الجراحي لهذه التقرانات أو الجراحة الكهربية .

القرن الجلدي Cornu Cutaneum :

المرادفات : قرن جلدي Cutaneous horn .

التعريف : القرن الجلدي هو تشخيص سريري . ويشير لقرن جلدي نحو الخارج وذلك بشكل يشبه قرن الحيوانات ويحتوي

على مادة قرنية . غير أن التكون النسيجي لهذا القرن مختلفاً .
السبب : إن القرن الجلدي هو مصطلح متعدد الأمراض ، وقد يكون هذا القرن تظاهرة سريرية للأمراض التالية :

- سرطانة وسفية الخلايا متقرنة بطيئة النمو والتشكل .
- داء بوفن ذو ميل لحدوث التقرن .
- التقرانات المسافعة مع وجود تقرن واضح .
- تقرانات على جلادات ندية مثل الذأب الشائع ، التهاب الجلد الشعاعي ، أو الذأب الحمامي القرصي .
- التقرانات المثية والتقرانات المختلفة .
- ورم أم الشعر Tricholemmoma .
- الثآليل الحموية .

الموجودات السريرية : قد يقيس القرن الجلدي ٥ ، ١٠ سم طولاً وهو ذو لون أصفر وسخ أو بني ضارب للصفرة . وقد يكون عمودياً أو مائلاً على سطح الجلد أو ذا شكل هرمي أو أسطواني .

وغالباً ما يترافق بميزات طولانية أو معترضة ، ونادراً ما نجد التهاباً في المحيط أو قاعدة مرتشحة . أما التوضعات الرئيسية لهذا القرن فهي : الوجه ، والفروة ، والأذنين ، وأحياناً أجزاء أخرى من الجسم . يحدث القرن الجلدي بشكل مفرد وقد يكون نموه بطيئاً جداً يستغرق سنوات أو عقوداً (راجع الشكل ٥٥ - ٤) .

التشريح المرضي النسيجي : كتل قرنية مفرطة التقرن أو خطلية التقرن تتألف من بشرة متسمة ذات خلايا شاذة . ويمكن أن تكون الطبقة الحبيبية مضطربة البنية أو غائبة . وعندما يحدث غزو الخلايا الشائكة للأدمة فهذا يعني بداية الاستحالة الخبيثة إلى السرطانة وسفية الخلايا .

سير المرض : القرن الجلدي مرض مزمن يمكن أن يستحيل إلى سرطانة وسفية الخلايا وتشخص هذه الاستحالة سريرياً بحدوث الارتشاح في قاعدة القرن ولهذا يجب علاج كل حالات القرن الجلدي .

الإنذار : يشير حدوث التهاب في محيط القرن والقاعدة المرتشحة بشدة إلى الخباثة .

المعالجة : استئصال جراحي مع إجراء فحص نسيجي . والنتيجة النسيجية هي التي تقرر الإجراء التالي (متابعة المريض فقط ، أو استئصال جراحي أوسع) .

داء بوفن Bowen's Disease [1912] :

التعريف : مرض التهابي مزمن ذو شكل صدافي أحياناً . ينجم

عن وجود سرطانة داخل بشروية ذات قدرة على الغزو ، وقد يستحيل إلى سرطانة بوفن .

الحدوث : داء بوفن مرض شائع ، يحدث لدى كبار السن ، ويعتقد بأن سببه تناول المركبات الزرنيخية لفترات زمنية طويلة ، مثال : علاج سابق بالزرنيخ في مرض الصدف أو حتى فقر الدم ، وفي القوت كما هو الحال في تناول المشروبات الحاوية عليه .

الإمراض : المرض هو سرطانة لابتدة (موضعية) ، أي أن هناك تكاثراً في خلايا شاذة من غط خلل التقرن ضمن البشرة المتسمكة . تحدث سرطانة بوفن نتيجة امتداد هذه الخلايا لما بعد منطقة الغشاء القاعدي وذلك من جراء غزوها للنسيج الأديمي وغوها المخرب .

الموجودات السريرية : قد يصيب هذا الجلاد المزمن والمترقى بشكل بطيء جداً ، أي جزء من الجلد أو المخاطيات ، وخاصة : الجذع ، والوجه ، والجبهة ، والصدغين ، والأصابع (راجع الشكل ٥٥ - ٥) . وتصل نسبة الإصابة المفردة حتى ٦٠٪ من الحالات وتكون الآفات متعددة في ٤٠٪ من الحالات . يتراوح قد هذه الآفات بين ٢ - ٥ ملم وحتى ٥ - ١٠ سم . وهي ذات حدود واضحة وقد يكون لها شكل غريب أحياناً ، أو تكون حلقية الشكل بسبب الأوب المركزي . وقد تحدث الآفات الصغيرة القريبة من بعضها أشكالاً متلاقية ، وقد تكون ذات حواف متعددة المراكز . تكون الآفة المنتهية المفردة مرتفعة قليلاً ومغطاة بوسوف أو جلبات ، يضاء ضاربة للصفرة أو رمادية مبيضة . ولهذا فقد تشابه الصدف سريراً . ويمكن مشاهدة سطح أحمر رطب متآكل بعد إزالة الوسوف ، وقد يكون متقرناً أحياناً أو حلجوماً . والتقرح نادر الحدوث ، ويكون مؤشراً على حدوث سرطانة بوفن Bowen's Carcinoma إن وجد . يمكن مشاهدة بقع مشابهة أخرى على المخاطية الفموية ، والفرج ، والحشفة وقد تبدي هذه المناطق سطحاً متقرناً مشابهاً للطلاوان .

الأعراض : حكة في بعض الأحيان .

التشريح المرضي النسيجي : يكشف التشريح المرضي النسيجي عن طبقة متقرنة خطنة التقرن أو مفرطة التقرن وتحتها بشرة متسمكة شواكية ذات استطالات بشروية متشعبة وغير منتظمة ، ضاغطة لخلايا النسيج الضام وهذا ما يجعل الأخيرة ضيقة ومتطاولة . تفقد البشرة المتشعبة شكلها الطبيعي وتميز بوجود الخلايا الظهارية الشاذة . ويلاحظ وجود خلايا بشروية متعددة في أشكالها النووية المتعددة ضمن الخلايا المتكاثرة ، والخلايا العرطلة ذات النوى العديدة شائعة المشاهدة . ويوجد

أيضاً خلل تقرن غططي مع تقرن خلوي مفرد . والانقسامات الفتيلية أمر شائع وقد تكون ثلاثية القطب أو غريبة الشكل . نجد أيضاً تفاعل واضح في اللحمية بالمفاويات والمصوريات وذلك في الأدمة العليا . وإذا غزت الخلايا الظهارية الشاذة الغشاء القاعدي والأدمة ، فهذا يشير إلى حدوث سرطانة بوفن .

سير المرض : سيره مزمن . وتحدث الاستحالة بوجه عام بعد عدة سنوات . وسرطانات الحشوية شائعة أيضاً لدى مرضى بوفن ، ومن الأماكن الشائعة للسرطانات الحشوية هي : السبيل التنفسي ، والمعدى المعوي ، والبولي التناسلي .

الإنذار : يجب أن يوضع الإنذار بحذر . فقد تستمر الآفات بنفس الشكل لعدة سنوات ولكن قد تتطور في نهاية الأمر إلى سرطانة بوفن التي تميل للانتقال إلى العقد اللمفية ، وهي ذات إنذار سيء . ومن المهم أن يشك الطبيب بقصة تناول للزرنيخ بشكل مديد لدى المصاب بداء بوفن . ويجب البحث عن سرطانات حشوية عند هؤلاء المرضى .

التشخيص التفريقي : إن الاختلافات في المظاهر السريرية لداء بوفن كبيرة ، والقصة مهمة في التشخيص (استمرار الداء سنوات مؤشر على داء بوفن) . ويجب تفريق داء بوفن عن كل من : الصدف الشائع ، والإكزيمة المثية أو صدفية الشكل ، والتقرانات السافعة ، والذآب الحمامي ، والذآب الشائع ، والطفحة الإفريقية الدرية الساعية Tuberoserpiginous Syphilid ، ويبقى التشريح المرضي هو الذي يحسم التمييز بين جميع هذه الحالات .

المعالجة : لا تُظهر الآفات أي ميل للتراجع العفوي بل على العكس من ذلك ، فهي ذات ميل للتحويل الخبيث ، وهذا يتطلب تدخل الطبيب . ويمكن استئصال الآفات المفردة جراحياً أو بالجراحة الكهربائية مع حدود أمان كافية . وقد نحصل على نتائج مرضية بإجراء تخثير كهربائي مع تجريف . ويمكن استخدام الجراحة القرية . باستخدام الثلج الفحامي أو الآزوت السائل . ويمكن تطبيق ٥ فلورويوراسيل . ويستجيب داء بوفن لأشعة X اللينة بشكل جيد أيضاً . ويمكن تطبيق ذلك على المرضى المسنين ، حيث تعطى أشعة X المجزأة ، وبجرعة كلية ٤٠ - ٦٠ Gy [بمقدار ٣ - ٥ Gy يومياً] ، نتائج جيدة .

أحمرية كيرات [Erythroplasia] [Queyrat 1911] :

المرادفات : الظهاروم الحليمي العاري [داريسه وفورنيه 1893] .

التعريف : مرض شبيه بداء بوفن يصيب الحشفة والقلفة والفرج والشرح (راجع الشكل ٥٥ - ٦) . ويتصف نسيجاً بأنه سرطانة لابتدة (موضعية) C. In Situ . ومن الشائع تحوله

في سرطانة غازية وسفية الخلايا .

الحدوث : يصيب عادة الذكور غير المختونين فوق سن الأربعين . وقد يصيب النساء في منطقة الفرج ونادراً ما يصيب مخاطية الفموية أو الشرج .

السيببات : هو مرض يصيب المخاطية الانتقالية بين الجلد والأغشية المخاطية ويعتبر سرطانة لابتدة (موضعة) . وبالمقارنة مع داء بوفن فإن حدوث خلل التقرن والتقرن أمر قليل المصادفة على سطح الآفة .

الموجودات السريرية : تحدث الآفات بشكل مفرد وبأحجام مختلفة ، شكلها مدور أو غير منتظم ، ولكن حدوده واضحة . يكون سطح الآفة أحمر عباً ، ناعماً ، لماعاً ، ومحبباً ، وترتفع الآفة أحياناً وهذا يدل على التسرطن .

التشريح المرضي النسجي : يتصف التشريح المرضي النسجي هذه الأحمرة بضخامة الطبقة الشائكة مع تثخن وتطاول الاستطالات البشروية وتآكل سطحي أحياناً . وتكون حلقات النسيج الضام ضيقة ومبطنة ببعض الخلايا الظهارية وهذا ما يجعل الشعيرات الحليمية موجودة مباشرة تحت سطح الجلد (وهذا ما دعى لتسمية المرض بالظهاروم الحليمي العاري) وتظهر البشرة الشواكية تغيرات مشابهة لداء بوفن (تعدد أشكال النوى ، خلايا شاذة وانقسامات فتيلية) ، وقليل من التغيرات بخلل التقرن ، ووجود مناطق من الخلايا القاعدانية المتميزة . وتبدي الأدمة تفاعل لحمية واضح باللمفاويات لمصوريات .

سير المرض : يميل هذا الداء بشكل واضح للانتقالات ، وهذا يبه إنذاراً سيئاً أكثر مما هو الحال في داء بوفن .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من : الصدف الشائع ، والتهاب الحشفة والقلقة المصوري المحدد ، والحطاط البوفناني التناسلي ، والتهاب الحشفة التآكلي ، والحزاز المسطح ، والاندفاع الدوائي الثابت ، كما يجب استبعاد السرطانة وسفية الخلايا S.C.S. أولاً . ويجب إجراء خزعة لإثبات ذلك .

المعالجة : يجب معالجة المريض فوراً بسبب إمكانية حدوث الاستحالة إلى سرطانة وسفية الخلايا . ويتحقق نجاح المعالجة بالجراحة مع إجراء جراحة تصنيعية . أما الجراحة الكهربائية والبرودة وتطبيق ٥ فلورويوراسيل ، فكلها إجراءات يمكن استخدامها . ونادراً ما تستخدم أشعة X . ومن المهم متابعة المريض بشكل لاحق وفحص العقد اللمفية .

داء باجيت [1874] Paget's Disease

المترادفات : داء باجيت في الحلمة .

التعريف : آفات وحيدة الجانب عادة ، تترق ببطء وذات حدود واضحة ، وتشبه التهاب الجلد المزمن في ناحية الحلمة ، ومنطقة اللعوة ، والمنطقة المحيطة . وهو يمثل سرطانة غدية داخل بشروية .

الحدوث : غير شائع . يصيب النساء عادة فوق سن الأربعين ، ويندر حدوثه لدى الرجال .

الإمراض : كان داء باجيت يعتبر على أنه حالة محتملة التسرطن (قبيلا سرطانية) ويجب اقتصار تكاثر خلايا باجيت ضمن البشرة دون غزو . غير أن وجود سرطانة ثدي مستبطنة ، دعى إلى عدم اعتبار داء باجيت على أنه حالة قبيلا سرطانية . وإنما هو سرطانة بشروية تصيب الأفتية الثديية . ويفترض أن خلايا باجيت تدخل البشرة من سرطانة في الأفتية الغدية الثديية . ولهذا فالنمو المرتشح في النسيج المحيطة ، والتالي لهذا الداء ، يعقبه حدوث انتقالات .

الموجودات السريرية : ينشأ هذا المرض على الحلمة أو اللعوة (راجع الشكل ٥٥ - ٧) . ويتظاهر في البداية على شكل بقعة صغيرة النهاية حاككة أو مؤلمة مغطاة بوسوف وجلبات . يزداد حجم البقعة ببطء . ويحدث لدى المريضة آفة شبيهة بالإكزيمة أو بالتهاب الجلد . تصبح البقعة بعد ذلك أكبر ، وتكون قوسية أو مدورة الشكل ، ولكنها تبقى واضحة الحدود . ويغزو الورم الثدي . ويشير ظهور آفات عقيدية أو تقرحية إلى الغزو . وغالباً ما يؤدي جس الثدي إلى اكتشاف العقيدات . ومن المهم أيضاً جس العقد اللمفية الناحيوية .

التشريح المرضي النسجي : توجد خلايا باجيت في البشرة المتشخنة قليلاً وبشكل رئيسي في الطبقة المالبكية . وخلايا باجيت هي خلايا كبيرة مدورة نيرة ذات هيولى شاحبة وذمية ونوى بيضوية كبيرة فاقدة لجسيات الوصل والألياف الموترة . ويظهر التلوين بالباس PAS أن الهيولى تحتوي على سكاريدات عديدة حيادية وجليكوجين . وتحوي الخلايا على مخاطين ومستضد التسرطن الجنيني . يمكن لخلايا باجيت أن تنمو أيضاً في الملحقات ومن ثم في جريبات الأشعار ، وفي أفتية الغدد العرقية أو أفتية الغدد الثديية . لا يوجد في البشرة تغيرات من خلل التقرن . يوجد تفاعل التهابي متغير في الأدمة العليا .

سير المرض : سيره أفضل من سرطانة الثدي لأن طور النمو في الأفتية وفي البشرة يدوم لفترة أطول مما هو الحال في سرطانة الثدي .

التشخيص : تقودنا الإكزيمة وحيدة الجانب المزمنة في الحلمة أو اللعوة إلى الشك بداء باجيت ويجب اللجوء للتشريح المرضي في حال وجود مثل هذا الشك .

التشخيص التفريقي : يجب أن نفرقه عن الإكزيمة المزمنة التي غالباً ما تكون ثنائية الجانب وناجمة عن أرج بالتماس (تطبيق مرهم على الحلمة أثناء الحمل والإرضاع، أرج صباغ الثياب) . ويجب تفريقه عن الثآليل والحرب . توحى الآفة وحيدة الجانب واضحة الحدود على جلد سليم بداء باجيت وكذلك الأمر بالنسبة لوجود حلمة مسطحة ، أو عند وجود مقاومة للعلاج بالمستبرويثيدات . كما يجب تفريقه عن داء يوفن ، وسرطانة الخلية القاعدية المتأكزمة ، وعن الغدوم الحليمي القنوي في الثدي (داء باجيت الكاذب) وعن الصدف الشائع .

المعالجة : يفضل إجراء استئصال للثدي مع تجريف للعقد اللمفية وذلك بسبب الإنذار في داء باجيت . ولا يستحسن إجراء استئصال جزئي أو إجراء تشيع للآفة .

داء باجيت خارج الثدي Extramammary Paget's Disease :

مرض نادر جداً ، يصيب مناطق الغدد العرقية المفترزة مثل الناحية الشرجية التناسلية ، والإبطين ، وأحياناً منطقة السرة . وهو أكثر شيوعاً لدى النساء وله نفس الصفات الشكلية لداء باجيت في الثدي .

التشريح المرضي النسيجي : داء باجيت خارج الثدي هو سرطانة أجنبية الغدد العرقية المفترزة . و يترافق مع غزو كل من البشرة والقسم الغدي للغدد العرقية المفترزة بالخلايا السرطانية (خلايا باجيت) . والنقطة الهامة هي أنه يوجد في ٢٠٪ من حالات داء باجيت في المنطقة الشرجية التناسلية - سرطانة بدئية في عضو آخر ، وخاصة في المستقيم ، أو الإحليل ، أو المثانة ، أو عنق الرحم . والنقائل شائعة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريقه عن الإكزيمة المزمنة ، والمذح ، وداء يوفن .

المعالجة : استئصال المنطقة المصابة مع هامش واسع من النسيج السليم .

الطلاوان Leukoplakias :

التعريف : يحدث الطلاوان على مخاطية حقيقية أو انتقالية ويمكن أن يترقى إلى سرطانة وسفية الخلايا . والطلاوان هو مقدمة للسرطان ، إلا أن هناك حالات من الطلاوان ذات إنذار حميد نسبياً . يمكن أن يصيب الفم وخاصة لدى مدخني الغليون ، أو قد ينجم عن عامل آلي بسبب التخرش المزمن لأسنان معيبة . أو بدلة سنوية . ويمكن أن يحدث الطلاوان أيضاً في الناحية الشرجية التناسلية .

الحدوث : يختلف تواتر الإصابة بالطلاوان من بلد لآخر اختلافاً

بيناً . وتحدث الإصابة فيما بين ٤٠ - ٧٠ سنة من العمر . وقد وجد من خلال دراسة أجريت في ألمانيا أن الإصابة في الذكور هي ضعف الإصابة لدى الإناث .

السيببات : ينشأ الطلاوان بسبب تخرش مزمن خارجي المنشأ ناجم عن عوامل فيزيائية أو كيميائية (مثال : الأذية الآلية الناجمة عن وجود أسنان نخرة أو بدلات سنوية سيئة . أما الأذية الكيميائية فتتجم عن التدخين ، ومضغ التبغ أو استنشاقه) .

الإمراض : يؤدي التخرش المزمن الكيميائي أو الفيزيائي إلى حدوث تسمك بشروي متري مسطح ، وغالباً ما يترافق بتبدلات النهاية ودرجات متفاوتة من خلل التنسج . وإذا كان هناك ضياع كامل للطبقة الظهارية فقد يتشابه المنظر كثيراً مع داء يوفن . وقد يشخص الطبيب الآفة على أنها سرطانة لا بددة (موضعية) في البشرة . وإذا حدث غزو للغشاء القاعدي ، فالتشخيص هو سرطانة وسفية الخلايا . وقد يتشابه مع كل من السرطانة التولوية والورام الحليمي القموي المزدهر .

الموجودات السريرية : تحدث الآفة عادة بشكل مفرد في المخاطية القموية . وأكثر المناطق إصابة في المخاطية القموية هي الناحية خلف زاوية الفم والمناطق الجانبية من هذه المخاطية . ويمكن أن تحدث الآفات في المخاطية الانتقالية وخاصة على الشفتين ، وعلى المخاطية التناسلية (البظر ، الشفرين الصغيرين ، المهبل ، القلفة أو الحشفة) .

يمكن تمييز الأشكال التالية من الطلاوان :

١ - **الطلاوان البسيط :** ويتظاهر على شكل لويحات مسطحة ، متجانسة ، مرتشحة قليلاً ، وواضحة الحدود ، بيضاء اللون . وقد ترشح وتسمك مع مرور الوقت (راجع الشكل ٥٥ - ٨) .

٢ - **الطلاوان المنقط :** سطح منقط غير منتظم ، ويتظاهر على شكل لويحات رمادية ضاربة للحمرة . يبدى هذا النوع من الطلاوان خلل تنسج ظهاري أكثر وضوحاً ، وميلاً أكبر للتنكس الحيث (راجع الشكل ٥٥ - ٩) .

٣ - **الطلاوان التولوي :** يتميز بسطح قاسر تولوي غير منتظم ناجم عن النمو الحليمومي الخارجي أو الحليمي الداخلي . ويجب الشك بحدوث السرطانة وسفية الخلايا إذا كانت القاعدة مرتشحة ارتشاحاً قاسياً . وهناك احتمال مستمر للتحويل إلى سرطانة تولوية . ويصيب الطلاوان الحليمومي بشكل رئيسي النواقي السنية ، في ناحية أرض الفم والحنك .

٤ - **الطلاوان التآكلي :** وهو عبارة عن بقع متآكلة . وتحدث نفس الآفات في الأعضاء التناسلية لدى النساء والرجال وقد تشارك مع داء المبيضات .

الأعراض : غائبة عادة .

التشريح المرضي النسجي : فرط تنسج ظهاري وخلل تنسج فيه (خيل تفرن ، تعدد أشكال الخلايا ، فرط تصبغ النوى مع تعدد أشكالها ، انقسامات فتيلية عديدة وشاذة) . ويمكن أن تميز نضلاوان المسطح والحليمومي داخلي النمو ، أو خارجي النمو وهو بشكل الأنذر ، وذلك بالتوافق مع طراز النمو . يكون لون الأبيض ناجماً عن فرط التنسج الظهاري مع تسمك الطبقة القرنية . وكثيراً ما يوجد تفاعل التهابي شديد تحت البشرة المؤوفة . وإذا ما أدى خلل التنسج الظهاري إلى تحطيم كيمس للظهارة الطبقة الطبيعية فقد يؤدي إلى حدوث سرطانة لابنة (موضعة) C. In Situ .

السر والانتذار : السير مزمن . يكون الطلاوان الالتهابي أو الكيماوي المنشأ أسوأ إنذاراً من الطلاوان الآلي المنشأ ، وذلك لأن الأخير يدي تسمكاً بشرياً تفني الشكل ، ويعطي مظهر صلاوان مسطح سريراً . إن نسبة حدوث سرطانات التجويف الفموي الناشئة على طلاوان تبلغ ٣٠٪ من السرطانات الفموية . وغالباً ما تكون السرطانة موجودة في الآفة أصلاً إذا بدت هذه الآفة ارتشاحاً واضحاً مجسوساً .

ولقد لوحظ أحياناً حدوث تراجع في الطلاوان بعد إيقاف تدخين .

المضاعفات : يعتبر الإلتان بالمبيضات البيض أحد المضاعفات في نضلاوان الثؤلولي ، ولهذا السبب اقترح أن المبيضات البيض قد تسبب طلاوان لدى المرضى كبار السن فاقدني الأسنان . وعلى أية حال ، فإن الخمج بالمبيضات يكون ثانوياً ويحدث خاصة على الطلاوان الثؤلولي الذي يدي خلل تنسج ظهاري أكثر وضوحاً .

التشخيص : يسبب الطلاوان حدوث تغيرات سطحية . وإن تسمك الظهاري الأبيض مميز ، غير أنه لا توجد معايير مطلقة لتشخيص . يجب تمييز الحالة عن كل من : السلاق ، والحزاز المسطح ، والإفرنجي الثانوي ، والذأب الحمامي القرصي ، والنضلاوان الفموي المشعر . كما يجب إجراء خزعة لوضع التشخيص الأكيد . والطلاوان الفموي المشعر في الخمج بالخمسة HIV لا يعتبر حالة مقدمة للسرطان .

المعالجة : العلاج المفضل هو الاستئصال الجراحي مع هامش أمان من المخاطية الطبيعية ، ويوصى بالجراحة القرية أيضاً . ثمة محاولات لاستخدام فيتامين A داخلاً (٣٠٠٠٠٠ وحدة/يوم) لعدة أشهر مع مراقبة حدوث التأثيرات الجانبية ، وخاصة الكبدية منها . وكذلك يمكن استخدام الإنترنتات بمقدار ٠,٦ - ١ ملغ/كغ يومياً . ويمكن استخدام أشعة X

الليونة لدى بعض المرضى ، ولكن استخدامها يتطلب جرعات عالية .

الشامة الحبيثة [Hutchinson] Lentigo Maligna
[1892] :

المرادفات : الميلان المحدود مقدمة السرطان (Dubreuilh 1912) ، مقدمة السرطان الملاني .

التعريف : الشامة الحبيثة مرض مقدمة للخباثة Premalignant بطيء النمو ينجم عن تكاثر خلايا ملانية شاذة داخل البشرة . ويمكن لها أن تترقى إلى ملانوم خبيث (ملانوم الشامة الحبيثة) .

الحدوث : يصيب المرض البيض عادة . والنساء أكثر إصابة من الرجال . والعمر المتوسط للإصابة هو ٦٠ سنة . الآفات بطيئة النمو وتحدث على وجه الحصر تقريباً على مناطق الجسم المعرضة للشمس لمدة طويلة . ولهذا يعتبر التعرض للشمس ذا أهمية إمرضية في هذا المرض .

الإمراض : يوجد تكاثر في الخلايا الملانية الشاذة في منطقة الطبقة القاعدية من البشرة .

ولهذه الخلايا قد وشكل مميزين ، وتبدي تعدد أشكال في نواها وخلاياها . وهي تعتبر ملانوم لا بد (موضع) M. In Situ . ويمكن لهذه الخلايا أن تتكاثر في البشرة وتغزو الأدمة مشكلة ملانوم الشامة الحبيثة . ومن غير المعروف نسبة هذا التحول .

الموجودات السريرية : تحدث الآفة بشكل رئيسي على الوجه (الشكل ٥٥ - ١٠) ، ولكنها قد تحدث أيضاً على الأطراف السفلية لدى النساء ، وتكون بشكل بقع أو لويحات بنية ضاربة للسواد تزداد تدريجياً في حجمها . تتميز الصورة النمطية للشامة الحبيثة بتعدد الألوان ضمن الآفة بحيث نشاهد اللون البني الغامق والفاتح واللون الأسود . مع وجود بعض المناطق المنقطعة أو الشبكية . وعادة ما تكون الحدود غير واضحة ولكنها قد تكون واضحة ومقوسة أحياناً . لا توجد علامات تدل على التراجع في البقع المؤوفة . وإن كلاً من تبدل لون الآفة نحو اللون الأسود الغامق ، أو حدوث شذوذات في بنية سطح الجلد المؤوف (ارتفاعه أو تقيبه) أو ارتشاح بسيط في هذه الآفة يقترح حدوث ملانوم الشامة الحبيثة .

الأعراض : غالباً ما تكون الآفة غير عرضية ، غير أنه يمكن أن تحدث حكة خفيفة .

التشريح المرضي النسجي : تحتوي الطبقة القاعدية للبشرة الضامرة على خلايا ملانية لا نمطية ذات نوى كبيرة غريبة

تخترق الغشاء القاعدي وتصل إلى غمد جذر الشعرة وإلى الغدد العرقية الناقحة ، وذلك نتيجة تكاثرها .

ويجب استئصال الآفات الصغيرة جراحياً ، أما الآفات الكبيرة فتستأصل ويجرى بعدها جراحة تصنيعية . ومن المعالجات الأخرى الأقل استعمالاً هي : المعالجة الكيميائية ، الجراحة الكهربائية ، والكي الحروري ، والمعالجة القرية (بواسطة الآزوت السائل) .

كذلك يمكن الحصول على نتائج جيدة باستخدام أشعة X اللينة ، وحسب رأي ميسر Mischer يحتاج المريض إلى ١٠ - ٢٠ Gy يومياً وذلك بجرعة كلية تصل حتى ١٠٠ Gy مع قياس HVL بحوالي ١ - ٢ ملم . ويمكن حدوث تفاعل تآكلي شديد نتيجة هذه المعالجة . وإذا شككنا بوجود ملائوم الشامه الخبيثة ، فلا ينصح بأشعة X بل يجب إجراء الجراحة .

الحالة مقدمة السرطان (قبيال السرطانية) الاختيارية

Facultative Precanceroses

هي أمراض جلدية يمكن أن تتطور خلال سيرها إلى سرطانة وسفية الخلايا واستحالتها ليست نادرة . وحسبنا نعتقد فإن وجهة النظر هذه ليست ذا بال ، وقد تقود إلى معالجات خاطئة .

ثمة العديد من الحالات التي يمكن أن تتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا وهي حالات سليمة مبدئياً ، ولكنها مع ذلك يمكن أن تتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا خلال فترة تمتد من سنوات أو حتى عقود وذلك دون أن تبدي هذه الآفات نفس الخواص الشكلية التي تبديها الحالات مقدمة السرطان (قبيال السرطانية) الإجبارية . ومن هذه الحالات :

* الحالات الالتهابية المزمنة :

يمكن للالتهاب المزمن أن يساعد على حدوث سرطانة وسفية الخلايا ، ومثالها . السرطانة الناسورية ، وحدث سرطانة وسفية الخلايا على قرحة ساق مزمنة (نسبة هذا الحلو حوالى ١ في كل ٥٠٠٠ حالة) ، والسرطانة وسفية الخلايا الحادثة على لويحات صدفية مزمنة معالجة بالزرنينج . كما يؤهب الالتهاب المزمن في المخاطيات واللسان إلى حدوث سرطانة وسفية الخلايا ، ومثالها : الحزاز المسطح الضموري على المخاطيات ، والتهاب اللسان الخلالي الإفرنجي ، والتهاب الحشفة والقلقة الناكس .

وهيولى شاحبة . وتوجد في البشرة مناطق تحتوي على خلايا معزولة (وهذه الخلايا لا تعبر الغشاء القاعدي ، وقد ترافق بتفاعل التهابي شديد للمفاويات والبلاعم الكبيرة . وغالباً ما تحتوي الأدمة العليا على كمية وافرة من الصباغ موجودة في البعات الملائين . وترافق دوماً بمران سافع . ومع تقدم مرحلة المرض تصبح لا غمطية الخلايا أكثر وضوحاً وتؤدي إلى تشكيل أعشاش خلوية وتهاجر إلى الأسفل على مسار جريبات الأشعار . وعندما يتم غزو الغشاء القاعدي فهذا يعني حدوث ملائوم الشامه الخبيثة .

سير المرض : الشامه الخبيثة بطيئة النمو ، وهناك حالات غير نادرة استمرت لفترة ١٠ - ٢٠ سنة . من الأمور الشائعة أن المرضى المتقدمين في السن والذين لديهم ، شامه خبيثة سوف يموتون قبل تطورها إلى ملائوم الشامه الخبيثة . ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن حوالي ٢٥ - ٣٠٪ من الحالات سوف تترق إلى ملائوم . ويمكن أن تنقضي سنوات أو عقود قبل حدوث النقائل .

التشخيص : توجه القصة الطويلة إلى التشخيص . من النقاط الهامة أن الشامه الخبيثة تكون غير واضحة الحدود ذات ألوان بنيّة وسوداء ولكن دون وجود أي علامات دالة على التراجع أو الالتهاب . وإذا لم تحدث الآفة على الوجه ، فهذا قد يثير الجدل حول التشخيص : وغالباً ما يكون الملائوم السطحي المنتشر موجوداً في هذه الحالة . وإذا أظهرت الشامه الخبيثة وجود عقيدات أو حطاطات معددة فهذا يعني تطورها إلى ملائوم الشامه الخبيثة .

التشخيص التفريقي : ويجب تفريق هذا الملائوم عن الملائوم السطحي المنتشر الذي يعتبر التشخيص التفريقي الأكثر أهمية ، حيث أن هذه الآفة تبدي أيضاً تعدداً في ألوانها ، ولكنها ، من جهة أخرى ، تكون مميزة بشكل كبير عن الجلد السليم المحيط بها ، وذلك بحدودها القوسية أو تكون متعددة الدوائر وهي ذات امتدادات بؤرية لسانية الشكل . كذلك فإن لون الشامه الخبيثة يكون واضحاً وغمطياً جداً ، ويتألف من لون بني ضارب للسود وحتى اللون الرمادي ، والأسود الضارب للزرقة ، واللون الأبيض (علامة التراجع) ، وغالباً ما نجد اللون القرمزي أو الأحمر (تفاعل التهابي) . ويمكن أن تكون هذه الآفات مرتفعة عن سطح الجلد بشكل غير منتظم ، وأن يكون لها مظهراً ثؤلولياً . ويجب تفريقها عن التقران المني المصطبغ ، والشامه الشيخية ، والشوكوم الملائني Melanoacanthoma ، والتقران السافع المصطبغ .

المعالجة : الشامه الخبيثة هي آفة بشرية مسطحة في بدايتها ، ولكن من جهة أخرى ، يجب أن تذكر أن الخلايا اللا غمطية قد

الحالات التنكسية المزمنة Chronic Degenerative Conditions :

تؤهب الحالات التنكسية المزمنة في النسيج الضام للجلد إلى حدوث سرطانية وسفية الخلايا ، وخاصة الضمورات نصبية ، والندبات ، والتغيرات الضيائية التي تصيب النسيج نضام ، وخاصة لدى ذوي الجلد الأشقر . تصيب هذه تغيرات بشكل رئيسي المزارعين والبحارة حيث أن التقرانات صافعة عندهم قد تؤدي إلى نشوء سرطانية وسفية الخلايا . وقد تنشأ السرطانات أيضاً على الندبات ، ومثالها : ندبات خروق . ويمكن أن تحدث السرطانية وسفية الخلايا من ضمور نصبي ، ولكنها قد تنشأ في حالات استثنائية على ضمورات

رخوة . وتنشأ السرطانية الوسفية على الندب الضمورية في كل من الذأب الشائع ، والذأب الحمامي القريصي المزمن ، والتهاب الجلد الشعاعي ، والتهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، والحزاز التصليبي والضموري وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي .

الأورام السليمة Benign Tumors :

وخلال عدة عقود ، وجد أن الأورام الحميدة أو الوحمات العضوانية Organoid nevi قد تؤدي إلى نشوء سرطانية وسفية الخلايا أو سرطانية قاعدية الخلايا . وعلى سبيل المثال ، يجب على الطبيب افتراض أن ٣٠٪ من حالات الوحمة الزهمية أو الوحمة البشروية العضوانية قد تتحول إلى سرطانية قاعدية الخلايا .

الفصل السادس والخمسون

السرطانات الكاذبة

Pseudocanceroses

د . صالح داود ، د . هدى منيفي

يطلق مصطلح السرطانات الكاذبة على مجموعة واسعة من الأمراض التي قد يصعب تفريقها عن السرطانات الحقيقية ، ليس من الناحية السريرية فحسب ولكن من الناحية النسجية أيضاً . وعلى أية حال ، فإن هذه السرطانات الكاذبة قد لا تكون مشابهة فقط للسرطانة وسفية الخلايا ولكنها أيضاً قد تؤدي لنشوء هذه السرطانة . ولهذا السبب فإن السرطانات الكاذبة تعتبر أيضاً حالات مقدمة للسرطان (قبل سرطانية Precanceroses) . والصورة النسجية الرئيسية لهذه الآفات هي فرط تنسج ظهاري سرطاني كاذب مترافق بالتهاب . والأمراض التالية تسمى سرطانات كاذبة :

- ١ - الورام الحليمي الجلدي السرطاوي Papillomatosis . Cutis carcinoides
- ٢ - الورام الحليمي الفموي المزدهر Florid oral papillomatosis
- ٣ - الظهاروم إسفيني الشكل Epithelioma . cuniculatum
- ٤ - اللقموم المؤنف العملاق Condyloma acuminatum . giganteum
- ٥ - الشوكوم القرني Keratoacanthoma

الورام الحليمي الجلدي السرطاوي [Gotttron 1932] :

التعريف : يتألف هذا المرض من تنبتات مسطحة أو عقيدية تحدث في جلادات ذات مظهر نسجي يماثل فرط التنسج الظهارومي الكاذب ، ويمكن أن يكون ثمة سرطانة مستبطنة .

قد يحدث هذا المرض في الجلد السليم أو كمرض ثانوي للجلادات أخرى مزمنة نابتة أو متقرحة . ويحتمل تطور هذا الورام إلى سرطانة حقيقية .

الإمراض : لا يوجد دليل في الوقت الحاضر على وجود خمج حموي مسبب لهذا الورام . ويعزي بعض العلماء أو المؤلفين هذا المرض إلى تقيح الجلد المزمن النابت (Azua 1894) ، بينما يراه البعض على أنه سرطانة وسفية الخلايا جيدة التميز . وعلى أي حال فإن الآفات تستمر أحياناً لعدة سنوات دون تطور نحو الورم .

الموجودات السريرية : يصيب المرض بشكل رئيسي كبار السن ، والمناطق المفضلة للإصابة هي الساقين (الشكل ٥٦ - ١) ، وظهر القدمين ، وقد تكون هذه الإصابة وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب . وقد يتظاهر هذا المرض على شكل القنبيط ويتظاهر أحياناً بشكل تنبتات بحجم البلع ، ولا تميل هذه التنبتات للتقرح ، وإنما تنتج مفرزات قيحية ذات رائحة كريهة . وقد تبدي المناطق الحليمومية جزراً من فرط التقرن أو تحنّيات تنزف بسهولة .

أما التوضعات الأخرى للإصابة فنادرة ، ولكن لوحظ وجود إصابات مشابهة على الذراعين . وقد تحدث الآفات إما بشكل مرض بدئي على الجلد السليم أو أنها تترق على جلد متبب أو متقرح بسبب مرض آخر مزمن لا يميل للشفاء (الذأب الشائع ، تقيح الجلد النابت ، الجلاد البرومي ، الفطار البرعمي) .

الأعراض : تعزى الأعراض الشخصية في هذا المرض إلى التنبتات النازقة بسهولة . ويمكن أن يحدث لدى المريض حمرة .

التشريح المرضي النسجي : تتألف الصورة النسجية من تكاثر ظهاري شواكي كبير ينفذ عميقاً إلى الأدمة مع تشكل لآلء قرنية واضحة ، ولهذا فهو يشابه كثيراً السرطانة وسفية الخلايا الناضجة . ومن جهة أخرى ، فإن الخلايا الظهارية المتكاثرة والممتدة إلى الأدمة تسمح بتمييز الطبقة القاعدية ، ويحددها النسيج الضام بكل وضوح . وبشكل مغاير للسرطانة وسفية الخلايا ، فلا يوجد هنا خلايا شائكة لا مغطاة متمايزة أو انقسامات قتيالية لا مغطاة . وإنما يوجد تفاعل التهابي في اللحمية ، وأحياناً قد يترافق بخلايا عملاقة لجسم أجنبي . وهذه الإصابة تعتبر فرط تنسج ظهاري حليمومي كاذب مترافق بالتهاب .

سير المرض : سير هذا الداء مزمن لعدة سنوات . ولا يحدث فيه شفاء عفوي . ولهذا يجب أن يعتبر الورام الحليمي الجلدي السرطاوي مستبطناً أو مركزاً لسرطانة وسفية الخلايا عالية التمايز (سرطانة ثولولية) . ولهذا السبب ينصح بإجراء خزعات متكررة .

التشخيص التفريقي : يأتي الدليل ضد السرطانة وسفية الخلايا من الحدوث المتعدد ، وفقدان التنخر ، والفحص النسجي . وقد يكون من الصعب التمييز بين تقيح الجلد النابت أو تقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي وبين هذا المرض وذلك لأن العوامل الجرثومية قد تكون مهمة من الناحية الإلزامية في الورام الحليمي الجلدي السرطاوي .

المعالجة : العلاج المختار هو الاستئصال مع جراحة تصنيعية

وتوصف العقارات الموقفة نمو الخلايا (بليوميسين ، ميتوتركسات) في الحالات الشديدة فقط .

الورام الحليمومي القموي المزدهر [Rock and Fisher 1960] :

المرادفات : الورام الحليمي المخاطي السرطاوي (Scheicher – Gotttron 1958) ، السرطانة التؤلولية في التجويف القموي (Ackerman 1948) ، الشوكوم مصوري الخلايا (Ferreira – Marques 1962) .

التعريف : تحدث هذه التكاثرات الحليمومية تؤولولية الشكل وتترقى بشكل بطيء ولكن مستمر ، ويمكن أن تؤهب لحدوث سرطانة وسفية الخلايا عليها . وغالباً ما تحدث هذه الآفات لدى الأشخاص الكبار في السن الذين فقدوا أسنانهم . ولهذا السبب فإن الصورة السريرية قد تخفي حالة ما قبل سرطانة أو حتى سرطانة عالية التمايز .

الحدوث : المرض نادر . العديد من المرضى مدخنون بكثرة . يصيب المرض بشكل خاص الذكور بأعمار تتراوح بين ٦٠ - ٨٠ سنة .

الإمراض : على الرغم من التشابه السريري مع اللقمووم المؤنف إلا أنه لم يتم العثور على الحمات الراشحة في هذه الآفات . ومن الناحية الإمراضية ، فإن هذه الحالة هي تسرطن كاذب يتصف بفرط تنسج ظهاري وتقرن وميل لحدوث خلل التقرن . ويحتمل لهذا المرض أن يماثل الورام الحليمي المخاطي السرطاوي والشوكوم مصوري الخلايا . كما أنه يتشابه مع السرطانة التؤلولية التي تشاهد بشكل رئيسي في الفم عند ماضغي التبغ وتحدث لدى كبار السن . وليس الورام الحليمي القموي المزدهر بسرطانة كاذبة فقط بل إنه قد يمثل حالة محتملة التسرطن أو سرطانة حقيقية أيضاً . ولهذا ينصح بإجراء خزعات متكررة .

الموجودات السريرية : غالباً ما يصيب هذا الداء الرجال كبار السن وتحدث في التجويف القموي أو الشفتين (راجع الشكل ٥٦ - ٢) . وتبدأ على شكل مناطق من الطلون المنتشر ينشأ عليه فيما بعد تنبتات حليمومية تؤولولية الشكل مع سطوح طلوانية بيضاء . ويمكن نشوء أورام قنبيطية الشكل ، وتبدو أحياناً مغطاة بمخاطية طبيعية . ومن الشائع تعدد الآفات والتقاؤها بحيث تشكل مناطق واسعة مؤوفة . ولا تميل هذه الآفات لحدوث تفاعل التهابي إلا قليلاً .

الأعراض : إذا كان ثمة تكاثر وفرط تنسج واضحين ، فقد يحدد المصاب من تناوله الطعام ، ويجد صعوبة في الكلام .

ويمكن أن يبدى المريض انزعاجاً شديداً إذا كانت الآفات لديه واسعة .

التشريح المرضي النسيجي : وبشكل مغاير للموجودات السريرية الشبيهة جداً بما نجده في السرطانة الحقيقية ، يبدى التشريح المرضي فرط تنسج ظهاري حليمومي كاذب مع انقسامات قنبيطية غزيرة ، وأحياناً توجد خلايا من نمط خلل التقرن دون أن توجد علامات أخرى دالة على الخباثة . وفي كل المناطق ، تكون الآفات الظهارية مفصولة تماماً عن النسيج الضام . كما توجد توعية دموية واضحة مترافقة برشاحة التهابية مزمنة .

سير المرض : سير المرض متروقي ببطء على مدى سنوات وأحياناً على مدى عقود ، والإنذار غير واضح لأن ٣٠٪ من الحالات تتحول بعد حين إلى سرطانة وسفية الخلايا .

التشخيص التفريقي : يصعب تشخيص السرطانة التؤلولية (Ackerman) استناداً إلى المعايير السريرية أو النسجية . ويظهر الشكل مفرط التنسج لداء بوفن على المخاطية القموية بنى ظهارية مضطربة بشكل واضح مع وجود خلايا لا مغطاة عديدة بالإضافة إلى وجود علامات من خلل التقرن . ويكون التطور إلى سرطانة بوفن بعد فترة كمون أقصر . وقد يكون هناك صعوبات في تمييز هذه الإصابة عن الطلاوان القموي التؤلولي من الناحية النسجية . وقد يكون من الصعب أيضاً تمييز هذه الإصابة عن السرطانة وسفية الخلايا عالية التمايز ، وذلك لأن الورام الحليمي القموي المزدهر قد يتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا .

المعالجة : العلاج الأفضل هو الاستئصال الجراحي مع جراحة تصنيعية ، غير أن هذا الإجراء لا يمنع نكس المرض بكل تأكيد . وقد حقق استخدام أشعة الليزر نجاحاً في هذا المجال وذلك في حالات فردية . تكون هذه النابتات الحليمومية غير حساسة على التشعيع . ويوصى باستخدام البليوميسين أو الميتوتركسات ويمكن الحصول على نتائج جيدة مبدئياً إلا أن النكس لا يمكن تجنبه . كما حقق استعمال الإترينات نجاحاً في بعض الحالات .

الظهاروم الإسفيني الشكل Epithelioma cuniculatum [Arid et al 1954] :

التعريف : يماثل هذا الورم الذي يصيب الأنخصين كلاً من السرطانة التؤلولية والسرطانة وسفية الخلايا ذات الخباثة المتدنية . وحسب رأي بعض المؤلفين ليس هذا الظهاروم سوى سرطانة كاذبة مبدئياً على الأقل . ويشك في دور الحمج

الحموي الحليمومي الإنساني (HPV) في إحداث هذه الإصابة .

الموجودات السريرية : يصيب هذا الورم النادر الأخص لدى الذكور كبار السن . وهو ورم بطيء التطور ، وينمو بشكل حليمومي نحو الخارج . أو أنه يظهر على الأخص أيضاً على شكل ورم داخلي النمو مشابه للتؤلؤل أحياناً ، وقد يتفرح بشكل سطحي . يشكل هذا الظهاروم ردياً عميقاً ذا هامش شني يفصله عن الجلد المحيط ، ويفرز هذا الورم مفرزات قيحية أو دموية أحياناً .

الأعراض : التورم أو الألم في النواحي المصابة هي أعراض شائعة . وهو مؤلم عند المشي .

التشريح المرضي النسيجي : يحدث فرط التنسج الظهاري الحليمومي الكاذب في البشرة ، ويبدو على شكل ورم حليمي مع تقرن ، ويلاحظ القليل من الانقسامات الفتيلية .

سير المرض : هو عادة تنشؤ موضع عدواني . ونادراً ما تحدث نقائل إلى اللمف .

التشخيص التفريقي : يفرق عن التؤلؤل الشائع العملاق ، والملائوم اللاملافي الخبيث ، أو عن القرحات العصبية الاعتدائية .

المعالجة : استئصال جراحي مناسب مع إجراء جراحة تصنيعية لاحقة .

الشوكوم القرني [Dupont 1930] :

المترادفات : المليساء الزهمية (MacCormac and Scarff 1936) ، المليساء السرطانية الكاذبة ، الظهاروم المتعدد ذو الشفاء الذاتي (Ferguson – Smith 1934) ، السرطانة وسفية الخلايا البدئية ذات الشفاء الذاتي .

التعريف : هو ورم وسفي سريع النمو ، يتواجد عادة على الجلد المعرض للشمس ، وهو ينشأ من جريب الشعرة ويبدو تشابهاً نسيجياً مع السرطانة وسفية الخلايا ، ولكنه يتراجع عفواً . وقد يحدث بشكل مفرد أو متعدد .

الحدوث : يصيب المرض السكان البيض على وجه الحصر تقريباً ، والرجال فوق سن الستين عاماً على الأغلب ولوحظ انتقال الوراثة بصبغي جسدي سائد في حالات الأورام المتعددة . ومن الممكن أن تكون العوامل الوراثية مسؤولة عن البدء الباكر لهذه الحالات .

الإمراض : الإمراضية غير معروفة تماماً . وهناك شك بوجود خمج حموي حيث تم العثور على DNA لحمة HPV 25 في الشوكوم القرني المفرد . ومن العوامل المؤهبة نذكر :

الجلد فاتح اللون ، العمر ، والقصة العائلية . ويبدو أن

العوامل البيئية تلعب دوراً مهماً في الإمراض أيضاً . كما تشكل حوالي أكثر من ٩٠٪ من الشوكومات القرنية في مناطق الجلد المعرضة للشمس . ومن الأسباب المتهمة في بعض الحالات : الرضوح ، التماس مع القطران أو غيره من المسرطنات الكيماوية والغازات الصناعية . ولقد تشكلت الشوكومات القرنية أيضاً بعد المعالجة بالأدوية الموقفة لنمو الخلايا أو المثبطة للخلايا مرافقة لتنشوءات في الأعضاء الداخلية . ولقد أدى دهن جلد الحيوانات بالهيدروكربون المسرطن إلى تشكل آفات مشابهة . ينشأ فرط التنسج الظهاري الجسم من غمد جذر الشعرة الخارجي ، ويكون ذو ميل للتقرن الباكر وبالتالي للشفاء العفوي . ويشاهد تفاعل التهابي واضح في النسيج الضام المحيطي .

الموجودات السريرية : غالباً ما تنشأ الشوكومات القرنية وحيدة ، وتظهر في معظم الأحيان على المناطق المكشوفة وخاصة الوجه (راجع الشكل ٥٦ - ٣) وظهر اليدين . يتظاهر في البداية على شكل حطاطة مدورة قاسية على الجلد الطبيعي ، لا تلبث أن تكبر بسرعة وتصبح متقرنة في المركز . وبعد بضعة أسابيع أو بعد شهرين على الأكثر ، تتحول إلى عقيدة مملوءة بمادة قرنية رمادية مصفرة تتوضع فوق الجلد مع وجود تنلم مركزي فيها . وتشابه هذه العقيدات في شكلها المليساء السارية الكبيرة ، ولهذا دعيت الآفة أيضاً المليساء الزهمية كما ذكرنا .

وإذا أصبح الشوكوم القرني أكبر فقد يتشكل في مركزه أفتة (مركز مقعر يشبه فوهة البركان) متقرنة عريضة مع حواف هامشية واضحة . ويكون لون الشوكوم القرني عادة وردياً شاحباً أو بنفسجياً عمراً . وتشكل أوعية صغيرة في الجلد المحيط كما هو مشاهد في سرطانة الخلية القاعدية . ولا تشاهد الرشاحة العميقة فيه . ويؤدي الضغط على الآفة لانفراغ كتلة قرنية صفراء وسخة من مركز الشوكوم . يبدأ الشوكوم القرني بالتراجع عفواً بعد بضعة أشهر . ويترك مكانه ندبة مثلثة غير منتظمة في أغلب الأحيان . ويتم الشفاء خلال ٤ - ٦ شهور عادة .

• أشكال خاصة من الشوكوم القرني :

الشوكوم القرني الطفحي المعمم Generalized Eruptive Keratoacanthoma : (الشوكوم الطفحي 1950 Grzybowski) . وهو عبارة عن حطاطات جريبية حمرة مقيبة ، يتراوح قدها بين ١ - ٣ ملم ، توجد على الوجه والجذع ، وتكون كثيرة العدد في بعض الأحيان وتراجع عفواً . وتغف الآفات عن الراحتين والأخصصين ويمكن أن تصاب المخاطية الفموية والحنجرة . ويؤدي التشريح المرضي أن

آفات تنحصر من الجريبات بشكل شواك غير منتظم ودون أن يرفق ببدايات النهاية ملحوظة .

شوكوم القرني العائلي *Familial Keratoacanthoma* :
(شوكوم القرني العديد ذو الشفاء الذاتي وصف Ferguso – Smith هذا الورم ذو الشفاء الذاتي ، الذي يعتبر أكثر شيوعاً في بعض العائلات ، وبأنه ذو وراثة جسدية سائدة . وتشكل معظم الآفات على مناطق الجسم المعرضة للشمس غترات طويلة . إلا أن هناك بعض الحالات التي ظهرت تحت نسيان . تظهر الآفات عادة في سن البلوغ ، ويمكن أن تنكس خلال سنوات وعقود . وهي تشفى لتترك خلفها ندبات عميقة . هذه الآفات تشابه الشوكوم القرني نسيجياً .

شوكوم القرني التعدد *Multiple Keratoacanthoma* :
تظهر الآفات في نفس مواقع الشوكوم القرني المفرد لدى مرضى البالغين ذوي التماس مع مواد مسرطنة (مثال : القطران) . ولم تلاحظ الاستحالة للخباثة من خلال مراقبة الآفات خلال عقود من الزمن .

الشوكوم القرني العملاق *Giant Keratoacanthoma* : آفة كبيرة يقيس قطرها عدة سنتيمترات . تلتبس عادة مع السرطانة الثؤلولية أو قيقح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي . يمكن أن يستغرق الشفاء العفوي عدة أشهر . والمناطق المفضلة للإصابة هي الأنف ، والأفجان ، وظهر اليدين .

الشوكوم القرني الهامشي النابذ *Keratoacanthoma Centrifugum Marginatum* : [Heid, Grosshans,] [Lazak 1979] ، شكل من الشوكوم القرني العملاق ، وهو ذو ميل قليل للشفاء العفوي ، أو نستطيع أن نقول أنه لا يشفى عفوياً . يعود المركز الضامر للآفة (حوالي ٢٠ سم قطراً) إلى الحواف المحيطية ذات النمو النابذ . والأماكن الانتقائية لتوضعه هي ظهر اليدين والساقين .

التشريح المرضي النسيجي : لا يمكن تقييم الخزعة الهامشية بشكل صحيح لتمييز هذه الآفة عن السرطانة وسفية الخلايا عالية التمايز . ويحتاج هذا التمييز بين الآفتين إلى خزعة تمر عبر المنطقة المركزية بكاملها وتصل إلى الجلد السليم . وتختلف الصورة النسيجية حسب مراحل نمو الآفة . ففي المرحلة كاملة النمو يوجد ورم ظهاري في الأدمة العليا مع وجود منطقة ظهارية بشكل الكثيف متاخمة للبشرة الطبيعية أو المصابة بالشواك الطفيف . ينشأ الورم من الجزء العلوي لواحد أو أكثر من الجريبات مفرطة التنسج . ونجد مركزاً مملوءاً بمادة قرنية سوية القرن أو من غط خلال القرن مع وجود خراجات من الكريات البيض وذلك في مكان وجود فرط التنسج الظهاري

الحليمومي الكاذب مع وجود شواك شديد غني بالغليكوجين . ويحدث فرط التنسج في المحيط بينما يحدث القرن في المركز . يبدى النسيج الأدمي الضام تفاعلاً نهائياً شديداً بالمقاويات ، والمنسجات ، والمصوريات . ويوجد أحياناً عدد كبير من الحمضيات . ونجد صعوبات في تمييز هذه الآفة نسيجياً عن السرطانة وسفية الخلايا لأن الانقسامات الفتيلية ، والشذوذ الخلوي والنوى العملاقة قد توجد في الشوكوم القرني أيضاً .

الأعراض : تؤدي الآفة إلى إزعاج خفيف للمريض عادة . ولكن المرضى يدون انزعاجهم من النمو السريع للورم .

سمر المرض : الشوكوم القرني له ثلاث مراحل تطورية : مرحلة النمو السريع ، مرحلة الثبات ، مرحلة التراجع العفوي البطيء . والمدة الكلية لهذه المراحل تستغرق ستة أشهر تقريباً . وقد يحدث النكس الموضعي ، وهذا الأمر ممكن إذا تمت إزالة الآفة بشكل سطحي . الورم حميد ويشفى عفوياً ولهذا فإنذاره جيد . ومن جهة أخرى ، تذكر بعض التقارير إمكانية حدوث الاستحالة الخبيثة في حالات إفراية ، غير أن هذه الحالات قد تتضمن ظهاروماً وسفي الخلايا عالي التمايز . ويُشخص بشكل خاطئ على أنه شوكوم قرني . وإن تواجد الشوكوم القرني في منطقة الحجاج والأنف يسبب مشكلة خاصة بسبب هذا التوضع .

التشخيص التفريقي : من خصائص هذا الورم : مدته القصيرة ، شكله النموذجي ، الشفاء العفوي . واستناداً إلى مرحلة الورم فإن الآفات التالية يجب أن تدخل في التشخيص التفريقي للإصابة : المليساء السارية ، الثؤلول الشائع ، وسرطانة الخلية القاعدية ، السرطانة وسفية الخلايا . وتنمو سرطانة الخلية القاعدية ببطء ، وتنشأ على جلد متأذ سابقاً ، ولهذا فهي تختلف عن الشوكوم القرني الذي يحدث على جلد سليم .

المعالجة : الاستئصال الجراحي إذا كان ذلك ممكناً . وينصح بالأشعة السينية المجزأة (٢٠ - ٤٠ Gy) . وتختلف الاستجابة حسب الحالة . يمكن استخدام محلول التريامسينولون أسيتونيد المبلر حقناً ضمن الآفة أو تحتها (ويمدد بنسبة ١ : ٤ مغ ١٪ من مخدر موضعي) وذلك بفواصل أسبوعية ، ولكن هذا الإجراء غير فعال في علاج الشوكوم القرني كخيار أول . ويمكن استئصال الشوكومات القرنية المفردة بالمعالجة القرية أو الليزر أو بالتجريف تحت التخدير الموضعي . يجب معالجة الشوكومات القرنية الكبيرة والشوكومات القرنية اللاخطية جراحياً . في حالة الشوكوم القرني العديد يمكن تجريب الإترينات الفموية أو الإيزوترينوتين .

وجود خصائص السرطانة التؤلولية . ولقد تم العثور في هذا
الورم على الحمات الحليمومية الإنسانية من النمط المصلي
HPV-6, 7, 11 . ولمزيد من التفاصيل راجع الفصل الثاني
من هذا الكتاب .

اللقموم المؤنف العملاق Condyloma Acuminatum
: Giganteum

المرادفات : ورم بوشكه لوفنشتاين .
هذه الآفة ليست لقموماً مؤنفاً وإنما هي عبارة عن تنشؤ مع

الفصل السابع والخمسون

الأورام الظهارية الخبيثة

Malignant Epithelial Tumors

د . محمد دلة

يمكن أن تنشأ الأورام الظهارية الخبيثة في الجلد أو في الأغشية المخاطية المجاورة (أورام جلدية ظهارية خبيثة بدئية) أو يمكن أن تنجم عن انتقالات إلى الجلد (أورام ظهارية خبيثة تنقلية أو ثانوية) .

السرطانة قاعدية الخلايا Basal Cell Carcinoma :

مرادفات : الظهاروم القاعدي الخلايا (Krompecher ١٩٠٣) ، والسرطان القاعدي الخلايا ، والقاعدوم Basaloma ، وظهاروم الخلية القاعدية .

تشير هذه التعابير المختلفة للبنية النسيجية لهذه الأورام . فهي تتميز بتكاثر متجه للداخل (أدمي) لخلايا تشابه كثيراً الخلايا القاعدية البشرية الطبيعية بسبب نواها البيضوية الكبيرة الأساسية بشدة ولانتظامها بنمط السياج في محيط كتل الورم .

التعريف : تنشأ السرطانة قاعدية الخلايا من الخلايا القاعدية في البشرة وجريبات الأشعار ، وهي تنمو مع ارتشاح وتدمير موضعي للنسيج .

وتتصف نسيجياً بالخلايا السياجية في محيط الورم ، وهي مميزة جداً . وباعتبار أن السرطانة قاعدية الخلايا (باستثناءات نادرة) لا تنتقل - خلافاً للسرطانة وسفية الخلايا - فهي تفتقر لسمة مميزة مهمة للورم الخبيث الحقيقي . ولتمييزها في هذا الخصوص عن الأورام الحميدة بالإضافة للخبيثة ، فقد دعت بالأورام نصف الخبيثة أو بالأورام الغازية موضعياً . ولا تحدث السرطانة قاعدية الخلايا كأورام بدئية في الأغشية المخاطية ولكن يمكنها أن تنمو ضمنها .

الحدوث : شائعة نسبياً . وهي في البلاد المشمس (أستراليا أو الولايات المتحدة الجنوبية) أكثر شيوعاً منها في المناطق الأفقر بأشعة الشمس . ويقدر الحدوث في جمهورية ألمانيا الاتحادية بنحو ٢٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان ، بينما يمكن أن يكون في الولايات المتحدة الجنوبية ١١٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ أو أكثر . ويصيب الورم بشكل رئيسي الأشخاص بعمر ٥٠ - ٨٠ سنة . والسرطانة قاعدية الخلايا نادرة نسبياً في الشباب . ولا توجد أفضلية للجنس .

الإمراض : تشمل عوامل مختلفة :

الوراثية : إن المرضى ذوي الجلد الحساس للشمس والأقل تصبغاً بالملايين (نمط I و II) هم بشكل خاص من عوامل الخطورة بسبب عواقب التعرض المزمّن للضياء (الشمس) . وكثيراً ما يصاب الأشخاص الحساسون للشمس بسرطانات قاعدية الخلايا مثلما فُسرَ عند المهاجرين الإيرلنديين لأستراليا ، أو بزيادة تواتر حدوث السرطانة قاعدية الخلايا في السكان ذوي الجلد الفاتح في الولايات المتحدة الجنوبية . والسرطانة قاعدية الخلايا نادرة لدى السود . ومن الأمثلة الأخرى على المظاهر الوراثية متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا (Gorlin - Goltz) وكذلك معدل الحدوث العالي للسرطانة قاعدية الخلايا في عائلات معينة .

الأذية السفعية (الضوئية) Actinic Damage : تعتبر الأشعة فوق البنفسجية الشمسية - طيف UVB على الأرجح - العامل المسرطن الأكبر ، وكذلك الأشعة الصناعية (المعالجة الضوئية والكيميائية) . وترافق المعالجة بالبوفا PUVA أحياناً مع زيادة خطر حدوث السرطانة قاعدية الخلايا ، ويمكن للأذية الجلدية الشعاعية الناجمة عن مداواة سابقة بالأشعة X أو حزم الكوبالت أن تؤثر كعامل تميمي Cofactor في حدوث السرطانة قاعدية الخلايا .

المسرطنات Carcinogens : يمكن للزرنبيخ (الزرنبيخ اللاعضوي ثلاثي التكافؤ ، مثال في محلول Fowler) المعطى سابقاً لأسباب علاجية متنوعة - لا يُستعمل حالياً أبداً - أو نتيجة تلوث مياه الآبار ، أن يؤدي إلى حدوث سرطانات قاعدية الخلايا كثيرة بعد فترة كمون تتراوح بين ١٠ - ٣٠ سنة ، وتشاهد حتى في أجزاء الجسم غير المعرضة لضوء الشمس .

الندبات وأذية الجلد المزمنة : يمكن أن تحدث السرطانة قاعدية الخلايا في مناطق التهاب الجلد الشعاعي المزمن أو في نواسير الفطارات العميقة أو الندبات الضمورية ، مثال : ندبات الذأب الشائع أو الذأب الحمامي . وإن التحريض الآلي المزمن - خصوصاً نزع الشعر المستمر من نفس المكان - يمكنه أيضاً أن يجرّض على ظهور السرطانة قاعدية الخلايا : قاعدوم تنف الشعر (Trichotilobasalioma (Hoffmann) . ويمكن أن تحدث أيضاً في القرحة المزمنة منذ أمد طويل الناجمة عن القصور الوريدي ، وقرحات المدخنين المترافقة مع العد المقلوب Acne inversa ، وفي ندبات الحوادث الآلية (أذيات الحوادث والحرق ، نقاط الاحتكاك أو الضغط من البدائل) .

وإن الأذية السفعية هي الأهم من بين هذه العوامل . وبما أن

السرطانة قاعدية الخلايا البدئية : Initial Basal Cell Carcinoma

ليست لها مظاهر مميزة . وتبدو غالباً كجسوء أبيض رمادي صغير عليه توسع شعريات . وتعرض هذه الآفات الأولية في الوجه للرضح بفعل الخدش أو الحلاقة وتشكل جلبة نزفية صغيرة في نفس المكان دائماً وهي علامة سريرية هامة .

السرطانة قاعدية الخلايا المصمتة Solid Basal Cell Carcinoma

المترادفات : القاعدوم المصمت .

يتطور الورم وينمو خلال عدة أشهر وسنوات إما إلى ورم عقيدي ذي مظهر زجاجي وشعبي بقوام مكتنز إلى صلب عليه توسع شعريات ، أو إلى ورم مئال للانكماش والضمور في المركز ، يدي هامشه حافة لؤلؤية غطية عليها توسع شعريات ويسمى القاعدوم المسطح الندبي . ويصادف على الصدغين أحياناً كبقعة غير منتظمة الشكل ذات مركز متجلب مائل للأحمر وحافة لؤلؤية غطية يمكن تمييزها بخاصة عند شد الجلد (راجع الشكل ٥٧ - ٣) .

السرطانة قاعدية الخلايا المتقرحة Ulcerating Basal Cell Carcinoma

المترادفات : القرحة القارضة Rodent Ulcer .

تميل السرطانة قاعدية الخلايا هذه للتقرح على الوجه والفروة . وبسبب ميلها للامتداد المحيطي فقد دُعيت سابقاً بالقرحة القارضة Ulcus Rodens (تعني كلمة Rodere باللاتينية : يقرض) . ومن الصفات الغطية للقرحة القارضة عدم وجود ألم عفوي أو بالجلس ، ولكن يوجد ميل للتجلب النزفي وتشكل الحافة اللؤلؤية القاسية (دُعيت لذلك بلآء القاعدوم) مع توسع الشعريات . (راجع الشكل ٥٧ - ٤) .

القاعدوم الثاقب Basalioma Terebrans

المترادفات : القرحة الثاقبة .

هو سرطانة قاعدية الخلايا تقود لتخريب نسجي عميق . ولا يقتصر نمو الورم على الأدمة كالعادة بل يتجاوزها وينفذ عميقاً ويصبح مرتشحاً ومخرباً . ومن الشائع حدوث بقع متقرحة عميقة بحجم الكف ذات سطوح متحبة لامعة حمراء وميالة للتزف بشكل واضح (السرطانة قاعدية الخلايا العملاقة) . وتوجد هنا فقط على محيط الورم جدران مبعثرة ذات لآء غطية للسرطانة قاعدية الخلايا . ويمكن أن يخرب

السرطانة قاعدية الخلايا تحدث بشكل سائد على الجلد المعرض (الوجه والعنق والأذنين وأعلى الصدر وأعلى الظهر وأسفل الساق) فمن الواضح أنه يوجد تأثير مباشر للأشعة فوق البنفسجية . وإن التعرض المزمن للجلد في العراء في مهن معينة عامل مؤهب كبير ، وخصوصاً للجلد من النمط I و II . ولكن من الملاحظ أن السرطانات قاعدية الخلايا نادرة نسبياً على ظهر اليدين المعرضتين للشمس ، كما وتحدث أيضاً حالات كثيرة في الجلد الطبيعي ظاهرياً (راجع الشكل ٥٧ - ١) .

التكون النسيجي : غير واضح بشكل كامل . والرأي السائد الآن أن السرطانات قاعدية الخلايا ليست - كما كان يعتقد سابقاً - أوراماً عضوانية تنشأ من خلايا ظهارية منتشة ابتدائية غير متميزة تُظهر تقهقراً مضغياً ، وإنما هي مشتقة من خلايا ظهارية متعددة القدرات غير ناضجة فقدت مقدرتها على التمايز الطبيعي والتقرن بسبب التعرض المزمن للأشعة فوق البنفسجية مثلاً . ويشرح هذا أيضاً سبب حدوث السرطانات قاعدية الخلايا في الحيوانات بالمسرطنات الكيميائية (مثال داي ميتيل بنزانتراسين) . وتبقى خلايا السرطانة قاعدية الخلايا من جهة أخرى قادرة على الانقسام التفتلي Mitosis حتى عندما تكون متوضعة في الطبقة المالبكية . وينقص في خلايا الورم من الناحية الكيميائية الحيوية جزء من القراتينات Keratins غير المنحلة التي توجد في الخلايا البشرية في الحالة الطبيعية .

تنشأ السرطانات قاعدية الخلايا ليس فقط من الخلايا القاعدية للبشرة بل وأيضاً من أجزاء كثيرة مختلفة للجهاز الجريبي (ظهارة القمع الجريبي) . وتظهر أعشاش السرطانة قاعدية الخلايا أولاً بالتلازن Clumping العقيدي للخلايا القاعدية مثلما هو الحال في جذر الشعرة الجنيني . وهذا هو أصل تسمية السرطانة قاعدية الخلايا المعطي من قبل واصفها الأصلي Krompecher .

الموجودات السريرية : المكان المفضل لحدوث السرطانة قاعدية الخلايا هو الوجه . وتتوضع الآفة في ٨٠٪ من المرضى أعلى الخط الواصل بين زاوية الفم وفصيص الأذن (راجع الشكل ٥٧ - ٢) . والتوضعات الأخرى هي الثلث السفلي للوجه والفروة والأذنان والمنطقة بشكل V أمام الصدر والأجزاء العلوية للظهر . وتنشأ السرطانات قاعدية الخلايا عادة في جلد طبيعي سريرياً من دون تبدلات مسبقة ، مقارنة مع السرطانات وسفية الخلايا ، التي تنشأ على جلد ومخاطية فيهما التهاب أو تأذ مزمنان وهما من الآفات مقدمة السرطان . وتنتج عن السرطانات قاعدية الخلايا أعراض قليلة رغم ملاحظة حكة وخلل حس أحياناً . ويمكن تمييز أشكال سريرية متنوعة هي :

السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية Cystic Basal Cell Carcinoma :

المرادفات : القاعدوم الكيسي .

يحدث كثيراً في منطقة الأجناف أو على الوجنتين . ويصل حجم الورم حتى ميليمترات قليلة . وهو ذو قوام طري نسبياً ، ويكون الجلد فوقه مشدوداً ويأخذ شكلاً مدوراً أو بيضوياً . لونه أبيض مزرق ، ويتغطى الورم الكيسي بتوسع شعريات . ويؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي أورام الملحقات الحميدة المختلفة مثل الأورام الكيسية العرقية الناتحة والمفترزة .

السرطانة قاعدية الخلايا السطحية Superficial Basal Cell Carcinoma :

المرادفات : سَرَطَاوي (كارسينويد) Arning ، السرطانة قاعدية الخلايا الباجيتانية أو الحمامية الشكل أو الإكريميوية .

في الوقت الذي تحدث فيه السرطانة قاعدية الخلايا التمثلية بشكل فردي في الأماكن المعرضة للشمس ، يوجد في حالة السرطانات قاعدية الخلايا السطحية آفات كثيرة عادة على الجذع . (راجع الشكل ٥٧ - ٨) . كما وتختلف الصورة السريرية أيضاً عن الصورة السريرية في الأنواع العادية للسرطانة قاعدية الخلايا . حيث تكون السرطانات قاعدية الخلايا السطحية على الجذع سطحية وتظهر ميلاً طفيفاً للنفاذ نحو العمق والتقرح . وهي تحدث بأحجام وأعداد مختلفة (أحياناً أكثر من ٥٠) ، وتبدو كبقع حمراء أو حمراء ضاربة للبي ، حاككة قليلاً في بعض الأوقات ، وذات حواف محددة غير منتظمة ، وعليها وسوف ناعمة أو جلبات صغيرة ، وتُدعى بالسرطانات قاعدية الخلايا الباجيتانية أو الإكريميوية . وتقود العقيدات اللؤلؤية الصغيرة القاسية المتوضعة في المحيط أو الحافة اللؤلؤية الشبيهة بالحيط إلى التشخيص الصحيح . وتنمو السرطانات قاعدية الخلايا السطحية ببطء وإنذارها أفضل من بقية السرطانات قاعدية الخلايا . وهي تنشأ أحياناً نتيجة لتناول الزرنيخ بعد فترة كمون من ٢٠ - ٣٠ سنة . حيث كانت معالجة الصدف بالزرنيخ شائعة نسبياً في الماضي . ومن المصادر الأخرى الممكنة للزرنيخ مياه الشرب الملوثة بالزرنيخ (مياه الآبار) وما يُدعى بمشروب بيت تاجر الخمر (أملاح الزرنيخ كمييدات الهوام في الكروم) . وأكثر ما تُلبس بالتشخيص التفريقي مع الإكزيمة التمية والصداف أو داء بوفن Bowen . ويجب أن تُجرى خزعة في كل الحالات المشتبهة .

السرطانة قاعدية الخلايا العملاقة Giant Basal Cell Carcinoma :

المرادفات : القاعدوم العملاق .

معروف والعظم . ومن المضاعفات المعروفة انفصال لعروف وتآكل الأنف والجيوب الوجنية والجبهة والفك السفلي . (راجع الشكل ٥٧ - ٥) . وتحدث السرطانات قاعدية خلايا الجادة هذه بشكل مفضل على الفروة وفي منتصف توجه ، وهي غالباً نتيجة للتردي وإهمال المريض . ورغم من أنها تنجم أحياناً أيضاً عن المعالجات المتكررة غير مناسبة . وفي هذه المرحلة تكون السرطانة قاعدية الخلايا مهددة للحياة بسبب الميل للتآكل والتزف والمضاعفات التحمية إذا انتقلت الجمجمة . ورغم كون التخريب الورمي محي شديداً جداً فلا يوجد ميل أو ثمة ميل قليل عادة لانتقالات اللمفية أو الدموية .

السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة Pigmented Basal Cell Carcinoma :

المرادفات : القاعدوم المصطبغ .

هي غالباً سرطانة قاعدية الخلايا مسطحة بلون بني أو أسود ، وكثيراً ما تكون منخسفة المركز وضمورية . وعلاماتها التحطية هي قوامها المكتنز إلى قاسي ، ومحتواها المتبدل من الملانين ، وسطحها اللعاع غير المستوي ، وتوسع الشعريات . ومن المهم تمييزها عن الملانوم الخبيث ، والوحمة وحمة الخلايا انصطبة ، والوحمة الزرقاء ، والتقران الوعائي ، والتقران المثلثي انصطبي ، والشوكوم الملاني . ويجب أن تعامل في الحالات المشكوك بها كما لو أنها ملانوم خبيث . (راجع الشكل ٥٧ - ٦) .

السرطانة قاعدية الخلايا القشعية الشكل Morpheiform Basal Cell Carcinoma :

المرادفات : القاعدوم التصليبي الجلدي الشكل Sclerodermiform Basaloma .

تحدث عادة على الوجه أو الأنف أو الجبهة أو الوجنتين ويصعب كشفها في أحيان كثيرة . (راجع الشكل ٥٧ - ٧) . وتكون مرتفعة بشكل طفيف ومسطحة ، وذات لون أبيض أو مصفر ، وتبدي توسع شعريات . والتقرح نادر . ويؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي كل من الظهاروم الشعري والتصلب الجلدي المحدد (القشعية) والندبات .

السرطانة قاعدية الخلايا الجدرية Keloidal Basal Cell Carcinoma :

المرادفات : القاعدوم الجدري الشكل .

تشبه الجدرات ، ولذا يجب بذل انتباه خاص للقصة المرضية في هذه الحالات .

المعالجة : نفس معالجة السرطانات قاعدية الخلايا . وتجري محاولة وقائية بالايترينينات .

قاعدوم نتف الشعر

(Trichotillobasaloma (١٩٥٤ Hoffmann) :

يمكن أن تحدث السرطانات قاعدية الخلايا مُحرّضةً بالتخريش الآلي المتكرر مثل نزع الشعر المستمر من نفس المنطقة . وتظهر معظمها على الذقن أو الشفة العليا . وتمتد هذه السرطانات قاعدية الخلايا من ظهارة جريبات الأشعار الانتهائية ، وتظاهر على شكل عقيدي سريري .

الأعراض : تُسببُ السرطاناتُ قاعدية الخلايا إزعاجاً بسيطاً . ويلاحظ في بعض الأوقات حكة أو خلل حس .

التشريح المرضي النسجي :

تتألف السرطانة قاعدية الخلايا من نسيجين مختلفين وهما جزء ظهاري (أديمي ظاهر) ويُمثَلُ مَتْنٌ (بَرَانشِيم) الورم ، والمَطْرِق Matrix الخاص (جزء أديمي متوسط) . وتكون البشرة التي تلو السرطانة قاعدية الخلايا ضامرة عادة وكثيراً ما تتآكل أو تتقرح . وتنشأ الخلايا القاعدانية المتكاثرة للداخل Endophytically من البشرة بين الجريبة أو الظهارة الجريبة ، ولكن فيما بعد تتكاثر للخارج Exophytic أحياناً . وتشبه خلايا الورم الخلايا القاعدية الطبيعية بنواها البيضية الكبيرة الأيسسة . وتُميز الأيسسة Basophilia البارزة الورم عن البشرة الطبيعية . ومن المميز وجود اصطفااف الخلايا بنمط السياج Palisade - type على حواف أعشاش الخلايا الورمية في حين تكون متوضعة بشكل غير منتظم في المركز . والانقسامات الفتيلية Mitoses أكثر تواتراً في مَتْن الورم . ويوجد عادة فَلَاح Cleft يحيطي بين الورم والنسيج الضام ناجم عن انكماش السَدَى Stroma عن نسيج الورم بفعل التثبيت . وغالباً ما يوجد تفاعل النهائي في السَدَى .

يختلف تمايز السرطانات قاعدية الخلايا بشكل غير عادي . وقد يكون باتجاه بَنِيَات غذائية مثل الغدد الزهمية أو العرقية ، أو باتجاه بَنِيَات الشعرة .

يبقى الغشاء القاعدي سليماً عادة كما يُستدل من التفاعلية المناعية للامينين laminin خارج الخلوي والكلاجين النشط IV . وتكون الصفيحة القاعدية أحياناً متشخنة بشكل غير عادي حول كل جزر السرطانة قاعدية الخلايا المرتشحة . وبالعكس فإن السرطانات قاعدية الخلايا المولدة للنسيج الليفي Desmoplastic تملك خواص واحدة لتكس الغشاء . وتبدي هذه السرطانات قاعدية الخلايا التليفية أو الشبيهة بالقشعية عيوياً كبيرة في الصفيحة القاعدية والتفاعلية المناعية للغشاء

هذا تعبير سريري يصف السرطانات قاعدية الخلايا ذات الحجم الكبير التي يصل قطرها إلى ١٠ - ٢٠ سم أو أكثر . ويمكن لحجم الورم الكبير بالإضافة إلى النخر المركزي ألا يشيرا أولاً إلى السرطانة قاعدية الخلايا .

الورم الظهاري الليفي (Pinkus ١٩٥٣) : Fibroepithelial Tumor

المرادفات : الورم الظهاري الليفي ما قبل الخبيث ، ورم الخلايا القاعدية .

تقوم هذه التسمية أساساً على الملاحظة النسيجية بوجود تفاعل نسيج ضام أرومي ليفي واضح حول متن السرطانة قاعدية الخلايا . وبالتالي يكون الإنذار أفضل منه في السرطانات قاعدية الخلايا الأخرى . وهي تحدث عند الأشخاص المسنين في الخَلَّة Hypogastrium ، أو المنطقة القطنية أو على الجانب الأنسي للفخذ ، وتظهر كورم أو أورام مرتفعة أو منبسطة ، بلون الجلد وأحياناً مائلة للأحمر ، ومعتدلة القساوة . وتشبه الأورامُ سريريا معظم الأورام الليفية اللاطئة . وهي تبدي ميلاً قليلاً جداً للتقرح .

متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا

Basal Cell Nevus Syndrome : [Caro و Howell
١٩٥٩ ، Gorlin و Goltz ١٩٦٠] .

المرادفات : متلازمة غورلين - غولتز ، السرطانة قاعدية الخلايا الوحمانية ، الورم العدسي Phakomatosis الخامس .

هي مرض جهازى وحماني وراثي جسدي سائد . وتوجد فيها أطوار وحمانية وأطوار مكونة للورم . تتشكل في الطور الوحماني أورام متعددة بلون الجلد أو مائلة للون البني ، أو أورام كيسية ثابتة تتطور أثناء الطفولة أو عند البلوغ على الجذع ، والوجه والعنق والمنطقة حول الأذن ، وحول الشرج ، وعلى الأجزاء الدانية للأطراف . ويحدث فيها أحياناً تقرح وتجلب . والانتقال بطيء إلى الطور المكون للورم ، ويكون عادة عند بلوغ العشرين من العمر ، حيث تصبح السرطانات قاعدية الخلايا نموذجية سريريا ونسجياً . وتشكل التغيرات المترقية البطيئة مشكلة طبية أو علاجية حقيقية ، ويصاحبها تشوهات أخرى ، مثل الشذوذات العظمية (كيسات في الفك السفلي مع ميل للاستحالة الخبيثة ، أضلاع مشقوقة ، داء الجنف الحدائي Kyphoscoliosis ، شوك مشقوق خفي ، إلخ .) ووهداث (سرطانات قاعدية الخلايا) في الراحتين والأخمصين ، وجسر أنف عريض ، وأورام ليفية في المبيضين ، وتباعد العينين ، وغياب جزئي للجسم الثفني ، وتكلس منجل المخ ، إلخ .

تعدني . ويجوز أن يحدث غزو حقيقي للورم .
والنتيجة توجد نماذج نسيجية عديدة منها :

- عمت solid .
- لعني Adenoid .
- سطحي متعدد المراكز Superficial Multicentric .
- كيسي Cytic .
- مصبغ Pigmented .
- حشري Keloidal .
- تنصبي الجلدي الشكل (الشبيه بالقشعية)
- Sclerodermiform (Morphea - like) .
- حورننسيج الليفي Desmoplastic .
- قشري Keratinizing .
- تحكس Calcifying .
- تحصه Ossifying .
- ترسب النشواني Amyloid Deposition .
- مغزلي خلايا Spindle cell .
- حبيبي Granular .
- بوفاني Bowenoid .
- شبيه بورم أم الشعرة Pilomatricoma - Like .
- تميز الجريسي (الشبيه بالظهاروم الشعري
- Trichoepithelioma - Like) .
- نمط تمايز الغدي الزهمي .
- نمط تمايز الغدي العرقي الناتج .
- ميناوي Adamantinoid (كما في الميناووم
- Adamantinoma أو Ameloblastoma) .
- لأسطواناني Cyliindroid .
- قنوني Syringoid .
- موسني Mucinous .
- متبدل النمطية من النمط المختلط Metatypical of mixed
- type .
- متبدل النمطية من النمط المتوسط Metatypical of
- Intermediate type .

وحواجز النسيج الشحمي تحت الجلد ، وتخرب الغضروف والعظم .

تبدلي السرطانات قاعدية الخلايا المتبدلة النمطية بعض المظاهر النسيجية والسريرية الخاصة .

السرطانة قاعدية الخلايا متبدلة النمطية من النمط المختلط :

المترادفات : الظهاروم البِلَاطِي Pavimenteux المختلط (Ferrand و Darier) .

هذا الورم واحد من مجموعة السرطانات قاعدية الخلايا . والسرطانة قاعدية الخلايا المتبدلة النمطية في هذا النمط لا تختلف في توزيعها وشكلها عن السرطانات قاعدية الخلايا النمطية . ويمكن وضع التشخيص نسيجياً فقط . وتتألف من جزم سرطانية قاعدية الخلايا تُطَوَّقُ مركبات خلايا شائكة ولآلئ قرنية خطلة التقرن . وإن التوافق بين السرطانة قاعدية الخلايا والسرطانة وسفية الخلايا نادر جداً .

السرطانة قاعدية الخلايا متبدلة النمطية من النمط المتوسط :

المترادفات : الظهاروم البِلَاطِي Pavimenteux المتوسط (Ferrand و Darier) .

يتألف هذا الورم من خلايا ليست محددة من نمط السرطانة قاعدية الخلايا ولا من نمط السرطانة وسفية الخلايا ، وهي لذلك متوسطة بينهما . ولا يمكن رسم حد فاصل واضح يميز بين السرطانة قاعدية الخلايا المتمايزة والمتكاثرة وبين السرطانة وسفية الخلايا غير المتمايزة . وهذا الورم مخرب وذو مقدرة على الانتقال . وينشأ في أحيان كثيرة من سرطانة قاعدية الخلايا على الأنف معالجة بالأشعة بشكل غير كافٍ . ويصادف نمط الورم هذا في كثير من حالات ما يُسمى بالسرطانات قاعدية الخلايا الانتقالية . وحساسية الورم للأشعة منخفضة . ويجب أن تقيم السرطانات قاعدية الخلايا المتبدلة النمطية بحذر مع الاهتمام بالمعالجة المطلوبة وهي الجراحة الواسعة المراقبة مجهرياً .

التشخيص والتشخيص التفريقي للسرطانة قاعدية الخلايا :

التشخيص : يمكن دائماً على الأغلب تشخيص السرطانات قاعدية الخلايا اعتماداً على المظاهر السريرية النمطية لها ، أي الورم المسطح الشمعي اللون ذو الحافة اللؤلؤية وتوسع الشعريات . ويجب في الحالات المشتبهة أن تجرى خزعة بالمشروط قبل المعالجة ، إذا لم يكن الاستئصال الكامل ممكناً .

التشخيص التفريقي : يعتمد على الشكل السريري . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار كل من التفرانات المثية ، وداء بوفن ، والتفرانات السفعية ، والليفوم الأنفي (الليفوم الوعائي

يمكن أحياناً أن توجد أنماط تمايز متنوعة ضمن السرطانة قاعدية الخلايا الواحدة ، مثال : وجود أجزاء مُصَمَّنة أو عدنية أو شبيهة بالأقنية أو زهمية أو شعريه أو مصطبغة .

تُظهر سرطانة قاعدية الخلايا التصليبية الجلدية الشكل تميزاً ضعيفاً . فيمكن أن تنمو أعشاش هذه الأورام من دون لاصطاف بنمط السياج ومن دون فلولح سلوية Stromal . وقد يوجد أحياناً ارتشاح خفيف بالمفاويات والمنسجات أو أن يكون غائباً . وهي تنمو بشدة ضمن جزم الكلاجين

للأنف) ، والأورام الكيسية أو المصمتة الحميدة للغدد العرقية الناتجة والمقرتزة ، والشوكوم الملاني ، وأيضاً الملانوم الخبيث في حالة السرطانات قاعدية الخلايا المصطبغة . ويجب في كل حالة مشبهة أن تجرى خزعة أو خزعة استقصائية .

معالجة السرطانات قاعدية الخلايا

: Treatment of Basal cell Carcinoma

تعتمد المعالجة على حجم وتوضع الورم . وتوجد عدة طرائق موثوقة . ويتم طريقة المعالجة حسب الخبرة الشخصية للطبيب وثقته بمدى تمكنه من أساليب المعالجة المختلفة .

يحدث النكس بسبب بقاء أجزاء من السرطانة قاعدية الخلايا في أقل من ٥٪ من الحالات ، بغض النظر عن المعالجة المتخذة . كما يعتمد قرار شكل المعالجة جزئياً على المريض . وينصح بالمداواة بأشعة X اللينة ضعيفة النفاذية soft X-ray في المرضى المسنين أكثر من المرضى الشباب . وإن خطر حدوث ورم جديد (سرطانة قاعدية الخلايا أو تفران سفعي أو سرطانة وسفية الخلايا) ناشئ على التهاب جلد شعاعي مزمن (جلد رونتجيني Rontgenoderm) ، يكون هنا محدوداً بسبب قصر العمر المتبقي . وإن التعرض المزمّن للأشعة فوق البنفسجية للجلد المعالج مسبقاً بأشعة X يحرض على تشكل الورم . يمكن أن تعالج السرطانات قاعدية الخلايا على الأجناف بأشعة X الضعيفة النفاذية أو بالمعالجة القرية ، ولكن لا تطبق هذه المعالجة عادة على أورام ظهر اليدين أو الأطراف . وإن المرضى الشباب الحساسين للضوء ذوي الجلد من النمط I و II أقل ملاءمة للمداواة بأشعة X منها بالاجراءات الجراحية لأنهم عرضة لخطر حدوث أورام جديدة .

الاستئصال الجراحي :

هو أشيع أشكال المعالجة . وتستأصل السرطانات قاعدية الخلايا الصغيرة بشكل كامل مع هامش أمان من النسيج السليم بمقدار ٥ ملم إذا سمحت بذلك طبوغرافية الجلد . ويمكن أيضاً معالجة السرطانات قاعدية الخلايا الأكبر بنتائج تجميلية جيدة وذلك بتقنيات متنوعة للجراحة الرأبئية Plastic . وتتطلب السرطانات القاعدية الواسعة والمتقرحة (القرحة الشاقبة) الغازية للأنسجة الرخوة والعظام عمليات جراحية جذرية . ويوصى بالتعاون مع اختصاصي الجراحة الآخرين . ومن الضروري الحصول على دليل نسجي لمعرفة ما إذا كانت السرطانة قاعدية الخلايا قد استؤصلت كاملة .

أشكال خاصة للمعالجة :

تكون السرطانات قاعدية الخلايا أحياناً ممتدة جانبياً وللعق أبعد مما هو محدد سريرياً ، ولا يمكن معرفة اتجاه هذا الترقى قبل

العمل الجراحي ، ولذلك من الضروري في حالات فردية إثبات كمال الاستئصال الجراحي بالفحص النسيجي المتواصل ثلاثي الأبعاد . وإن الجراحة المراقبة مجهرية هي طريقة المعالجة الوافية بالفرض . وهناك تقنيتان متوفرتان :

الجراحة الكيميائية [Mohs ١٩٤١ ، Schreus ١٩٥١] :

تتضمن طريقة Mohs الفحص النسيجي الكامل للنسيج المستأصل ، ويتم تكفل الاستئصال الموثوق لمثل الورم مع الحماية المثل للمناطق غير المصابة . وتشمل طريقة الجراحة الكيميائية الأصلية ، كما وصفها Mohs ، على تثبيت النسيج في موضعه بعجينة كلوريد الزنك ٤٠٪ كخطوة أولى . وبعد ٣ - ٤ ساعات يمكن استئصال النسيج المثبت دون نزف أو ألم . وإن التثبيت يحد ذاته مؤلم جداً ولذلك نادراً ما تُستخدم هذه الطريقة الآن . وإن طريقة الاتكالك السريع بالزنك (Schreus) مرضية بالأيدي الخبيرة . وبعد إزالة السرطانة قاعدية الخلايا بالتجريف أو بمشط حاد يطبق محلول كلوريد الزنك المائي ٥٠٪ . وهذا الإجراء لا يسمح بالفحص النسيجي .

الجراحة الكيميائية المعدلة لموس Mhos باستخدام النسيج الطازج (Fresh) : استبدل التثبيت الجراحي الكيميائي بكلوريد الزنك بتقنية النسيج الطازج Fresh-tissue بشكل واسع . حيث استغني عن التثبيت المسبق للنسيج في الحي In vivo ، لتستأصل منطقة الورم تحت التخدير الموضعي . ثم تُقطع المادة المستأصلة أفقياً إلى مقاطع متسلسلة وتفحص طبغرافياً . وتُعلم حواف المادة بأصبغة لا تنحل بالماء تميزها ثانياً في المقاطع النسيجية . وتُقطع مادة الخزعة على مراحل إما في حالة التجميد أو بعد التثبيت الطبيعي . ويرفق الفحص النسيجي لهذه المقاطع الأقفية بالتعليم أو التخطيط الطبغرافي للورم بهدف اقتفاء الحدود المحيطية بدقة واستئصالها بشكل كامل . وإن استطبابات هذه الطريقة المضنية جداً للجراحة المراقبة مجهرية هي نكس السرطانة قاعدية الخلايا وقصة المرض الطويلة ووجود النمط التصليبي الجلدي الشكل . والطريقة مناسبة أيضاً للسرطانات قاعدية الخلايا البدئية في توضعات طبغرافية معينة ، مثال : منطقة العينين أو جسر الأنف أو مجرى الأذن . وهي تؤمن تقدماً جوهرياً في معدل الشفاء لخمس سنوات في السرطانات قاعدية الخلايا الصعبة .

التجريف والتجفيف الكهربائي Curettage and

Electrodesiccation : هذه الطريقة يفضلها أطباء الجلد الأمريكيين بشكل خاص . وهي ملائمة للسرطانات قاعدية الخلايا الصغيرة البدئية والسطحية على الجذع وخصوصاً لدى المرضى المسنين . ويجب أن يؤكد التشخيص نسيجياً قبل بدء

المعالجة . ومساوئها هي عدم إمكانية القيام بالفحص النسيجي لمعرفة ما إذا أزيل الورم كاملاً .

المعالجة القريّة Cryotherapy : يمكن إجراء تجميد لمن الورم باستخدام الآزوت السائل . ويعتبر بعض المؤلفين طريقة العلاج هذه بأنها الأفضل . ومن الضروري إثبات التشخيص نسيجياً بشكل مسبق .

المداداة بالأشعة Radiotherapy : يجب أن يؤكد التشخيص السريري نسيجياً قبل المداداة بالأشعة . وتستعمل إما أشعة X ضعيفة النفاذية أو الإلكترونات المسرعة ، وتستخدم الأخيرة بشكل رئيسي في السرطانات قاعدية الخلايا على الأنف وفوق العظام . ويجب ، في كل الحالات ، أن يحدد نوع ومقدار الأشعة حسب حجم الورم وتوضعه . وبشكل عام ، وجد أن استخدام المداداة بأشعة X ضعيفة النفاذية والمجزأة إلى جرعات كل منها (٣ - ٥ غراي) حتى الوصول لجرعة كلية ٥٠ غراي تقريباً هي طريقة ناجحة ، وإن المعالجات الشعاعية لمرة واحدة بجرعة ٢٠ - ٢٥ غراي ممكنة فقط في السرطانات قاعدية الخلايا الصغيرة التي لا تتجاوز ٥ مم . ومن جهة أخرى تحدد الجرعة التراكمية حسب الحجم وتعادل ٣٠ - ٤٠ غراي للأورام التي يتجاوز قطرها ٢ سم ، و ٣٥ - ٥٠ غراي للأورام التي يتجاوز قطرها ٤ سم . وتستجيب السرطانات قاعدية الخلايا على الأجناف والأنف بشكل جيد للمداداة بأشعة X ضعيفة النفاذية . ويمكن أن يسوّى الورم جراحياً قبل الأشعة أحياناً . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد الشعاعي المزمن في كل مريض يخضع للمداداة بالأشعة . ومن المهم أن تمتد المعالجة بشكل كافٍ ضمن الجلد السليم (٠,٥ - ٠,٧ سم) لأن الأورام تمتد أكثر مما يُرى سريرياً . ويحتنب النكس بهذه الطريقة فقط . ويجب ألا تستخدم المداداة بالأشعة في معالجة السرطانات قاعدية الخلايا على الجلد المعرض للشمس في المرضى الشباب .

الريتنيويدات Retinoids : يمكن للمرضى بمتلازمة الوجهة قاعدية الخلايا والمرضى المصابين بسرطانات قاعدية الخلايا كثيرة (الورام القاعدي Basaliomatosis) أن يعالجوا وقائياً وعلاجياً بالريتينات ، وخصوصاً إذا كان حدوث هذه الأورام على صلة بأورام أخرى مثل الشوكوم القرني ، أو التقرانات السفعية ، أو السرطان وسفية الخلايا ، أو داء بوفن ، أو سرطان بوفن ، الناشئة من أذية سفعية للجلد أو معالجة مبكرة بالزرنيخ . وتتوفر حالياً الريتنيويدات العطرية الايتريتينات والايترتين والايزوترتينوتين (١٣ - مقرون - حمض ريتينويك) . ويمكن أن تتراجع الأورام الموجودة بشكل كامل أو جزئي ، وأن يحتنب ظهور أورام جديدة . ويجب ، على

الأرجح ، أن تكون الوقاية مدى الحياة . ويمكن أن تُحقق نفس الوقاية في المرضى المصابين بجفاف الجلد المصطبغ .

المعالجة الموقفة نمو للخلايا Cytostatic : لا ينصح عموماً بالمعالجة الموضعية بموقفات نمو الخلايا بمادة ٥ - فلوروراسيل ، ويجب أن تستعمل فقط في استطبابات معينة ، مثال : في حالة السرطانات قاعدية الخلايا على الجذع ، أو في المرضى الذين يرفضون طرائق المعالجة الأخرى (الجراحة ، الأشعة ، إلخ .) . وقد أثبت البليوميسين الجهازى فشله .

المتابعة والإنذار Follow - up and Prognosis :

يمكن أن تنكس السرطانة قاعدية الخلايا في المنطقة المعالجة بسبب بقاياها التي لم تزال ، كما يمكن أيضاً أن تنشأ سرطانات قاعدية الخلايا جديدة . ولا يمكن غالباً كشف السرطانات قاعدية الخلايا تحت الطعوم قبل أن تصبح عقيدية أو تنكس بحواف الطعوم المزروع . وإن كشف النكس تحت شرائح Splits الطعوم الجلدية أكثر سهولة منه تحت الطعوم كاملة الشخانة . ويجب متابعة أي مريض مصاب بالسرطانة قاعدية الخلايا لمدة طويلة كافية بهدف اكتشاف النكس بأسرع ما يمكن . ويجب أن تُجرى الفحوص مثلاً بعد ٢ و ٦ و ١٢ شهراً ، ثم كل ٦ - ١٢ شهراً لمدة خمس سنوات على الأقل . ويُقدر معدل الشفاء في السرطانة قاعدية الخلايا البدئية بين ٩٥٪ و ٩٩٪ ، أو ٩٢٪ تقريباً بعد نكس السرطانات قاعدية الخلايا .

إن أي مريض أصيب بسرطانة قاعدية الخلايا يملك خطراً أعلى إحصائياً للإصابة بسرطانات جديدة من المرضى الذين لم تظهر عندهم أبداً أية سرطانات قاعدية الخلايا . ولذلك كان من المطلوب المتابعة الدقيقة للكشف عن الأورام . ولكون ضوء الشمس عامل حقيقي في إحداث السرطانة قاعدية الخلايا لذا يجب تجنب أي تعرض غير ضروري للشمس . ويجب أن تتم الوقاية من الشمس بالملاابس الملائمة واستخدام واقيات الشمس المناسبة ذات عامل الوقاية ١٠ - ٣٠ ، والتي يجب أن تطبق بشكل دقيق .

السرطانة وسفية الخلايا

: Squamous Cell Carcinoma

المترادفات : الظهاروم شوكي الخلايا ، ورم شوكي Spinoloma ، السرطانة شوكية الخلايا .

التعريف : السرطانات وسفية الخلايا عبارة عن أورام ظهارية خبيثة تبدأ غالباً ضمن البشرة كسرطانة لابدة (في موضعها) in situ وترقى بعد فترة متغيرة من الوقت إلى أورام خبيثة غازية

الخلايا من ذوي الأنماط المصبغة الداكنة . ويتميز هؤلاء الأشخاص بالشعر الأشقر أو الأحمر والتمش غالباً والعيون الزرقاء أو الخضراء المزرققة . وإن السكان النرويجيين والإيرلنديين بشكل خاص هم المعرضون لهذا الخطر (المهاجرين في الولايات المتحدة الجنوبية وأستراليا) .

الإشعاع : يعتبر مقدار التعرض للأشعة فوق البنفسجية أثناء الحياة أهم عامل يحدد العامل الوراثي في حدوث السرطان وسفية الخلايا . وإن أكثر من ٩٠٪ من مجمل السرطانات وسفية الخلايا تحدث في أجزاء الجلد المعرضة للشمس بشكل مزمن ، أي على الوجه والشفة السفلى والعنق والأذنين وظهر اليدين (راجع الشكلين ٥٧ - ٩ و ٥٧ - ١٠) . وينتمي أغلب المرضى للسكان الريفيين . وإن متوسط عمر ظهور المرض هو بين ٦٠ و ٨٠ سنة . بل وأقل من ذلك في البلاد المشمسة . وإن الجلد يَتَوَنُّ كل أذية بالأشعة فوق البنفسجية يتعرض لها . ومع تقدم العمر وعندما يصبح جرعة الأشعة فوق البنفسجية عالية بشكل مناسب تظهر السرطانات وسفية الخلايا . ومن الأمثلة الأخرى : أذية الجلد السعفية بعد المداواة بأشعة X (التهاب جلد شعاعي مزمن) والتأثيرات المزمنة للحرارة (سرطان Kangri أسفل البطن في التبت ، سرطان أسفل الساق الناجم عن نار مواقد الفحم المفتوحة في إنكلترا) .

التبدلات الجلدية التنكسية والالتهابية المزمنة : تعتبر أذية الجلد المزمنة تيم عامل Cofactor مهم في تطور السرطان وسفية الخلايا . ولا تحدث السرطان وسفية الخلايا عادة على جلد طبيعي ، بل تحدث غالباً وعلى وجه الحصر على جلد ذي أذية مزمنة إما مباشرة أو عن طريق تشكّل آفة مقدمة السرطان . ويصادف خطر حدوث السرطان في جلد الأشخاص المسنين ، والبحارين ، والمزارعين ، ومرشدي الجبال ، وفي الندبات المشدودة ، ومع ضمور الجلد إلخ . وتظهر بشكل نادر على الندبات الرخوة وضمور الجلد غير التصليبي . وإن السرطان أكثر شيوعاً على الندبات التالية للتخثر والحرق ، وندبات الذأب الشائع المتصلبة ، وعلى التهاب الجلد الشعاعي المزمن ، وبخاصة ذات الصلة بقرحات الأشعة ، ولكنها تحدث بشكل نادر على ندبات آفات الذأب الحمامي الضمورية ، والتهاب جلد الأطراف المزمن المضمّر . وفي بعض الأحيان توجد السرطانات في قرحات الساق طويلة المد (١ تقريباً) وفي ٥٠٠٠٠ .

النواسير الدائمة (سرطانة الناسور) وفي العد المقلوب (قرحة Marjolin) ، إلخ .

إن أي ميل لاستمرار التكاثر الظهاري يُسهل حدوث السرطان مثال : الحزاز المسطح التآكلي في الأغشية المخاطية

حقيقية . وهي تنمو بطريقة مخربة وتنتقل بشكل رئيسي عن طريق الجهاز اللمفي . وإن العلامات السريرية الدالة على الخباثة هي النمو غير المحدود والتخريب النسيجي الموضعي والانتقال . وتزود العلامات النسيجية بالنمو النسيجي اللاعظمي Atypical . وتؤثر السرطان وسفية الخلايا بشكل عام على الصحة العامة ، وتسبب فقر دم ورمي Tumor Anemia وتؤدي أخيراً إذا لم تعالج إلى الموت .

الوَبَيَات : السرطان وسفية الخلايا في الجلد أقل شيوعاً من السرطانة قاعدية الخلايا (بنسبة ١/١٠ تقريباً) . وبما أن ١٠

السرطانة قاعدية الخلايا لا تصيب الأغشية المخاطية لذا تعتبر السرطانة وسفية الخلايا الورم الخبيث الأكثر تواتراً في الانتقال من الجلد إلى المخاطية وفي المخاطية نفسها . ويقدر الحدوث في مناطق خطوط العرض المعتدلة بحوالي ١٢ (رجال) أو ٦ (نساء) لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان كل سنة ، ولكنه أعلى بكثير في المناطق المشمسة (٣٣ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان في تكساس و ٥٠ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان في أستراليا) .

الإمراض : تعرف عوامل عديدة إمراضية أو مؤهبة لحدوث السرطان وسفية الخلايا (انظر الجدول ٥٧ - ١) .

السبب	السنة	المؤلف
القطران (سرطان الصفن عند منظمي المداخن)	١٧٧٥	Pott
الزرنخ	١٨٢٢	Paris
الندبات المشدودة	١٨٢٨	Marjolin
ندبات الحروق	١٨٦٠	Heurtreux
ضوء الشمس	١٨٧٥	Thiersch
قطران الفحم الحجري	١٨٧٦	Volkman
زيت اليرافين	١٨٧٦	Bell
ضوء الشمس	١٨٩٤	Unna
أشعة X	١٩٠٢	Friebe
كريوزوت (قطران الزان)	١٩٢٠	O'Donovan
Guaiacum (كريزول)	١٩٣٠	Heller
معالجة البوفا PUVa	١٩٧٩	Stern وآخرون
الحماة الحليمومية الإنسانية	١٩٨٢	Ostrow

جدول ٥٧ - ١ : الأسباب المحتملة للسرطان وسفية الخلايا

وراثية : يبدي الأشخاص ذووا الجلد الفاتح المنخفض الحماية بالميلانين والحساس للشمس (نمط I و II) ميلاً أكبر لحدوث الأدواء مقدمة السرطان Precanceroses والسرطانات وسفية

المزمن أو التهاب اللسان الخلالي الإفريقي أو الحزاز التصليبي الضموري في الفرج أو القضيب .

المسرطنات الكيميائية *Chemical Carcinogens* : يوجب التعرض الخارجي المنشأ المستمر لمسرطنات معينة لحدوث السرطانات وسفية الخلايا في الجلد . وتوجد زيادة في خطر حدوث السرطانات وسفية الخلايا في مجموعة معينة من المهن : العمال في مصافي الزيوت وفي صناعة قطران الفحم الحجري ، وعمال الطرق الذين يشتغلون بالقطران ، والعمالين باستخلاص الزرنيخ ومعاملته ، وفي التعدين والتعرض للأسبستوز (الأميت) . ويوجد أيضاً خطر من قطارات قطران التبغ (سرطان الرئة عند المدخنين) والتماس مع السخام (سرطان منظمي المداخن) . ويعتبر الزرنيخ عون مسرطن *Cocarcinogen* إذا وجد بتركيز عالية في الآبار أو ماء الشرب .

وبالنسبة للمرضى الذين تناولوا الأدوية المحتوية على الزرنيخ لأسباب طبية يمكن أن تتطور لديهم ليس فقط سرطانة جلدية فحسب ، بل وسرطانة في السبيل المعدي المعوي أو الجهاز التنفسي أو المشكلة أو الكليتين .

التثبيط المناعي *Immunosuppression* : كثيراً ما يُظهر متلقوا الطعوم الإسوية *Allografts* (كلية ، قلب ، إلخ .) زيادة في تواتر حدوث الأورام الخبيثة مشتملة السرطانات وسفية الخلايا . ويلاحظ نفس الشيء أيضاً في المرضى المثبطين مناعياً لأسباب أخرى مثل الممرض *AIDS* . ويترافق التثبيط المناعي مع الأنحماج الحموية أحياناً .

الأنحماج الحموية *Viral Infections* : تترافق الحمات الحليمومية الإنسانية - غالباً النمط ١٦ - مع زيادة خطر حدوث السرطانة وسفية الخلايا . وتوجد حالات كثيرة موثقة عن سرطانة القضيب والصفن والفرج واللسان والمثانة .

عوامل متفرقة *Miscellaneous* : يزيد التشارك بين الإدمان على الكحول - خصوصاً المسكرات المركزة - والتدخين من خطر حدوث سرطانات متعددة البؤر في التجويف الفموي والبلعوم والمري والتي تشاهد بشكل رئيسي في النساء .

الموجودات السريرية : تبدأ السرطانة وسفية الخلايا في كثير من الأحيان على هيئة فرط تقرن ثؤلولي صغير ومرتفع قليلاً بلون رمادي أو أصفر مائل للبني لا يستدعي الانتباه . ويكون النمو في البداية ثابتاً غير مؤلم . وينمو الورم من قَدِّ ميليترات قليلة إلى سنتيمتر ثم يكبر بسرعة . ويمكن أحياناً غَصْرُ مادة مصفرة تشبه العجينة من الأورام الكبيرة تدعى بالوديدة *Vermiotte* ، والتي تتألف نسيجياً من خلايا ورمية متقرنة أو

من لآلئ قرنية . وقد يبقى الورم المتحجر غير مؤلم . ويمكن أن يترق نموه بسرعة حيث يحدث نخر تقرحي شديد . ولا يعف الورم عن الأنسجة الرخوة أو الغضروف أو العظام . وينتقل أولاً إلى العقد اللمفية الناحية وفيها بعد إلى الأعضاء الأخرى . تكبر العقد اللمفية وتقسو ثم يشمل الورم في وقت لاحق محيطها فتصبح ثابتة . ويمكن للعقد اللمفية أن تتفقر وتنوسر . ويمكن أن يحدث الخمج الجرثومي العارض موضعياً ومجموعياً فيما بعد . وقد يؤدي النزف الذي لا يمكن السيطرة عليه أو التهاب السحايا التالي لتدمير قبو القحف إلى الموت .

يختلف تواتر انتقالات السرطانة وسفية الخلايا جوهرياً من . : - ٥٠٪ حسب غط الورم وتمايذه . وتظهر السرطانة الكشمية الناشئة على ندبات الذأب الشائع أو التهاب الجلد الشعاعي ميلاً خاصاً للانتقال . ويتراوح معدل الانتقالات في مرضانا من ٠,١٪ - ٢,٥٪ .

الإنذار : يعتمد على توضع الورم وحجمه ودرجة تمايزه . والإنذار سيء نسبياً في سرطانة اللسان والفرج والقضيب . ويمكن أن تشفى السرطانات الجلدية التي يتراوح قَدُّها بين ٢ - ٣ سم في ٩٠٪ من الحالات تقريباً ، ولكن الإنذار يصبح أسوأ بشكل واضح في الأورام الأكبر . وإن السرطانة وسفية الخلايا المشابهة أكثر للبشرة في بنائها النسيجي - يعني الأكثر تمايزاً - هي الأقل ميلاً للانتقال .

التشخيص التفريقي : يشمل التقرن السفعي (الشمسي) ، والشوكوم القرني ، والثؤلول الشائع ، وذاء بوفن ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والتقرانات المثية ، وورم خلل التقرن الثؤلولي ، وفرط التنسج البشري الظاهري الكاذب ، والملائوم الخبيث اللاملائي ، وأورام خلايا ميركل . ويضاف لذلك أورام عديدة لجريبات الغدد الزهمية ، والغدد العرقية الناعمة والمفتزة ، وجريبات الأشعار الانتائية التي يمكن تصنيفها نسيجياً فقط كأورام حميدة أو خبيثة . والأمثلة على ذلك : غدوم الغدد الزهمية ، والكيسوم العرقى الناتج ، والورم المسامي ، وكيسات غمد الشعرة الخارجي المتكاثرة ، وأورام غمد الشعرة الخارجي المتكاثرة . ويزود الفحص النسيجي بالقرار كما هو الحال دائماً في تشخيص الأورام .

التشريح المرضي النسيجي : تنشأ كتل الورم غير المنتظمة من البشرة أو الأجزاء المتقرنة للظهارة الجريسية مع نمو مخرب ومرتشح ضمن الأدمة . وتكون الخلايا كبيرة وغنية بالهيولى بينما تبقى حدودها والجسور بين الخلوية مرئية كما في خلايا الطبقة الشائكة . وتميل هذه الخلايا للتقرن كخلايا الشائكة الطبيعية . وينجم عن ذلك تشكل كرات متقرنة من طبقات

وإن الأدوية مقدمة السرطان أو السرطانة الوصفية الخلايا البدئية في منطقة الشفة يمكن أن تحتاج لكشط الشفة (قَطْع الحافة القرمزية) ، حيث يزال سطح الشفة باتجاه أفقي وتُنقل مخاطية الشفة السفلى للأعلى كبديل للشفة وتقطب سوية مع الجلد . وتستأصل الأورام التي لا تتجاوز ثلث الشفة بشق أسفني أو ذي شكل W ، بينما تعالج الأورام التي تصل حتى ثلثي الشفة بتقنيات Burow و Bernard . ويجب في حالات معينة من أنماط السرطانة الوجهية أن تُزال العقد اللمفية الناحية وأن يُسَلَخ العنق من قبل طبيب الأنف والأذن والحنجرة أو الجراح الرأسي . (راجع الشكل ٥٧ - ١١) .

المدواة بأشعة X :

يمكن معالجة السرطانات الصغيرة المشخصة باكراً بنجاح بوساطة أشعة X اللينة ضعيفة النفاذية soft X-ray . وهي المعالجة المختارة في المرضى المسنين أو ذوي الأخطار الطبية الخاصة . ويتم اختيار نوع الأشعة حسب موضع وحجم الورم بالإضافة إلى درجة التمايز نسيجياً . وتتراوح الجرعات الفردية بين ٣ و ٥ غراي يومياً ، والجرعات التراكمية من ٥٠ - ٨٠ غراي . ويجب ، في حالة الأورام النامية للخارج ، أن تُسَطَّح أولاً بالكشط بالمشروط أو بالجراحة الكهربائية . وتعالج سرطانات الشفة أو الجفن جيداً بأشعة X ضعيفة النفاذية .

إن السرطانات قرب الغضروف أو العظم أقل ملائمة لهذه المعالجة ، وبخاصة على ظهر اليدين أو القدمين . ويمكن لأطباء المدواة بالأشعة ، في حالات خاصة ، استخدام تقنيات شعاعية أخرى (بيتا ترون ، غاما ترون) .

الأدوية الموقفة لنمو الخلايا Cytostatic Drugs :

يمكن للسرطانات وصفية الخلايا عَصِيَّة الجراحة ، والأورام التي لم تستأصل كاملة جراحياً كسرطانة القضيب ، والسرطانات الانتقالية يمكن أن تعالج جهازياً بالبليوميسين . كما يمكن للمعالجة بالبليوميسين قبل العمل الجراحي أن تنقص من حجم الورم ، وبالتالي تحسن حالة العملية . ويوصى بالمشاركة مع أدوية المعالجة الكيميائية الأخرى (معالجة كيميائية متعددة) في حالات خاصة . وإن التعاون مع طبيب الأورام ضروري .

ويمكن أن تتم المعالجة الموضعية بحقن المركبات الموقفة لنمو الخلايا داخل الآفة أو تطبيقها فوق الجلد (الخردل الآزوتي أو ٥ - فلورويوراسيل) . ويحتفظ بهذه المعالجة لحالات خاصة فقط ، ولا زالت في الوقت الحاضر في طور التجربة .

الهرمونات : يوصي أطباء الأورام في أورام معدة مثل غدة الموتة

متراكزة ضمن الورم يطلق عليها اسم الآلىء القرنية Horn Pearls ، والتي تبدي قرنيّاً زجاجياً Keratohyalin ضمن تفرقن سوي التفرقن ، ولكن لا يوجد قرنين زجاجي في الآلىء القرنية خططة التفرقن . وأكثر ما تشاهد الخلايا الوصفية المتمايزة في حواف الورم النامية بسرعة غالباً . ويلاحظ وجود تعدد أشكال Polymorphism وكشم نووي ، وانقسامات فتيلية Mitoses لا نمطية ، ونوى مفرطة الكروماتين . ويوجد في كل الحالات تفاعلٌ سدوي واضح حول الكتل الورمية المتكاثرة مع تكسّدس اللمفاويات والخلايا البلازمية بشكل رئيسي ، والمنسجات والخلايا البدئية .

وتصنف درجة تمايز السرطانة وصفية الخلايا إلى أربع درجات حسب رأي Borders رغم ندرة استخدام هذا النظام اليوم . ويعتمد التصنيف على تزايد نسبة الخلايا غير المتمايزة التي لا تبدي أي ميل للتفرقن في آخر الأمر .

نسبة خلايا الورم غير المتمايزة :

درجة I $> 25\%$

درجة II $> 50\%$

درجة III $> 75\%$

درجة IV $< 75\%$

ويجب أن تُقيّم درجة تمايز أو عدم تمايز السرطانة وصفية الخلايا في المقاطع النسيجية ، وأن توضع نُصَبُ الأعين حين اختيار المعالجة . ولا يعتمد الإنذار على نسبة الخلايا غير المتمايزة فحسب بل وعلى حجم الورم والعمق الذي وصل إليه . ومن النادر وجود غزو تحت مستوى الغدد العرقية في الأورام منخفضة درجة الخبيث .

المعالجة : تتألف المعالجة بشكل أساسي من الإزالة الجذرية الكافية لكتلة الورم ضمن نسيج سليم مع المحافظة ما أمكن على البنيات الوظيفية . ويُستخدم كل من إجراءات الجراحة القرنية ، ومعالجة الليزر ، والجراحة المراقبة مجهرياً ، وإعادة البناء Reconstruction بالجراحة الرأبئية Plastic اعتماداً على التوضع .

الطرق الجراحية :

تستأصل الأورام الصغيرة في توضعات مناسبة مع هامش أمان مناسب من النسيج السليم ويغلق الجرح - أحياناً بطرق إضافية من الجراحة الرأبئية - . وتتطلب الأورام الأكبر في كثير من الأحيان إزالة كميات مهمة من النسيج ، مثال : الإصبع أو مفصل الأصمخ أو القضيب . ويجب أن تؤخذ في الحسبان النواحي الوظيفية بالإضافة إلى الحفاظ على أجزاء نسيجية هامة (مثل جزء متبقٍ لفصيص الأذن ضروري لحمل النظارات) .

والشدي بمعالجة وقائية بالهرمونات (استروجينات ، مضادات الاستروجين) .

المتابعة : يجب أن تستمر المتابعة لمدة خمس سنوات على الأقل . وتجرى في البداية بفواصل (١ و ٦ و ١٢ شهراً) وبعدئذ كل سنة . وإذا وُجِدَ شك بالنكس أو لوحظ نمو جديد يجب معالجته في الحال . وإذا مُيزت السرطانة البدئية أو النكس باكراً تزداد فرص الشفاء بشكل معتبر .

الأشكال الخاصة :

سرطانة الشفة : يتوضع ٦٥٪ من السرطانات وسفية الخلايا في مركز الوجه . ويصاب الرجال أكثر من النساء (٤٠ : ١) .

وتتوضع معظم السرطانات الوجهية على الشفة السفلى . بينما نادراً ما تصاب الشفة العليا بسبب قلة تعرضها للأشعة وفق البنفسجية الآتية من الشمس ، بينما تتلقى الشفة السفلى والمناطق المجاورة لها كمية أكبر من الإشعاع . وتتطور سرطانات الشفة على الأغلب من أدواء مقدمة السرطان : الطلوان (عند المدخنين خصوصاً مدخني الغليون ، وعند نافخي الزجاج والعاملين بالقطران) ، أو التهاب الشفة المزمن المقدم للسرطان ، أو التهاب الشفة ساحج Abrasive مقدم السرطان .

يبدأ تطور السرطانة بتشكّل وسفة ملتصقة قلماً يُشعر تحتها بجسوء في البداية ، ولكنه يُكشف فيما بعد . ويبدأ الورم أحياناً ككتل صغير مع قاعدة ثابتة . ويحدث في بعض الأحيان تفرح بدئي غير مؤلم ودون نمو للخارج ، وعلى أية حال يكون لهذا الورم قاعدة قاسية غير مؤلمة . وتوجد أحياناً عقيدة مُضمتة ثابتة تبدي تنخرأ في وقت لاحق ، ويكون نمو واتساع الورم أفقياً أولاً وشاقولياً بعد ذلك . وقد يبلغ التهاب الشفة السفعي التآكلي لمدة سنتيمترات عرضاً ويمكن أن يحتوي على جزء ورمي عقيدي صغير أو كبير . ويمكن أن تزداد الشفة عرضاً بنمو السرطانة النافذ للعمق ، وقد تنزاح زاوية الفم بكتلة الورم وبالنقائل للعقد اللمفية الناحية والبعيدة لاحقاً .

التشخيص التفريقي : يشمل الشوكوم القرني ، والطلوان الثلولي ، والثلول الشائع ، والقرح الإفنجي الأولي ، والورام الحليمي الفموي المزدهر . تصيب السرطانة قاعدية الخلايا الشفتين بشكل ثانوي فقط . وتستطب الخزعة في كل حالة . ويمكن للتلوين بأزرق التولودين أن يكون مساعداً في التشخيص الباكر .

سرطانة القضيب **Penis Carcinoma** : تتطلب سرطانة القضيب الكشف والمعالجة الباكرين بسبب إنذارها السيء .

وهي تتطور عادة في الأعمار بين ٤٠ و ٧٠ سنة ، وتتقي بتوضعها الوجه الظهري للحشفة والثلث الإكليلي والقلقة . ويقوم الأساس الإراضي لسرطانة القضيب على ثلاثة عوامل : اللّخن Smegma (المفرز الزهمي من القلفة) والالتهاب المتكرر بشكل مزمن ، والأدواء مقدمة السرطان . ومن النادر إصابة الذكور المختونين . (راجع الشكل ٥٧ - ١٢) .

يقدر حدوث سرطانة القضيب في الأحصنة بحوالي ٢٣٪ من جميع السرطانات . وتحدث في المخصيين - يعني النعوظ الناقص Missing أن الكيس القلبي غير مُنظف - أكثر بعشر مرات منها في غير المخصيين .

وقد تبين أن النقل التجريبي للمفرز الشحمي من القلفة (اللّخن Smegma) الإنساني إلى داخل المهبل في الفئران يُعرض حدوث السرطانة في ناحية العنق . والأدواء مقدمة السرطان هي : التنسج الأحمر Erythroplasia ، وداء بوفن ، والحزاز التصليبي الضموري . وإن التهاب الحشفة المتكرر المزمن في تضيق القلفة أو في المرضى السكريين هو عامل آخر مولد للسرطان .

ويبدو المظهر السريري لسرطان القضيب إما على شكل تكاثر حليمومي للخارج مع ميل للتخر أو كجسوء وتفرح مرتشح . ويمكن بالخزعة إثبات السرطانة نسيجياً إذا كان الانطباع السريري يدعو للشك . وإن غزارة الأوعية الدموية واللمفية للقضيب تعني وجود خطر جسيم لحدوث النقائل - كما هي الحال في اللسان - . وتحدث النقائل المبكرة في ٥٠٪ من الحالات تقريباً . وهي توجد بشكل رئيسي في العقد اللمفية الناحية (الأربية وجانب الأهر) ، في حين تكون الانتقالات عن طريق الدم أقل شيوعاً .

تتألف المعالجة من الجراحة والمداواة بالأشعة والتي تُكثف حسب المرحلة . ويعتمد هذا على امتداد وارتشاح السرطانة وحدوث النقائل . وتقتصر المعالجة في السرطانة قبل الغازية Preinvasive على استئصال المناطق المحدودة المشتبهة ، ولكن من أخرى قد تقتضي المعالجة البتر الجزئي للقضيب مع أو دون تسليخ العقد اللمفية . وتشمل التداوير الأخرى المعالجة بالليزر - ليزر CO2 على الأغلب - والمعالجة الموقفة لثمو الخلايا الجهازية بالبليوميسين .

سرطانة الفرج : تحدث عادة في النساء المسنات على الوجه الباطن للشر الكبير عند الانتقال للالتقاء مع الشر الصغير والبظر . ويمكن تمييز سرطانات مرتشحة ومتفرحة وحليمومية . ومثلما هو الحال في سرطانة القضيب ينشأ كثير من سرطانات الفرج على الحزاز التصليبي الضموري (يشار لها

ويُظهر نحو ٣ - ٥٪ من المرضى ذوي الأورام النقيية انتقالات جلدية ، والتي قد تكون العلامة الأولى للورم النقي . ويمكن أن تحدث النقائل الجلدية في أية طبقة من الجلد : خارجية أو جلدية أو جلدية وتحت جلدية أو تحت جلدية . وتأخذ عادة شكل عقيدات ثابتة بلون الجلد إلى حمراء ذات أحجام مختلفة لا تتقرح إلا نادراً جداً ، وسرعان ما تشاهد ويُشعر بها . وإن حدوث النقائل في طبقات الجلد المختلفة (النسيج الجلدية ، تحت الجلدية) في وقت واحد هي غمطية (راجع الشكل ٥٧ - ١٥) .

يمكن أن يوجد ارتشاح متركب في جدار الصدر والعنق وأعلى الذراع منشؤه سرطانية الثدي في النساء والرجال ، وأيضاً السرطانات الأخرى في ناحية الرأس والعنق (سرطانية مدرعة *Carcinoma en cuirasse*) . ويمكن أن يشير توزيع النقائل إلى غمط الورم البدني . فجدار البطن هو المكان الأكثر شيوعاً لانتقالات السرطانات من الرئتين أو المعدة أو الكليتين ، ومن المبيضين أيضاً . وإن النقائل لجدار الصدر في النساء تأتي غالباً من سرطان الثدي . والمكان الأكثر شيوعاً بالدرجة الثانية للنقائل من أورام بالرئتين أو الكليتين أو الثديين هو الفروة . ويليه جلد الظهر لسرطانية الرئة أو الثدي ، ومن ثم الأطراف والوجه والعنق (السرطانية القموية البلعومية ، السرطانية الكلوية) . وتنشأ السرطانات الغدية النقيية إلى الجلد عادة من الكولون أو الثديين أو الرئتين ، بينما تشتق السرطانات وسفية الخلايا النقيية من التجويف القموي أو الرئتين أو المريء . وتأتي الأورام غير المتمايزة بشدة من الرئتين أو الثديين . أما النقائل الجلدية الأكثر تكراراً فتأتي من سرطان الثدي ثم تليه سرطانات المعدة والرحم والرئتين والأمعاء والكليتين .

النقائل دموية المنشأ *Hematogenous Metastases* : يمكن أن تحدث في أي مكان ، وقد تكون مفردة أو متعددة . وهي أشيع في البطن والفخذ . وإذا كان الانتقال يملك البناء النسيجي للورم البدني فيمكن أن يُستدل على مكانه . وينطبق هذا بشكل خاص على سرطانات المعدة والكليتين والشجرة القصية .

النقائل لمفية المنشأ : تشاهد بشكل رئيسي في سرطانات الثدي ، ومهما يكن فالتمو بالاستمرار ممكن أيضاً . وتتألف النقائل نسيجياً من أوعية لمفية متوسعة ومسدودة بكتل خلوية ورمية (احتشاعات في القناة اللمفية) في الأدمة . ويمكن في سرطان الثدي ، وأحياناً الميلانوم الخبيث ، ملاحظة وجود حمامي حمراء ملتية تشبه الحمرة (السرطانية الحمراوية *Erysipelatoides* ، الحمرة السرطانية *Erysipelas* ، *Carcinomatousum* ، أو الحمرة الملانومية *Erysipelas Melanomatousum*) . وخلافاً للحمرة يوجد ترقق بطيء

بتعبير *Kraurosis* أو *طَلَوَانُ الفرج*) ، وداء بوفن (سرطان بوفن) ، والنسج الأحمر *Erythroplasia* أو داء باجيب خارج الثدي (سرطان باجيب خارج الثدي) . (راجع الشكل ٥٧ - ١٣) .

الإنذار سيء بسبب الميل الكبير للانتقال ولذلك يجب أن يُنجز الفحص النسيجي والمعالجة باكراً ما أمكن .

تشمل تدابير المعالجة النوعية استئصال الفرج ، والمعالجة بالليزر والاستئصال بالتخثير الكهربائي مع الشفاء بالمقصد الثاني ، والمداواة بالأشعة وموقفات نمو الخلايا الجهازية .

سرطان اللسان : يصاب الرجال أكثر بعشر مرات تقريباً من النساء . وتحدث سرطانية اللسان على التهاب مزمن (مثال الخزاز المسطح المخاطي ، الصمغ) ، أو الندبات المشدودة ، أو الطلوان ، أو الأشكال الأخرى الخاصة بالسرطانية التولوية (الورام الخليمي القموي المزدهر) . وتصاب الحواف الجانبية للسان أكثر من الذروة أو القاعدة . وتنشأ عقيدات قاسية أو جسومات تتبعها تقرحات تمتد إلى عمق مختلف ، وتكون أكثر إبلاماً . وتؤدي النقائل الباكورة بطريق الجهاز اللمفي إلى تورمات قاسية غير مؤلمة ، نامية بثبات في العقد اللمفية الناحية . ويشمل التشخيص التفريقي الصمغ الإفنجي في اللسان بالإضافة إلى أورام النسج الرخوة الحميدة والخبيثة . وإن إنذار سرطان اللسان سيء . ومن المناسب معالجة هذا النوع من السرطانية من قبل طبيب الأنف والأذن والحنجرة . (راجع الشكل ٥٧ - ١٤) .

تسرطن المساحة *Field Cancerization* : تحدث في ٢٨٪ من جميع سرطانات المخاطية القموية سرطانات مبعثرة متعددة البؤر (شكل الحقل) ، ويمكن لهذه السرطانات أن تصيب الشفتين والبلعوم والحنجرة والمري .

سرطانية بوفن *Bowen carcinoma* : تتطور سرطانية بوفن من داء بوفن الذي يحدث على الأماكن المعرضة للشمس ، بالإضافة إلى الجذع ، أو الناحية التناسلية (الفراغ القلبي ، الفرج) ، أو على ظهر اليدين ، أو بين طيات الأصابع ، أو على الأباخس ، أو بتوضع تحت ظفري في الأبخس الكبير غالباً . وتأخذ سرطانية بوفن في بعض الأحيان مظهراً صدافي الشكل أو تكون موجودة تحت قرن جلدي .

سرطانية الجلد النقيية أو الثانوية Metastatic or Secondary Carcinoma of the Skin

تنشأ السرطانات الجلدية الثانوية إما من أورام باطنية تنمو مباشرة على الجلد أو عن طريق النقائل الدموية أو اللمفية .

فقط ولا ترتفع درجة حرارة الجسم . وبعد أسابيع كثيرة يكتسب الاحمرار بدلاً أصفر اللون وبعدها يتسمك الجلد ويقسو . (راجع الشكل ٥٧ - ١٦) .

السرطانة المدرعة *Carcinoma en cuirasse* : تبدأ بحمامى لطخية ، خصوصاً من سرطانة الثدي ، وتحول إلى تورمات قاسية وارتشاحات معطية مظهراً مشابهاً لتصلب الجلد . وتنتشر التبدلات لتشمل الكتفين والظهر والذراعين . ويكتسب الجلد ، بإصابة الجذع بكامله ، مظهر صفيحة درع الصدر . ويمكن أن يحدث توسع شعريات بنموذج منتشر . وقد تحدث حويصلات كاذبة نطاقيّة الشكل (توسعات أوعية لمفية) وغو حليمومي ضمن هذا النمط الخاص للسرطان .

ويحدث التقرح والجلبيات النزفية في أمكنة كثيرة . ونسجياً ، تبدي هذه السرطانة وجود غزو لكامل الجلد بالخلايا الورمية بالإضافة للكتل السرطانية داخل الأوعية الليمفية .

الإنذار : سيء دائماً .

المعالجة : تعتمد بشكل جوهري على الورم البدني . فالنقائل الجلدية المنعزلة يمكن استئصالها ، في حين تعالج النقائل السطحية (السرطانة المدرعة إلخ) بالمداواة بالأشعة مع الحفاظ على الجلد ما أمكن (ييتاترون) . ويمكن أيضاً المعالجة بإعطاء المثبطات الخلوية . ويستطب التعاون مع الاختصاصيين الآخرين . واعتماداً على تعبير المستقبلات الهرمونية في الورم البدني أو النقائل يمكن أن تُعطى الهرمونات أو مضادات الهرمونات .

الفصل الثامن والخمسون

الملائنوم الخبيث

Malignant Melanoma

د. صالح داود ، د. هدى منيفي

الملائنوم الخبيث هو واحد من أخطر الأورام التي تعيب الجلد والأغشية المخاطية ، ولا يتميز سلوك هذا الورم بالغزو الموضعي فحسب ، بل يتميز بشكل أكبر بميله الواضح والباكر في أحيان كثيرة لإحداث نقائل لمفاوية و/أو دموية المنشأ ، وما ينجم عن ذلك من نتائج مميتة . يتألف الملائنوم الخبيث من خلايا الورم الملاني التي يمكن أن تعتبر شكلاً خبيثاً من نظام الخلايا المنتجة للملاني (الخلايا الملانية) في الجلد . والخلايا الملانية الطبيعية هي خلايا مفردة متحركة تهاجر أثناء مرحلة تكون الورم Ontogenesis من العرف العصبي إلى أماكن إنتاج الملانين . وهي لا تنمو في الأوساط النسيجية (كما هو الحال في البشرة) كما أنها لا تملك اتصالات بين خلوية ، وهي تظهر ميلاً للعزل بعد الانقسام الفتيلي .

تملك خلايا الملائنوم الخبيث هذه الخصائص الكيميائية الحيوية أيضاً وهي تفسر الانتشار الباكر للخلايا الورمية وخاصة إلى الأوعية اللمفية رقيقة الجدار في الأدمة العليا . ومن الجدير بالملاحظة أيضاً أن الجسد ينتج استجابة مناعية معتدلة نحو الملائنوم الخبيث . ومن الثابت أن خلايا الملائنوم الخبيث لا تعتبر خلايا غريبة بالنسبة للجهاز المناعي .

الحدوث : يصيب الملائنوم الخبيث العرق الأبيض بشكل أكبر . وهو نادر جداً لدى السود . أما نسبة حدوثه في البلاد الأوربية فتبلغ ٤ - ١٤ / ١٠٠,٠٠٠ من تعداد السكان في السنة ، وقد تزايدت هذه النسبة بشكل كبير في السنوات الأخيرة . ومن المحتمل أن التعرض المديد للشمس يلعب دوراً في هذه الزيادة . وهناك أدلة تشير إلى أن حروق الشمس الشديدة المتكررة تزيد من خطر حدوث الملائنومات الخبيثة .

تصيب الملائنومات الخبيثة الأعمار المتوسطة وهي نادرة جداً قبل البلوغ ، وتصاب النساء بمقدار ضعفي الرجال . ويمكن للملائنوم الخبيث أن ينشأ في أي مكان من الجلد والمخاطيات (الفم والمخاطية التناسلية) . ويُعتبر الوجه والساقان الأماكن المفضلة للإصابة لدى النساء ، بينما يعتبر القسم العلوي من الجذع المكان المفضل للإصابة لدى الرجال .

لم يتم تأكيد دور العوامل الوراثية في حدوث هذا الورم . وكذلك فإن أهمية المستضدات النسيجية (HLA) وخاصة

HLA A₉ أو HLA - DR₄ لا تزال غير واضحة . غير أنه في نفس الوقت ، ثمة حالات عائلية من الملائنوم الخبيث (١٪ - ٧٪ من جميع مرضى الملائنوم الخبيث) حيث حدثت إصابة لدى الأب وإصابة أخرى لدى واحد أو أكثر من أولاده . ويتزايد خطر حدوث الملائنوم الخبيث المكتسب لدى العائلات التي يوجد فيها قصة إصابة أحد الأفراد بنسبة أكبر مما هو عليه الأمر لدى السكان العاديين . ويُشتبه بوجود وراثة صغية جسمية سائدة بنفوذية مختلفة أو وراثة عديدة الجينات في حالات الملائنوم الخبيث العائلي .

كذلك فإن الملائنوم الخبيث يحدث بنسبة أكبر لدى العائلات التي لديها متلازمة الوحمة مختلة التمسج الوراثية . أما بالنسبة لتأثيرات العوامل البيئية فلا تزال المعلومات المتوفرة عنها قليلة حتى الآن .

ويلعب التعرض للشمس دوراً هاماً في حدوث الملائنوم الخبيث لدى المرضى الذين لديهم ملاينوم الشامخة الخبيثة (التمسح الملاني لمتشنسون Melanotic Freckle of Hutchinson) . ويؤدي التعرض الشديد للشمس إلى ازدياد في حدوث الأورام لدى الأشخاص ذوي الجلد الفاتح اللون من السلالة السلتية Celtic .

الإمراض : لا يزال الأمراض مجهولاً . لوحظ وجود جزيئات حموية (غمط C) ذات خواص مشابهة للخواص الموجودة في الحمات الخلفية Retroviruses ، وذلك في التجارب على الحيوانات وفي الملائنوم الخبيث لدى الإنسان ويمكن نقل هذه الجزيئات عن طريق الخلاصات اللا خلوية .

يحدث الملائنوم الخبيث على جلد سليم سريراً في ١٠٪ من الحالات . ولسوء الحظ ، فإن المريض ينظر إلى هذه البقع المصطبغة على أنها غير مهمة ولا يلجأ لزيارة الطبيب من أجلها إلا عند ظهور أعراض الخبيث وعلاماته مثل ازدياد الحجم ، والتز ، والتلف ، والحكة .

وفي حوالي ١٠ - ٢٠٪ من الحالات يحدث الملائنوم الخبيث على أنقاض ملاينوم الشامخة الخبيثة الذي يكون موجوداً منذ سنوات أو لمدة عقد كامل . وقد وجدنا لدى مرضانا أن فترة الكمون الوسطية قبل حدوث الاستحالة الخبيثة في الشامخة الخبيثة تبلغ ١٤,٥ سنة . وهذه الاستحالة أكثر شيوعاً لدى النساء المسنات .

وقد يتشكل الملائنوم الخبيث أحياناً على حساب آفة شبيهة بالشامة موجودة في النهايات على الراحيتين والأخصمين أو في ناحية الظفر (ملاينوم شامة النهايات) . ولا يوجد علاقة لهذا الورم مع الرضخ في هذه الحالة .

قد يتطور الميلانوم الخبيث اعتباراً من وحة خلوية مصطبغة موجودة منذ سنوات وذلك في ٣٠٪ من الحالات . وقد تؤدي وحة الوصل التي تعرضت للرضح المزمن أو التشعيع ، أو الالتهاب أو العلاج غير المناسب للوحمات المصطبغة إلى تشكيل الميلانوم . وفي هذه الحالات ، يرجح عدم وجود استحالة خبيثة في الخلايا الوحمية المصطبغة أو غير المصطبغة الموجودة سابقاً في الوحة الخلوية ، ولكن يرجح وجود بيئة موجودة ضمن الوحة الخلوية مناسبة لحدوث ميلانوم خبيث . وثمة مخاطر خاصة تواجه المرضى الذين يعانون إما من متلازمة الوحة مختلة التنسج العائلية أو الشكل غير العائلي منها ، والذين لديهم وحمات مصطبغة مختلة التنسج أيضاً . ومن النادر جداً أن ينشأ ميلانوم خبيث على حساب الوحة الزرقاء . ومن غير المؤكد ما إذا كان ثمة استحالة خبيثة تصيب الخلايا الوحمية الملانية في التنسج الضام أو أن هذه الظاهرة هي نفس الظاهرة الموجودة في الوحات الخلوية .

الموجودات السريرية : الميلانومات الخبيثة هي عادة بلون بني غامق إلى أسود مزرق ، وغالباً ما يوجد اختلاف في لونها . وقد توجد أقسام من الورم عديمة اللون ، وفي بعض الأحيان ، يكون الورم البدئي عديم اللون تماماً وخال من الميلانين (الميلانوم اللا ملاني Amelanotic melanoma) . وليس ثمة شكل نموذجي للميلانوم الخبيث ، ذلك لأن هناك تنوع هائل في الأشكال من حيث الحجم ، والمظهر ، والعمق ، واللون ، والتغيرات الثانوية ، وهذه التغيرات الثانوية هي عبارة عن نز ، وتجلب وتآكلات ، وتقرحات وتشكلات ثلولية أو حتى تغيرات تفهقرية Regressive . ونتيجة لما سبق ذكره ، يجب تمييز الميلانوم الخبيث عن كثير من الأمراض الجلدية الأخرى ، ويمكن تمييز الأنماط التالية من الميلانوم الخبيث ، ولكن يجب أن نتذكر دوماً أن هناك جزء هام من الميلانومات الخبيثة لا يمكن أن تصنف هيرياً بالاستناد إلى هذه القاعدة .

ميلانوم الشامه الخبيث (م ش خ) Lentigo Maligna : Melanoma LMM

المترادفات : ميلانوم خبيث يتطور من آفات ملانية محتملة التسرطن .

الموجودات السريرية : يحدث هذا الميلانوم بشكل ملحوظ لدى النساء المسنات ابتداء من شامة خبيثة لديهم استمر وجودها لعدة سنوات أو حتى لمدة عقود . سريراً ، تشاهد شامة خبيثة كاملة التطور مؤلفة من بقع متغيرة اللون متدرجة من البني الفاتح وحتى البني القاتم أو المسود . وتوجد الآفة عادة على الوجه (راجع الشكل ٥٨ - ١) أو الساقين لدى النساء المسنات . وعادة ما تكون حافة الآفة غير منتظمة وغير محددة

بشكل واضح ، وإذا طرأ على هذه الآفة تغير في اللون نحو الأسود ، أو ارتشاح بعد أن استمر وجودها لعدة سنوات ، أو إذا نشأ عليها عقيدات صغيرة سوداء ، فعندها سوف تشير النسجيات إلى حدوث ميلانوم خبيث غازي .

التشريح المرضي النسجي : يتميز ميلانوم الشامه الخبيث بوجود تكدسات من خلايا ملانية ، لا غمطية ، مصطبغة بشدة في الطبقة القاعدية للبشرة . وهذه الخلايا تخترق منطقة الغشاء القاعدي وتشكل كتلاً مرتشحة تنمو باتجاه عمودي في الأدمة العليا . وإن استحالة الشامه الخبيثة إلى ميلانوم الشامه الخبيث يكون بطيئاً ومستمرًا ، ويتوافق مع تغير في اتجاه النمو من الشعاعي إلى العمودي .

الإنذار : يكون الإنذار في هذا النمط من الميلانومات أفضل إنذاراً من الأنماط الأخرى ، لأن النمو العمودي يكون متأخراً نسبياً .

الميلانوم السطحي المفترش (المتشر) (م م م) : Superficial Spreading Melanoma (SSN)

المترادفات : الميلانوم الباجيتاني Pagetoid Melanoma .

الموجودات السريرية : يصيب الميلانوم السطحي المفترش عادة الأعمار المتوسطة ، وهو أكثر حدوثاً على الجذع (راجع الشكل ٥٨ - ٢) . ويفترض أحياناً أن هذه الآفة قد تطورت بدءاً من وحة خلوية مصطبغة . وقد يعترى ذلك تخليط Confusion بين الحالتين ، وأن طور النمو الشعاعي يشابه الوحة . وعادة ما تكون القصة المرضية قصيرة نسبياً (١ - ٥ سنوات) ، ويتظاهر الميلانوم السطحي المفترش مبدئياً على شكل بقع واضحة الحدود بيضوية أو مدورة الشكل ، بقدر قطعة النقود الصغيرة مع حواف قوسية أو عديدة الدوائر أو ناتئة . وغالباً ما يكون هامش الآفة مرتفعاً قليلاً . ويكون لونها البقي غمطياً . ولا تثرى الألوان البنية الفاتحة أو البنية المسودة عادة ، ولكن يرجح أن تأخذ الآفة اللون الرمادي واللون الأسود الضارب للزرقة أو اللون الأبيض (مرحلة التراجع) ، أو غالباً ما يكون لون الآفة وردياً وحتى اللون الأحمر (مرحلة الالتهاب) . تكون مثل هذه البقع مسطحة في البداية ، وذلك لأن هذا النمط من الميلانوم ذي نمو أفقي ، ولكنها تصبح فيما بعد ذات سطح غير منتظم أيضاً . وتبدي في المراحل المتأخرة حطاطات مرتشحة محددة ، أو عقيدات وتبدي أحياناً مظهراً ثلولي الشكل وذلك لأن نمو الميلانوم السطحي المفترش قد أصبح عمودياً وغازياً .

التشريح المرضي النسجي : الميلانوم السطحي المفترش ورم لا بد (موضع) في البشرة وذلك في المراحل الباكرة من النمو .

وعادة ما نجد بشرة شواكية قليلاً تغزوها خلايا ملانية كبيرة مدورة ، لا غمطية ، وذات هيولى غزيرة شاحبة . وهذه الخلايا تشابه خلايا داء باجيت كما أنها يمكن أن تبدي طراز انتشار مماثل .

ولهذا السبب ، أطلق McGovern اسم الملائنوم الباجيتاني Pagetoid melanoma على هذا النوع من الورم . ويحدث الملائنوم الغازي فور حدوث تبدل في اتجاه التكاثف من الأفقي إلى العمودي حيث يخترق الورم منطقة الغشاء القاعدي إلى الأدمة . ومن الملاحظ وجود تفاعل التهابي واضح في الأدمة العليا .

الإنذار : يكون الإنذار جيداً في المراحل المبكرة . أي مرحلة اللويحات الصغيرة أو الملائنوم اللابيد (الموضع) في البشرة . وإنذار هذا النمط من الملائنوم يقع بين الإنذار الحسن لملائنوم الشامه الخبيثة وبين الإنذار السيئ للملائنوم العقيدي . وإن ما يقرر هذا الإنذار هو ثخانة الورم في الجزء العقيدي .

الملائنوم العقيدي Nodular Melanoma :

المترادفات : الملائنوم الخبيث العقيدي ، الملائنوم العقيدي البدئي .

الموجودات السريرية : (راجع الشكلين ٥٨ - ٣ و ٥٨ - ٤) يمكن أن يحدث الملائنوم العقيدي بشكل بدئي على الجلد ؛ أو أن يتطور من وحة خلوية مصطبغة سواء في متلازمة الوحة مختلة التنسج الوراثية أو أن يكون على جلد لا وجود لوحات سابقة عليه . ويبلغ العمر الوسطي للمصابين حوالي ٤٠ - ٥٠ سنة ، ويكون سير الورم عادة سريعاً ولهذا تكون القصة المرضية قصيرة (أشهر وحتى سنتين) .

ثمة نموذجان من التشوهات لهذا الورم : الأول وهو عبارة عن بقعة سوداء متجانسة تتطور سريعاً إلى عقيدة نصف كروية ناعمة سوداء مزرققة . وأحياناً قد يلاحظ وجود لون رمادي ضارب للون الوردي . أما الشكل الآخر فقد يكون نموه الأفقي أكبر وكذا أطلق عليه الملائنوم العقيدي المسطح . يتظاهر هذا النموذج على شكل بقعة سوداء ذات حجم متزايد ، مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، ذات حدود واضحة تفصلها عن الجلد السليم ، ولا يوجد علامات للتراجع كما هو مشاهد في الملائنوم السطحي المفترض .

يتم تمييز هذين الشكلين من الملائنوم العقيدي بأن أحدهما يكون ذا نمو أفقي بشكل واضح لفترة طويلة من الزمن بينما يصبح النمو عمودياً في الشكل الآخر .

التشريح المرضي النسيجي : نجد في كلا الشكلين ارتشاح

البشرة بخلايا الورم الملاني (مغزلية الشكل ، بشرانية ، أو خلايا عديدة الأشكال ملانية أو غير ملانية) ، وأحياناً ، تغزو هذه الخلايا الأدمة والنسيج تحت الجلد ويكون التفاعل الالتهابي في السدى Stroma واضحاً .

الإنذار : تمت مناقشة العوامل التي تلعب دوراً هاماً في الإنذار في مكان لاحق في هذا الفصل .

ملائنوم شامات النهايات Acrolentiginous Melanoma (ALM) :

يحدث هذا النمط من الملائنوم بشكل رئيسي على الراحين والأخصصين ، بالإضافة إلى الأصابع والأباض ، وهو يتطور بدءاً من نمو على غمط شامة . وعندما تصاب الأصابع أو الأباض فإن التغيرات تحدث في الأحياز حول الظفر أو تحته (ملاينوم الظفر) وقد يؤدي ذلك إلى حدوث فرط تصبغ و/أو تحريب الصفيحة الظفرية (راجع الشكل ٥٨ - ٥) .

يُعتبر الملائنوم الخبيث الذي يصيب المخاطيات (الفم أو المنطقة التناسلية) مطابقاً لهذا النموذج من الأورام الملانية . ولهذا فقد دُعي هذا النمط باسم ملاينوم شامات النهايات الخبيث في الأغشية المخاطية Acrolentiginous Mucosal Malignant Melanoma (راجع الشكل ٥٨ - ٦) .

الموجودات السريرية : سريرياً ، يشابه هذا الملائنوم ملاينوم الشامه الخبيثة إلى حد كبير . فهو يتظاهر على شكل بقع ولويحات بأقطار مختلفة وذات ألوان تتراوح بين البني والأسود . إن نمط النمو الأفقي - الشعاعي يفسح المجال للنمو العمودي في ملاينوم شامات النهايات مع ارتشاح وتشكل ورمي محدد . وبعد ذلك تبدي الآفات المختلفة الأحجام توسفاً بؤرياً وبقعة مرتشحة بشدة أو ورماً صغيراً طرياً أسود اللون غير مصطبغ أحياناً (الملائنوم اللاملاني) . يؤدي الضغط الآلي عادة إلى حدوث تقرح أو تآكلات سطحية . ويكون الورم الناز أو النازف محاطاً بطبقة قرنية ثخينة (حلقة هامشية) . ويمكن حدوث علامات التراجع .

التشريح المرضي النسيجي : ويكشف التشريح المرضي النسيجي بشكل نموذجي عن بشرة شواكية وخلايا ملانية لا نموذجية تنمو وتتكاثر لتشكيل ورماً يخترق البشرة عابراً إلى الأدمة .

الإنذار : يعتمد الإنذار على درجة التطور . وإذا كان الورم موجوداً فإن الإنذار يعتمد على ثخانة الورم وعلى فعالية الانقسام الخلوي الفتلي .

المelanomas (الأورام الميلانية) الخبيثة الأخرى Other Malignant Melanomas :

يصيب المlanom الخبيث العين أيضاً بما في ذلك أغشية المتحممة ، كما أنه يحدث في المخاطيات الفموية والمنطقة التناسلية . والمelanomas المخاطية أشيع لدى الناس الملونين بشدة منه لدى البيض ، وإنذارها أسوأ من المlanomas الخبيثة الجلدية ، وذلك لأنها تشخص غالباً بعد أن تصبح أورام عميقة نافذة . تتصف المlanomas الشرجية المستقيمية بالإنذار الأسوأ ، وإن نسبة الحياة لمدة ٥ سنوات هي أقل من ١٠٪ ، وينطبق نفس الأمر على المlanom في الفرج .

وأخيراً يجب أن نذكر المlanom الخبيث اللاملاني Amelanotic Malignant melanoma فثمة صعوبات خاصة في التشخيص السريري لهذا الورم ، وغالباً ما يزودنا الفحص النسيجي بالدليل التشخيصي الأول . ويشابه هذا الورم العقيدات التآكلية على الأيدي والأقدام أو اللويحات الوردية أو الحمراء على الذراعين والساقين . ويبدو أن المlanom الخبيث اللاملاني من الناحية الكيائية الحيوية هو أشد عدوانية من المlanomas المصبغة . ولهذا فالإنذار يكون أسوأ . ولم يعرف بعد لماذا لا تنتج الخلايا الورمية فيه المlanins .

هناك أشكال نسيجية خاصة نادرة جداً مثل : المlanom اللبني Desmoplastic Melanoma أو المlanom الوحائي Nevroid Melanoma . شوهدت حالات من المlanom الخبيث التي لم يُعرف فيها الورم البدئي أو أن هذا الورم البدئي قد اختفى بشكل كامل .

السير والإنذار : يتميز سير المlanom الخبيث بانتقالاته الباكرة وتحدث النقائل أولاً عبر الأوعية اللمفية ومنها إلى الجلد المحيط أو إلى العقد اللمفية الناحيوية . يمكن حدوث أورام بنات مصطبغة منتشرة على غط السوائل -type Satellit ، وبأحجام مختلفة وتكون إما حول الورم البدئي أو تقع بينه وبين العقد اللمفية الناحيوية . وتمثل النقائل إلى العقد اللمفية بوجود عقدة أو أكثر قاسية غير مؤلمة ، لتشكل فيما بعد زمراً أكبر . قد يصاب الجلد فوقها ويصبح متنخراً أو متقرحاً . بعد ذلك تحدث النقائل عن طريق الدم وخاصة إلى الرئتين ، والكبد ، والقلب والدماغ ، والجلد ، والعظام . وغالباً ما تحدث نقائل بيضاء Leukometastases غير مصطبغة وتحدث الوفاة عادة بعد ١ - ٤ سنوات .

تحدث النقائل بعد الاستئصال الجراحي للورم البدئي في حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من الحالات خلال الستين الأوليتين ، ونسبة ٨٠٪ من الحالات خلال السنوات الثلاث الأولى ودون

وجود أي علامة سريرية دالة على هذه النقائل .

يمكن للعلامات النوعية العامة المميزة للنقائل أن تظهر بعد فترة طويلة وتشمل فقر الدم ، والدنف ، وخلل بروتين الدم Dysproteinemia ، ولكن بعد ظهور هذه الأعراض يحدث تطور سريع للداء بحيث يؤدي إلى حدوث المضاعفات والموت وفيما يلي نستعرض العوامل المميزة للإنذار :

المراحل السريرية :

المرحلة I : وجود ورم بدئي دون دلائل سريرية على حدوث نقائل إلى العقد اللمفية الناحية معدل البقاء (٥ سنوات حوالي ٧٠ - ٨٠٪) وهذا يعتمد على احتمال وجود نقائل مجهرية ذات انتشار لمفاوي ولم تستأصل بالجراحة البدئية .

المرحلة II : وجود ورم بدئي مع نقائل إلى العقد اللمفية الناحية معدل البقاء ٥ سنوات في حوالي ٢٥٪ . وقد بينت الدراسة التي أجريت على مرضى عياداتنا (حوالي ٣٠٠٠ إصابة بالمelanom) أن ٥٪ منهم كانوا في هذه المرحلة عندما تمت معالجتهم لأول مرة (راجع الشكل ٥٨ - ٧) .

المرحلة III : وجود ورم بدئي مع نقائل بعيدة دموية أو لمفاوية : معدل البقاء لمدة ٥ سنوات هو حوالي ٠٪ .

حجم الورم البدئي ومستوى غزوه :

يعتبر حجم الورم وعمق الغزو من العوامل الهامة المحددة للإنذار كما هو الحال بالنسبة للفعالية الانقسامية الفتيلية في الخلايا الورمية . واعتاداً على تصنيف Storck et al ، يكون معدل البقاء مدة ٥ سنوات في حال الإصابة بمelanom بدئية خبيثة ذات قطر > ٢ سم هي ٧٣٪ ، ولكن هذا المعدل ينخفض إلى ١٧٪ في المlanomas التي يزيد قطرها على ٢ سم .

وقد أوجد كلارك وزملاؤه Clark et al تصنيفاً نسيجياً اعتماداً على عمق الغزو ، وهو كما يلي :

المستوى I : تواجد الخلايا الورمية فقط في البشرة أعلى منطقة الغشاء القاعدي .

المستوى II : تواجد الخلايا الورمية وغزوها لمنطقة الغشاء القاعدي والأدمة الحليمية .

المستوى III : الخلايا الورمية متاخمة ومتواجدة ما بين الأدمة الحليمية والأدمة الشبكية .

المستوى IV : الخلايا الورمية الغازية متوضعة بين ألياف الكلاجين في الأدمة الشبكية .

المستوى V : غزو الخلايا الورمية للنسيج الشحمي تحت الجلد . وإن معدل البقاء لمدة ٥ سنوات بعد استئصال الورم

يؤمن التصنيف السابق توضيح خطورة النقائل في حالات الإصابة الفردية . حيث دلت الدراسات بأن هذه الخطورة لا تعتمد على التمثل السريري للملانومات الخبيثة بالدرجة التي كانت تُفترض سابقاً .

الوضع Localization :

يعتبر توضع الورم البدئي أمراً هاماً من أجل تحديد الإنذار . فالتوضع على الأطراف ذو إنذار أفضل من التوضع على الجذع أو الرأس حيث يمكن للنقائل أن تنتشر في كل الاتجاهات ، ويعتبر توضع الملانومات ، وخاصة في الناحية الفرجية التناسلية محفوفاً بالمخاطر لأن هذا الورم لا يتم كشفه ومعالجته إلا في مرحلة متأخرة .

الجنس Sex :

تبين الإحصائيات بأن معدل البقاء لدى النساء أكبر بحوالي ١٠٪ مقارنة مع هذا المعدل لدى الرجال ، نظراً لأن الآفات عند الرجال تميل للتوضع على الجذع أكثر من توضعها على الأطراف حيث يكون الإنذار أفضل مما هو الحال على الجذع .

التشخيص التفريقي :

يقود التشخيص السريري العياني للملانومات الخبيثة إلى حدوث خطأ في التشخيص بنسبة ١٠ - ٢٠٪ . وهذا يعني عدم سهولة تأكيد التشخيص وما إذا كان الحالة هي ملانوم خبيث أو حالة مرضية أخرى . ويوضح الجدول التالي (٥٨ - ١) العديد من الحالات الجلدية المرضية التي يمكن أن تلتبس في التشخيص مع الملانومات الخبيثة بسبب مظهرها . ولونها وقوامها . وتعتبر الأمراض التالية من أكثر الحالات التي يلتبس التشخيص فيها مع الملانومات الخبيثة : التقران المئي المصطبغ ، سرطانة الخلية القاعدية المصطبغة ، ورم المنسجات Histiocytoma المصطبغ ، والوحمة المصطبغة وحمية الخلايا ، والعوازوم الطفحي الخشور Thrombosed Eruptive Hemangioma .

الجدول ٥٨ - ١ : التشخيص التفريقي للملانوم الخبيث

الآفات المصطبغة الملانوية أو وحمية الخلايا :

- الوحمة المصطبغة وحمية الخلايا .
- الوحمة وحمية الخلايا المصطبغة والحليمومية .
- الملانوم الشباني الحميد (وحمية سبيتز Spitz) .
- الوحمة الزرقاء .
- الوحمة الزرقاء الخلوية .
- الشامات الخبيثة .

البدئي ذي المستوى I ، II هي أكثر من ٩٠٪ . أما في المستويين IV ، V فلا يتجاوز معدل البقاء ٥٠٪ - ٦٠٪ .

وقد دلت الدراسات على أن معظم حالات الملانومات الخبيثة تتطابق مع المستويات III - IV . وإن التقدير النسجي لمستوى الغزو اعتماداً على تصنيف كلارك وزملاؤه Clark et al لا يقدم فائدة تامة . لأنه يعتمد على تحديد ثخانة الورم دون السماح بمعرفة النمو الخارجي للملانوم ، الذي يؤثر على الإنذار بصورة رئيسية ، ومن جهة أخرى تمتلك الأدمة بنية مختلفة اعتماداً على التوضع والعمر .

ثخانة الورم ، الفعالية الانقسامية الفتيلية ، ومنسب الإنذار Index :

يُعدّ ثخانة الورم من أهم الدلائل لتقييم الإنذار ، ويمكن قياس ثخانة الورم نسجياً بدقة تامة . واعتماداً على طريقة Breslow فإن أورام الملانوم الخبيثة ذات الثخانة الأقل من ٠,٧٥ مم تمثل درجة خطورة منخفضة جداً بالنسبة لحدوث النقائل ، بينما تمثل الأورام التي تبلغ سماكتها ٣ مم أو أكثر درجة خطورة عالية جداً بالنسبة لحدوث النقائل . ويجب أن يُفترض وجود النقائل في حوالي ٨٠٪ من الحالات عندما تبلغ ثخانة الورم ٣ مم أو أكثر . وكذلك تعتبر الفعالية الانقسامية الفتيلية (منسب Index الانقسام الفتيلي : الانقسام الفتيلي/ملم^٢) معياراً هاماً لتقدير الخطورة . وعند الجمع ما بين ثخانة الورم ومنسب الانقسام الفتيلي نحصل على منسب الإنذار (Schmoeckel and Braun - Falco 1978) .

التصنيف الإنذاري للملانومات الخبيثة :

الملانومات الخبيثة ذات الخطورة النقيية Metastatic الضئيلة (النقائل في أقل من ١٠٪ من المرضى) : تكون ثخانة الورم أقل من ٠,٧٥ مم ومنسب الانقسام الفتيلي أقل من ٥ انقسامات/مم^٢ مع عدم وجود تفهقر (Regression) ، أو غزو وعائي ، أو تقرح أو خلايا لا مغطاة واضحة .

الملانومات الخبيثة ذات الخطورة النقيية العالية Metastatic (حدوث النكس والنقائل في حوالي ٧٥٪ من المرضى) : ثخانة الورم أكثر من ٣ مم ، ومنسب الإنذار (الثخانة X منسب الانقسام الفتيلي) أكبر من ١٣ ، أو وجود أورام سميكة متقرحة (أكثر من ٣ مم) ، أو غزو وعائي بالخلايا الورمية .

الملانومات الخبيثة ذات الخطورة النقيية متوسطة الشدة (حدوث النكس أو النقائل في حوالي ٣٠٪ من المرضى) : كل الملانومات الأخرى .

الآفات المصطبغة في البشرة أو في الملحقات :

- التقران المني .
- سرطانة الخلايا القاعدية المصطبغة .
- الثآليل الشائعة (مع نزف) .
- الشوكوم رائق الخلايا ، الشوكوم الملاني ، الوحة المفترزة .
- الشوكوم القرني ، غدوم عرقي حلزوني Spiradenoma .
- الكيسوم المائي الأسود Hydrocystoma Noire .
- السرطانة وسفية الخلايا المصطبغة .
- الحزاز الدقيق Lichen obtusus .

الآفات الوعائية :

- الوعائورم الطفحي المخثور Thrombosed Eruptive Hemangioma .
- الحبيوم المقيح .
- التقران الوعائي .
- غرن كابوزي .
- الورم الكبي .
- النزف تحت الظفر أو تحت الطبقة القرنية .

الآفات الأدمية :

- الليفوم الجلدي المصطبغ Pigmented Dermatofibroma .
- ورم المنسجات المصطبغ Pigmented Histiocytoma .
- ورم الخلايا البدينة (البدينوم) Mastocytoma .
- الليفوم العصبي Neurofibroma .

نظام ABCDE : اعتماداً على نظام ABCDE ريغل وزملاؤه (Rigel et al 1985) يجب استئصال كل آفة جلدية مصطبغة حوافها غير منتظمة ، مرقطة ، غير متناظرة ، ومرتفعة عن سطح الجلد ، وقطرها أكثر من ٥ ملم . وذلك للاتقاء اعتماداً على نظام أو قانون ABCDE .

تشخيص الملائنوم الخبيث :

يسهل تشخيص الملائنوم الخبيث في معظم الحالات ، غير أنه قد يكون صعباً جداً في بعض الحالات الأخرى ولكنه يعتمد دائماً على خبرة الفاحص بشكل رئيسي ويعتقد (المؤلف) بأن الخزعة مضاد استطباب بسبب ما يتلوها من تأذ ثابت ، بالإضافة إلى إمكانية حدوث نقائل لمفاوية أو دموية . ومن ناحية أخرى ، يعتبر التشخيص أمراً هاماً جداً بالنسبة للمريض ويجب أن يُثبت من الناحية النسيجية في كل حالة على حدة .

وتعتبر الخزعة الاستئصالية الإجراء المفضل مع إجراء مقاطع بالتجميد بشكل فوري . وتجري الخزعة الاستئصالية في أية حالة مشتبه بها مع تناول هامش أمان لا يقل عن ١ سم من الجلد

السليم . ويتم هذا الإجراء تحت التخدير الناحي أو العام . أما التخدير الموضعي ، فيجب عدم القيام به خشية رضخ الورم إذا كان ملائوماً خبيثاً . إلا أنه يمكن استخدام التخدير الموضعي في حالات الأورام الصغيرة جداً . تقود الدراسة النسيجية للمقاطع المجمدة لوضع تشخيص واضح فوري في أكثر من ٩٠٪ من الحالات ويمكن في بعض الاضطرابات المتعلقة بالخلايا الملانية (الوحة وحمية الخلايا ، والوامة محتلة التنسج) ، والملائنوم الفتوي (الشباني) الحميد ، والوامة الزرقاء . إما أن نحصل على نتائج تشخيصية إيجابية كاذبة (في التشخيص بواسطة المقاطع المجمدة تكون النتيجة ملائومات خبيثة ، ولكن التشخيص بواسطة مقاطع البارافين تكون النتيجة حالة حميدة) أو أننا نحصل على نتائج تشخيصية سلبية كاذبة (التشخيص بواسطة المقاطع المجمدة يبدى حالات حميدة ولكن التشخيص بواسطة مقاطع البارافين يبدى ملائومات خبيثة) . ويجب إغلاق جرح الخزعة في مثل هذه الحالات المشكوك بها حيث تُعطى الأهمية الأكبر لنتائج الدراسة النسيجية لمقاطع البارافين ، وهذا يعني أنه لا يمكننا الاستناد بشكل نهائي على المقاطع المجمدة . وعندما يتجاوز التخانة الورمية للملائنومات الخبيثة ٠.٧٥ مم ، فيجب إجراء استئصال ثانٍ خلال ٣ أسابيع من استئصال الورم البدئي .

يجب تحديد مرحلة المرض عندما يثبت تشخيص الملائنومات الخبيثة ، وهذا الأمر يحتاج إلى إجراء فحص مُفصل يتضمن الاستقصاءات بالأشعة السينية ، والتصوير الصوتي Sonography ، والتصوير الطبقي المحوري بغية كشف النقائل ، وخاصة التي تتوضع في الرئتين ، والكبد ، والقلب ، والدماغ ، والعظام أحياناً . ويبدو أن التصوير للمفاوي Lymphography لا يفيد كوسيلة تشخيصية أساسية مساعدة بالمقارنة مع الجس للتحري عن النقائل إلى العقد اللمفية المجاورة للجلد .

المعالجة :

لا يوجد في الوقت الحالي إجماع عام حول الإجراء الأكثر ملاءمة في معالجة الملائنومات الخبيثة ، ولكن تعتبر الجراحة الإجراء الواجب القيام به في حالات الملائنومات الخبيثة بشكل عام . وقد أهمل العلاج المقتصر على التشعيع بأشعة X . ومن جهة أخرى ، سجلت العديد من التقارير استجابة جيدة في علاج النقائل إلى العقد اللمفية بواسطة الالكترونات السريعة وأشعة V .

وفما يلي الإجراءات العلاجية المفضلة .

معالجة الورم البدئي : يُجرى استئصال جراحي ثلاثي الأبعاد للورم البدئي مع استئصال هامش أمان بمقدار ٣ سم من الجلد

السليم واستئصال النسيج باتجاه الأسفل حتى الصفاق الذي لا يستأصل ، وفي مرحلة لاحقة تُجرى جراحة تصنعية للضيق الجلدي الذي حدث .

والجلد الذي يدور الآن هو ما إذا كان هامش الأمان الذي يصل إلى ٥ سم ضروري . وقد أوصت بذلك بعض الدراسات بعد أن أوضحت مبررات ذلك . وقد ورد اقتراح بإمكانية جعل هذه المسافة من ٢ - ٣ سم لدى المرضى المصابين بالمelanomas الخبيثة ذات الخطورة المنخفضة . وقد لوحظ بأن النكس الموضعي والنقائل أكثر حدوثاً إذا كان هامش الأمان أقل من ٢ سم .

معالجة النقائل إلى العقد اللمفية : لا يوجد جواب واضح وقاطع حول وجوب استئصال العقد اللمفية الناحية في المرحلة I حتى في حالات عدم جسيها سريرياً . ولقد لوحظ أن لدى العديد من المرضى نقائل مجهرية مثبتة نسيجياً في العقد اللمفية الناحية حتى في المرحلة I . غير أن الخصائص الحيوية لهذه النقائل المجهرية غير واضحة ، وليس من الواضح أيضاً ما إذا كان الجسم قادراً على التعامل معها بالآليات المناعية والدفاعية الأخرى .

ويمكن عادة في حالات melanomas الخبيثة ذات الخطورة المتوسطة أن نقوم باستئصال العقد اللمفية إذا كانت melanomas متوضعة على الأطراف أو على جانب الوجه وذلك لانقضاء النقائل . أما إذا كان الورم متوضعاً قرب العقد اللمفية فيمكن إجراء استئصال جملة (en bloc resection) للورم البدني والعقد اللمفية المجاورة . أما في حالات توضع melanomas على الأطراف ، فيمكن تروية الشريان المغذي للورم بالأدوية مفرطة الحرارة والموقفة لانقسام الخلايا **Intraarterial Hyperthermal Cytostatic Drug Perfusion** . وأما الحالات التي تكون فيها الإصابة العقدية اللمفية واضحة سريرياً ، ولا توجد أي دلائل على نقائل معممة ، أو إذا كان المريض في المرحلة II سريرياً ، فيجب إجراء استئصال جراحي للعقد اللمفية الناحية المصابة ، وبالتالي وجوب إجراء التشعيع ما بعد الجراحة . ولقد وجد أن المعالجة المقتصرة على الأشعة فقط في حالات النقائل الواسعة إلى العقد اللمفية تكون ذات نتائج ملطفة جيدة .

معالجة النقائل البعيدة : تؤدي المعالجة الشعاعية إلى حدوث تراجع في الورم ، وزوال الألم في حالات النقائل البعيدة إلى العظام ، والبطن ، والجلد ، والرئتين والكبد ... إلخ . وتطبق هذه المعالجة خاصة في النقائل الدماغية ، حيث يمكن أن تُشرك مع الستيروئيدات للحصول على تحسن ملحوظ . ومن جهة

أخرى لم يلاحظ (المؤلف) أي فائدة من استخدام المعالجة الدوائية كالسيكلوفوسفاميد أو الميتوتركسات ، بل لوحظ تدهور المرض . بل لقد قيل إن هذه المعالجة تسبب حصراً شديداً للآليات الدفاعية المناعية . وتتضمن المعالجة الكيميائية الوحيدة الموقفة للانقسام الخلوي عدة مواد ، وخاصة الداكاربازين **Dacarbazine** (**Dimethyltriazenimidazole Carboxamide, DTIC**) ولا يوجد أدنى شك بأن هذا الدواء الموقف للانقسام الخلوي يمكن أن يؤدي إلى تراجع في النسيج الورمي في بعض الحالات الفردية . وقد وجد بأن استجابة النساء لهذه المعالجة أفضل من استجابة الرجال ، وكذلك كانت استجابة النقائل الجلدية أفضل من استجابة النقائل الداخلية . يعطى الدواء بجرعة ٢٥٠ مغ/م^٢ من سطح الجسم بفواصل من ٣ - ٤ أسابيع لمدة ٥ أيام ، ثم يعطى فيما بعد بفواصل عدة أشهر حتى ستين . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية للدواء ، حيث سجلت حالات من الوفاة بسببه . وقد استعمل **Vinca Alkaloids** في معالجة المراحل II و III وبلغت نسبة الاستجابة حوالي ٢٥٪ في بعض الدراسات ، ولكن ما زال هذا الأمر بحاجة للإثبات والدراسة . ولم تسجل المعالجة الكيميائية العديدة **Polychemotherapy** نتائج قيمة في معدل تراجع المرض . حيث أشرك السييسبلاتين **Cisplatin** مع الإفوسفاميد **Iphosphamid** وهو مادة تشابه السيكلوفوسفاميد دون نتائج ملحوظة . ويعتبر نظام **Bleomycin, Oncovin, Lomustine** **Dacarbazine** هو الوحيد المستعمل عملياً . ولم يسجل التشارك ما بين المواد الموقفة للانقسام الخلوي ٣ ، ٤ ، ٥ ، نتائجاً أفضل بشكل جوهري ، إضافة إلى أن لهذه المواد تأثيرات جانبية عديدة ويعاني المرضى اضطرابات شديدة من جراء استعمالها . وتسجل التقارير بأن حالات melanomas الخبيثة في المرحلة III يجب أن تُعالج ، غير أن النجاح مشكوك به .

ولقد طبق البعض المعالجة المناعية غير النوعية : فأظهرت تراجعاً في بعض الحالات وبشكل يثير الدهشة . ويعتقد بأن هذا النوع من المعالجة يُفعل الجهاز المناعي الخلوي . وتعطى الأفضلية في الوقت الحاضر إلى التلقيح بلقاح **BCG** أو التحسيس بمادة **DNCB** وإحداث التهاب جلد أرجي بالتماس على النقائل الجلدية السطحية . ويحتاج هذا النوع من المعالجة إلى خبرة كبيرة . وقد جربت المعالجة المناعية الكيميائية بالتشارك ما بين الداكاربازين **Dacarbazine** الموقف للانقسام الخلوي ولقاح **BCG** ، وهذا النمط من العلاج طبق كإجراء علاجي اتقائي لدى المرضى اللذين يشكون من melanomas خبيثة في المرحلة I وذات الخطورة الثقيلة العالية التالية للاستئصال

الجراحي للورم البدئي . وقد طُبقت المعالجة لمدة سنتين ولكن النتائج لم تكن مشجعة . ولم يُحسن إعطاء ألكيران Alkeran بجرعة منخفضة من معدل البقيا . وقد تم حديثاً تجريب الانترفيرون 7 والانترفيرون -a سريرياً وبالتشارك مع الداكاربازين أو السيتوكينات ، مثل الإنترلو كينات .

المتابعة : تعتبر متابعة المرضى المعالجين ، بشكل ثابت وبفترات متزايدة أمراً هاماً للكشف عن حدوث النكس أو النقائل السريعة الحدوث . فقد وجد بأن ٨٠٪ من المرضى الذين يشكون من النقائل قد تطورت هذه النقائل لديهم خلال السنوات الثلاث الأولى . ويجب أن تستمر هذه المتابعة لمدة زمنية تتجاوز ٥ سنوات ، ذلك لأن تواتر حوادث النكس المتأخر هو أعلى مما هو عليه في الأنماط الأخرى للخباثات .

الانتقاء : يعتبر الكشف والعلاج المبكران للملانومات الخبيثة من المميزات الحيوية بالنسبة للمريض ولهذا فإن الانتقاء يعتبر أمراً على جانب كبير من الأهمية ، يجب على المريض دوماً أن يأتي للفحص في حال حدوث نمو مصطبغ على الجلد أو حدوث أية

تبدلات في الآفات الجلدية المصطبغة . وينبغي على الطبيب أن يجري المعالجة المبكرة للحالات التي توحى بحدوث الملانوم الخبيث . وينطبق هذا الأمر على آفات الشامة الخبيثة ، وآفات متلازمة الوحمة مختلة التنسج المكتسبة أو الوراثية . وكذلك يُوصى باستئصال الوحمة الزرقاء والمغزلية الخلايا وكذلك الأمر بالنسبة للوحمة المصطبغة وحمية الخلايا العملاقة الولادية . أو وحة لباس الحمام (الوحمة وحمية الخلايا) ، حيث ذكر بأن ١٠ - ٢٥٪ من هؤلاء المرضى لديهم تأهب للإصابة بالملانوم الخبيث .

ومن جهة أخرى يجب عدم إجراء الاستئصال الانتقائي لكل الوحامات المصطبغة وحمية الخلايا بسبب شيوع هذه الحالات . ولكن إذا أظهرت بقع مصطبغة ، خلال فترة عدة أشهر ، علامات من الفعالية أو تغيرات غير عادية وأصبح قطرها أكبر من ٥ مم ، فمن المفضل أن تستأصل انتقاءً وتُدرس نسيجاً . وتطبق نفس القاعدة على الوحمة المصطبغة ذات الخلايا الوحمة المتوضعة في الأماكن الجلدية المعرضة للرضوخ الزمنية (الراحتان ، الأخصان ، التسحج ، التعطن) .

الفصل التاسع والخمسون

الأورام اللحمية المتوسطة

Mesenchymal Tumors

د . شريف السالم

يشرح هذا الفصل الأورام والتكاثرات الشبيهة بالأورام في النسيج الضام ، والأوعية اللمفية والدموية ، والعضلات ، الملس ، والغضروف ، والعظم والنسيج الشحمي والتي تعتبر جميعها هامة لطبيب الجلد .

أورام النسيج الضام

: Tumors of Connective Tissue

: الأورام الحميدة Benign Tumors

الجلدرة Keloid : [البيرت ١٨١٥]

التعريف : الجدرات عبارة عن مناطق ضخامية من تليف الجلد محددة جيداً وحيدة ، يمكن أن تحدث بعد الأذيات أو على أرضية آفات جلدية أخرى ، وتختلف عن الندبات الضخامية بأنها تنتشر عادة ، بعيداً عن الآفة الأساسية .

الحدوث : يشير الحدوث العائلي وازدياد الحدوث في العرق الأسود لوجود عوامل وراثية ، ويحدثها بعض السود عمداً حيث تعتبر علامة جمالية . يتأثر تشكل الجدرات بعوامل أخرى أيضاً كالسن والجنس والمنطقة المصابة من الجسم وطبيعة الرضخ السابق .

تصيب الجدرات الأطفال والشباب خاصة ، وهي عند النساء أكثر منها عند الرجال . ومكانها المفضل هو الوجه والأذنين ، والعنق ، وأعلى الجذع وبخاصة المنطقة مقدم القص والأجزاء البعيدة من الأطراف ؛ وهي نادرة الحدوث في الأنحصى والراحتين ، (راجع الشكل ٥٩ - ١) . إن الرضخ نفسه عند الشخص ذاته قد يؤدي لحدوث جدرة في بعض الأحيان أو يقتصر الأمر على حدوث ندبة بسيطة أحياناً أخرى ، وينطبق هذا على الرضوخ المتأثلة التي يتعرض لها أجزاء مختلفة من الجسم في آن واحد . ويتفاعل بعض الأشخاص لأية أذية بتشكيل جدرتي .

الإمراض : الجدرات شائعة بعد الحروق وبخاصة الجدرات التالية للسمط (الحرق بالماء المغلي) ، وكذلك بعد الحروق بالحاموض ، واللقاح الواقي من الجدري ، والعد الشائع ،

والسحجات الشديدة ، وبشكل نادر بعد الآفات الجلدية الخربة كالذآب الشائع والإفريقي الثاني ، (راجع الشكل ٥٩ - ٢) .

يبدو أن خمج الجروح الجرثومي يزيد من خطورة حدوث الجدرة ، كما ويمكن أن تحدث بعد الجروح الجراحية الناعمة النظيفة أيضاً . وربما يزيد احتمال حدوث هذه الجدرات عندما يقع شد على خياطة الجرح . وغالباً ما تسبب الرضوخ المجهرية غير الملحوظة ما يسمى بالجدرات العفوية ، .

الموجودات السريرية : بعد أسابيع أو شهور من الأذية ، تحدث جسوعات ورمية أو مسطحة أو صلبة ، وتنمو بسرعة بشكل أكبر من نمو الندبة الحقيقية . وغالباً ما تكون الجدرات عقب الندبات الجراحية عبارة عن عقيدات لها سماكة الإصبع تقريباً ، أما الجدرات بعد الحروق فتكون مسطحة مع مناطق مختلفة من القساوة والسهابة .

يشق اسم الجدرات من تشعب حوافها والتي تشبه مخالب السلطعون . وتكون الحواف مرتفعة وشديدة الانحدار عادة ، وغالباً ما يكون السطح أملساً ونادراً ما يكون عقيدياً . يكون سطح الجدرة لامعاً بسبب غياب تضاريس الجلد والأشعار والغدد الزهمية . وتبدو الجدرات الحديثة بلون فاتح ثم تتحول إلى لون زهري شاحب ، وأخيراً تصبح بلون المرمر . وغالباً ما ترتشح الكتل الصلبة بأوعية شعرية متسعة واضحة . وعندما تصل الجدرة إلى حجم معين فإنها تتوقف عن النمو ويمكن أن تتراجع عفوياً ، إلا أنه في حالات نادرة قد يحدث ترق غير محدود يمكن أن يؤثر على وظيفة العضو إلى حد كبير من خلال حدوث تقفعات جلدية . وغالباً ما تكون الجدرات غير مؤلمة ، ومؤلمة بالضغط ، أحياناً تبدي تحسناً حين اللمس أو حكة وحتى ألم عفوي مبرح .

جرت محاولات للتفريق بين الجدرات العفوية والجدرات الندية ، وتبين أن الأولى غالباً ما تتوضع في مقدم القص . ويعتقد بأن سببها يكمن في رضوخ مجهرية كالتهاب الجريبات الشعرية ، أو حالات الآفات العُدية (العد الشائع) . ولم يعد تعبير الجدرات العفوية مقبولاً بعد اليوم .

التشريح المرضي النسيجي : تحدث التبدلات الأساسية عادة في الأدمة العميقة ، حيث تتوضع عقيدات كبيرة دون محفظة ، ومتلاصقة بشدة دون انتظام ، وخشنة ، ويشاهد في داخلها حزم مغزائية غير متجانسة . وتوجد أعداد كبيرة من الأرومات الليفية في الجدرات حديثة التشكل ، وتشاهد مادة أساسية وشعريات دموية وخلايا بدنية وبعض اللمفاويات حول الأوعية أيضاً . وتتناقص كل هذه المركبات في الجدرات الأقدم

لصالح المغراء ، وتغيب الألياف المرنة . ولا تتغير البشرة وإنما يمكن أن تترقق بشكل معتدل . وتختفي الأشعار والغدد العرقية والزهيمية . وليس من السهل التفريق النسجي بين الجدرات والندبات الضخامية حيث تكون الأخيرة غير عقيدية وتكون حزم الكلاجين فيها أكثر انتظاماً وموازية للسطح ، وقد توجد فيها ألياف مرنة .

التشخيص التفريقي : الصورة السريرية نموذجية ، وقد يكون التفريق العياني للجدرات عن الندبات الضخامية صعباً ، ويعتمد في ذلك على موقع الرضح : الندبات الجراحية مثلاً . تراجع الندبات الضخامية خلال أشهر قليلة واستئصالها لا يتلوه نكس .

الإلتقاء : تكون بالاستئصال في المواقع الانتقائية لحدوثها عند المرضى حول سن البلوغ ، في الأجزاء المغطاة من الجسم (راجع الشكل ٥٩ - ٣) . وأما في حال وجود ميل عائلي وعرقى يجب أن تولي اهتماماً خاصاً لتحديد ما إذا كانت هذه الجراحة مستطبة أم لا . لوحظت الجدرات الواسعة بعد خزعة استئصالية كما في منطقة القص على سبيل المثال أو حينما تؤخذ هذه الخزعة من مناطق أخرى من الجسم وذلك في أدواء الجلد المنتشرة . وتعتبر الخياطة دون شد والإلتقاء من الأخراج من الأمور الهامة .

هذا وإن عدم تشكل جدرات بعد جرح اختياري على جزء غير ظاهر من الجسم (خلف الأذن مثلاً) لا يكفل لسوء الحظ عدم تعرض المناطق الأخرى لتشكيل الجدرات بعد الجراحة .

المعالجة :

الجدرات الحديثة : إذا كان عمر الجدرة أقل من ستة أشهر ، يؤخذ بعين الاعتبار كل من المعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية ، وبالإنضغاط أو بالعلاج الشعاعي .

المعالجة الموضعية بالستيروئيدات القشرية : يمكن أن تعطى الستيروئيدات بشكل معلق من التريامسينولون أستينويد المبلر بشكل حقن ضمن الآفة (معلق مبلر ١٠ ملغ ممدد بنسبة الثلث أو الخمس) $(\frac{1}{3} - \frac{1}{5})$ بمعاملة

مخدر ، يحقن كل ٣ - ٤ أسابيع) ، أو بشكل رهيم أو مرهم يطبق عدة مرات يومياً . ويدهن عادة تحت ضياء كيم مع تغطية الجلد المجاور الطبيعي بلصاقات من معجون الزنك . وينصح بالمعالجات البديلة بمستحضرات موضعية حاوية على الهيبارين .

العلاج بالانضغاط : عندما يكون التوضع مناسباً ، يمكن وضع عصابة ضاغطة مستمر باستخدام وسادة إسفنجية طرية بسماكة ١ - ٢ سم ووضع عصابة مطاطية لاصقة فوق الجدرة . ومن

أجل المناطق الجدرية الأكبر التالية للحروق ، تعطي الأتعة ذات الضغط المستمر نتائج جيدة ، لأن الضغط المستمر ينقص تشكل الكلاجين .

العلاج بأشعة X المجزأة الخفيفة اللينة : ويوصى بها في الجدرات الحديثة والصغيرة . تعطى جرعة مفردة Gy 4 بفواصل أربعة أسابيع أو Gy 2x4 في أيام متتالية كل ٦ - ٨ أسابيع حتى فصل إلى جرعة كلية ١٢ - ١٦ Gy ، وفي حالات استثنائية حتى Gy 25 . تقدر قيمة نصف العمق (HVD) بناء على سماكة الجدرة . وإذا لم تبد الجدرات أية استجابة بعد ٢-٤ X Gy فلاستمرار بالعلاج الشعاعي يكون غير مجدي .

تعامل الجدرات الواسعة بالطريقة نفسها ولكن المقادير المجزأة الإفرادية تكون أقل : حوالي Gy ٢ . وتكون النتائج مقبولة في حوالي ٥٠٪ من الحالات فقط ، ويجب أخذ الحيلة لتجنب التعرض للإشعاع وخاصة العينين ، والدرق والأعضاء التناسلية .

المعالجة القرية : تحقق المعالجة القرية نتائج جيدة أحياناً .

الجدرات القديمة : تعتبر الإجراءات المحافظة غير فعالة كثيراً . يتلو الاستئصال الجراحي البسيط للجدرة عادة ، نكس بشكل أكبر من السابق ولذلك يجب الحذر الشديد . يجب إجراء محاولات لتثبيت فعالية الأرومات الليفية بإعطاء معلق الستيروئيدات القشرية البلوري داخل الجرح أثناء العمل الجراحي . ويُعدّ تجميد الآفة بسائل النتروجين قبل حقن الستيروئيدات ناجحاً . وبعد العمل الجراحي ، يجب حقن معلق الستيروئيدات القشرية في الندبة المتشكلة بانتظام . وهناك إمكانية أخرى للمعالجة هي مشاركة الجراحة مع العلاج الشعاعي . وبعد التئام الجرح (١٠ - ١٤ يوماً بعد الجراحة) تطبق الأشعة إذا كان متوقعاً تشكل جدرة حديثة . ويجب تغطية منطقة الجلد السليم المحيطة بجذر بملاءات من الرصاص ، كما يجب أن تتوافق جرعات التشعيع إلى حد كبير مع المعلومات المعطاة سابقاً ، وتلك هي المعالجة الجراحية الشعاعية المشتركة . وإذا احتاج الأمر تضاف الستيروئيدات الموضعية والضمادات الضاغطة أو يستعمل الضغط المستمر بمطاط خاص للحصول على أفضل النتائج .

الليفوم Fibroma :

التعريف : الليفومات هي أورام النسيج الضام الحميدة والتي غالباً ما تحدث على شكل عقيدات طرية معنقة مرتفعة أو عقيدات صلبة شبيهة بالقرص أو بشكل حليمومات في الجلد .

ليفوم مول Fibroma Molle :

المرادفات : مَيْسَم الجلد (Skin Tag) ، الليفوم المتدلل

F. Pendulans ، الزنجات (الزينبات الليفية)
Achrochordon .

الموجودات السريرية : تكون الليفومات الرخوة بلون الجلد مطوية على السطح وغالباً ما تكون مدلاة ويدعى الشكل المدلى « الليفوم المتدلل » . وغالباً ما يكون قد هذه الليفومات أصغر من ٣ - ٥ ملم وقد تصل في حالات استثنائية إلى حجم رأس الطفل . وقد تشاهد عند النساء المسنات بشكل خاص كيسات أو جريبات صغيرة مترهلة رخوة عديدة في العنق وتعرف باسم الليفومات الرقية المتعددة . تعتبر الليفومات الإبطية العديدة شائعة أيضاً وخاصة عند البدنيين ، وبشكل أندر قد تتواجد تحت الثديين أو في المنطقة الأربية .

التشريح المرضي النسجي : تكون حليمومات النسج الرخوة غنية بالأوعية دون الألياف المرنة ، وتكون مغطاة ببشرة طبيعية أو متمسكة قليلاً .

التشخيص التفريقي : الوحمات وحمية الخلايا الأدمية التي تكون بلون الجلد .

المعالجة : تستأصل الليفومات الصغيرة المتدللة بالقص ، أما الكبيرة فتحتاج للاستئصال الجراحي .

الليفوم الجلدي **Dermatofibroma** : [Unna ١٨٩٤]

المرادفات : الليفوم القاسي ، الليفوم البسيط ، الليفوم الصلب ، العقيدة الجلدية ، الليفوم الجلدي العدسي ، الليفوم القرصي .

الحدوث : تشكلات شائعة خاصة على الأطراف .

الإمراض : ورم تفاعلي يحدث بعد عضه حشرة مثلاً ، أو بعد رضوح مجهرية ، أو بعد تليف عقيدي تحت البشرة . ويعتقد بأن بعض هذه الليفومات تتشكل اعتباراً من تليف وحمات وحمية الخلايا .

الموجودات السريرية : تكون هذه الأورام مفردة غالباً ، ونادراً ما يزيد قدها عن ٣ سم ، وهي قاسية بلون بني ضارب للرمادي ومرتفعة قليلاً ، تتوضع عادة على الجلد مثل العدسة أو القرص . ويكون الجلد المغطي لها رخواً إلى حد ما ومصطبغاً بشدة ، وحاكاً في بعض الأحيان .

التشريح المرضي النسجي : توجد بشكل عام في الأدمة منطقة ذات حدود واضحة من حزم ليفية كلاجينية متموجة دون ألياف مرنة . وتكون الليفومات الأقدم ذات خلوية أقل ، وتحتوي الليفومات الأحدث على أعداد من الأرومات الليفية . الأشكال الانتقالية نحو ورم المنسجات الحميد ليست بقليلة . قد تكون البشرة من فوقها مفرطة التنسج وقد تبدي تشكلات شبيهة بسرطانة الخلية القاعدية .

التشخيص التفريقي : ورم المنسجات الحميد ، العضلوم الأملس الحميد (مؤلم بالضغط الجانبي) ، الليفوم العصبي (رخو ، طري) ، الجدرات ، والوحمات وحمية الخلايا .

المعالجة : يمكن استئصال الليفومات الجلدية المشوّهة .

الورام اليفي العدسي المتثر مع تبكل العظام
Dermatofibrosis Lenticularis Disseminata With Osteopoikilosis

المرادفات : متلازمة بوشكه - أوليندروف .

وهو خلل تنسج عائلي في اللحمية المتوسطة . تحدث ليفومات جلدية عديدة بقطر ٣ - ٨ ملم منتشرة على الجزء العلوي من الجذع والفخذين . وتكون عادة ذات درجات مختلفة من التمايز ، تبدأ بالظهور عند البلوغ . يشاهد بأشعة X تبكل في عظام الأطراف والحوض ، وبشكل أندر من ذلك ، تشاهد شذوذات بنوية أخرى مثل تكون العظم الناقص وزرقة الصلبة ، واضطرابات في الجملة العصبية المركزية . يبدو أن السبب هو نمط وراثي بصبغي جسدي سائد ، (راجع الشكل ٥٩ - ٥) .

الورام اليفي الجلدي حول الجريبات مع سليلات
Perifollicular Fibromatosis Cutis With Colon Polyps

المرادفات : متلازمة هورنستين - كنيكنرغ .

وصفت هذه المتلازمة لدى ثلاثة أشخاص في عائلة واحدة ، حيث وجد وُرام ليفي غير عادي مع أعداد كبيرة من ليفومات حول الجريبات على الجبهة والخدين والعنق والجذع ، وليفومات متدللة في الرقبة والناحية الإبطية والأربية . كما وجد لدى أنثى واحدة فقط حيث ترافق مع سليلات قولونية أبدت أهبة للتحويل السرطاني . ومن المحتمل أن يمثل ذلك نمطاً مرضياً خاصاً له علاقة بمتلازمة غاردرنر .

القرصوم الشعري **Trichodiscoma** :

المرادف : الورم القرصي الشعري .

التحريف : اعتقد أنه تنشؤ حميد من القسم الأدمي لقرص الشعرة والذي يعتبر أنه نهاية عصبية طبيعية في الجلد وأنه مستقبل حركي ذو تلازم وثيق مع الأشعار ، تشير الموجودات الحديثة إلى نمط خاص من الوعاووم اليفي دون ترافق مع الجريبات الشعرية .

الموجودات السريرية : تكون الآفة النموذجية صغيرة القد ٣ - ١ ملم وهي حطاطة قبيّة المظهر بلون الجلد ، يكون هذا

الاندفاع غير عرضي ويشمل في البداية الرأس والعنق والصدر والظهر والذراعين . قد يترافق الداء مع أورام أخرى في النسيج الضام حول الجريب الشعري (متلازمة Birt - Hogg - Dube) . إن الشكل الصرف مرض نادر ، ويمكن لبعض المرضى أن يحملوا مئات الآفات .

التشريح المرضي النسيجي : تبدي الحطاطة النموذجية ورماً وعائياً ليفياً بشكل القبة ، ذا حدود واضحة ودون محفظة ، وهناك ترافق عشوائي فقط مع الجريبات الشعرية . تبدي الحطاطة ليفيات كولاجينية ناعمة ، وأليافاً مرنة رقيقة ، مع ازدياد في المادة الأساسية ، وأعداداً كبيرة من الأوعية الدموية دون وجود عضلات ملس . (راجع الشكل ٥٩ - ٦) .

التشخيص التفريقي : الغدوم العرقي ، الداء المخاطي الحطاطي ، الليفوم المنتثر حول الجريبات ، والورم الليفي الجلدي العدسي المنتثر مع تبكل عظمي ، الظهاروم الشعري ، الثؤلؤل المسطح ، الحطاطة الليفية .
المعالجة : بالاستئصال .

التليف العقيدي الأنفي Fibrosis Nodularis Nasi :

[غراهام ١٩٦٤]

المرادفات : الحطاطة الليفية الأنفية .

التعريف والموجودات السريرية : حطاطة نصف كروية قاسية بلون الجلد مبيضة أو مسمرة يصل قدامها حتى ٣ ملم . تحدث بشكل مفرد أو عديد وخاصة في قمة الأنف أو على جانبيه . (راجع الشكل ٥٩ - ٧) .

الإمراض : لم يُعتمد فيما إذا كانت الآفة ليفوماً أو وحمية وخمية الخلايا خضعت لتحولات ليفية تراجعية .

التشريح المرضي النسيجي : عقيدات ليفية وعائية مع منسجات مزوأة ، وغالباً ما تترافق مع خلايا وحمية متحولة تحتوي على نواة أو أكثر مع صباغ .

التشخيص التفريقي : تفرق عن سرطانة الخلية القاعدية .

المعالجة : يتظاهر بنمو غير مؤلم يمكن معالجته بالاستئصال .

القرنوم الليفي المكتسب Acquired Fibrokeratoma :

التعريف : تفران خيطي أو مخروطي الشكل في ملحقات الجلد يتطور خلال الحياة .

الإمراض : يمكن للأذيات أن تحدث هذا الداء .

الموجودات السريرية : تتطور بُني مخروطية الشكل صغيرة من ملحقات الجلد طولها ٢ - ١٠ ملم ، غالباً ما تحدث على الحواف الجانبية للأضبع في مستوى المفصل ، وهي نادرة في

الأقدام أو الأجزاء الأخرى من الجسم . وهي بلون الجلد ولا تبدي أية تبدلات النهائية ويكون الجلد فوقها طبيعياً . ويصاب الرجال أكثر من النساء عادةً . (راجع الشكل ٥٩ - ٨) .

التشريح المرضي النسيجي : البشرة والأدمة طبيعتان مع تفران خفيف ، توجد فقط بعض الألياف العصبية وقد لا توجد . ولا توجد بني عظمية أو بقايا ظفرية .

التشخيص التفريقي : ويفرق عن رديم الأصبع الإضافي الولادي والقرن الجلدي .
المعالجة : الاستئصال .

ورم المنسجات Histiocytoma :

المرادفات : الليفوم القاسي ، التليف العقيدي تحت البشري ، العقيدة الجلدية .

الآلية المرضية والإمراض : هي أورام تفاعلية ظاهرياً (تليف عقدي تحت الجلدي) . تحدث على سبيل المثال بعد عضه الحشرات ، ويمكن أن تتشكل صفرومات من خلال توضع الشحوم (ورم المنسجات الصفرومي) ، وكذلك حدوث ليفوم جلدي (ورم المنسجات الليفي) من خلال التليف .

الموجودات السريرية : ورم مفرد مسطح أو نصف كروي مرتفع ، صلب محدد جيداً وبلون الجلد ، متوضع في الأدمة ، ونادراً ما يكون بلون أصفر أو بني ضارب للزرقة ، وأكثر أماكنه تواجداً هي الأطراف ، عند الشباب .

التشريح المرضي النسيجي : البشرة متمسكة وتبدي شواكاً وفرط تصبغ ، فتغطي مجموعات كثيفة من المنسجات والأرومات الليفية في منطقة محددة من الأدمة ، تلتقط المنسجات الشحوم والليموسيدرين بدرجات متفاوتة ، وهذا ما يقرر إلى حد ما لون الورم عيانياً . تحدث أشكال انتقالية تتطور إلى ليفومات جلدية .

التشخيص التفريقي : يفرق عن كل من الليفوم الجلدي ، الليفوم العصبي ، الورم العصبي ، الملانوم الخبيث اللاملائي ، ورم الخلايا البدينة ، العضلوم الأملس ، الحبيوم الأصفر ، الصفروم .

المعالجة : الاستئصال إن كان ذلك ضرورياً .

الحبيوم الأصفر الشباني Juvenile Xanthogranuloma :

المرادفات : البطانوم الأصفر الوحي

Nevoxanthoendothelioma ويتظاهر على شكل عقيدات

الليفوم الجلدي الغرني الكاذب

: Pseudosarcomatous Dermatofibroma

هو ورم ليفي جلدي غزير الخلوية حيث توجد حزم من الأرومات الليفية عديدة الأشكال متشابكة ، مغزلية الشكل ومرتبة بشكل حلزوني مثل أسياخ الدولاب (طراز « حسائكي ») ، وليس من النادر أن تبدي شذوذات نووية وانقسامات قتيلىة . تذكر الصورة النسجية بالغرن الليفى ، إلا أن هذا التشكل هو حميد سريريا .

يمكن لبعض هذه الحالات أن يصنف تحت اسم التهاب الصفاق العقيدى .

التهاب الصفاق العقيدى تحت الجلدي Subcutaneous

[Konwaler, Keasbey, Kaplan : Nodular Fasciitis 1955]

المرادفات : التهاب الصفاق العقيدى الغرني الكاذب - الليفوم الجلدي الغرني الكاذب - الورم الليفى الغرني الكاذب تحت الجلدي (التهاب الصفاق) .

التعريف : ورم متوضع تحت الجلد ويلتصق بشدة باللفافة ، يمكن أن ينتشر إلى النسيج الشحمى تحت الجلد ، كما ويمكن أن يتراجع عفويا بعد أن يتواجد لفترة طويلة . وتذكر صورته النسجية بالغرن الليفى .

الحدوث : نادر ويشاهد عادة عند الأشخاص بعمر ٢٠ - ٥٠ سنة .

الموجودات السريرية : ورم يتوضع على الأطراف ، ويفضل أسفل الساعد ، وهو ورم المنطقة تحت الجلد ، يتطور بسرعة وقد يصل لقطر ٢ - ٣ سم خلال ٢ - ٣ أسابيع . تتوضع العقيدة تحت الجلد وتلتصق بشدة مع اللفافة ويمكن رفع الجلد فوقها بسهولة ويبقى الوضع العام للمريض طبيعياً .

التشريح المرضي النسيجي : يحتوي النسيج تحت الجلد كلاً من نسيج ورمي غني بالأوعية مع أرومات ليفية مغزلية كبيرة ضمن لحمة مخاطية وألياف شبكية دقيقة . ويكثر حدوث الشعيرات حديثة التشكل في هذا التكاثر الخلوي ، وتزداد التبدلات الانتهاية وخاصة في المناطق الهامشية . وتوجد انقسامات قتيلىة كبيرة إلا أنها ليست شاذة . يفرق عن الغرن الليفى الحقيقى بغزارة المادة المخاطية والتكاثر الوعائى وبغياب الانقسامات الشاذة (اللاعظية) .

المسار السريري : بسبب تطوره السريع ، فإن الورم يأخذ سريريا سير الغرن ويكون الشفاء العفوي بعد تواجده بعدة أشهر هو القاعدة .

حمراء ضاربة للصفرة صلبة عديدة « تصيب الأطفال الصغار وتبدو نسيجياً كنوع من ورم المنسجات الخازن للشحوم (لمزيد من التفاصيل راجع الفصل ٦٤) .

الورم الزليل ذو الخلايا العملاقة الحميد

: Benign Giant Cell Synovioma

المرادفات : الورم ذو الخلايا العملاقة لغمد الوتر .

يعتبر ورم الخلايا العملاقة الزليل الأكثر شيوعاً من بين الأورام الزليلة الحميدة والخبيثة . (راجع الشكل ٥٩ - ٩) .

الموجودات السريرية : عقيدة مفصصة مفردة ، بطيئة النمو ، غالباً ما تصيب منطقة مفاصل الأصابع وأغمدة الأوتار في يد امرأة متوسطة العمر ، تميل للنكس الموضعي ولذلك يعد الاستئصال الجراحي الكامل ضرورياً . والميل للتحويل الخبيث في أورام مفاصل اليد يكون أكثر شيوعاً بالمقارنة مع نفس الأورام المتوضعة في الأقدام .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد منسجات وأرومات ليفية وخلايا عملاقة عديدة النوى تحيط بأجواف تشبه الشقوق وبذلك فهي تقلد البنى المفصليّة . وبعد خزن الهيموسيدرين والشحوم فيها من الأمور النموذجية . هذا الورم هو أيضاً أحد أنماط أورام المنسجات ويحتمل أن يتكون بآلية النهاية تفاعلية .

الأغران الكاذبة في الجلد

: Pseudosarcomas of the Skin

هي تكاثرات في النسيج الضام تبدي سيراً سريريا حميداً ، وغالباً ما تكون ذات نمو وغزو عدواني إلا أنها لا تبدي علامات خبث نسيجية . ومن أجل إجراء تقييم إنذاري ، يتطلب الأمر ربط الموجودات السريرية مع الاستقصاءات النسجية .

أكثر الأدوية أهمية في هذه المجموعة :

- الليفوم الجلدي الغرني الكاذب .
- التهاب الصفاق العقيدى تحت الجلدي .
- الورم الليفى الهيالىنى الشبائى .
- الورم الليفى الأصبعى عند الأطفال .
- الورم الليفى العدوائى عند الأطفال .
- الصفروم الليفى اللاعظى .
- الغرن الليفى الجلدي الناشئ (الحدي) .

يجب أن تستأصل كافة الأورام الغرنية الكاذبة الجلدية بشكل واسع مع هامش من الأنسجة السليمة وذلك لتفادي النكس .

التشخيص التفريقي : ويفرق عند ورم المنسجات والليفوم الجلدي اللذين يحدثان في الأدمة ، أما الغرن الليفي المتناقض (Paradoxical) فيمتلك الأرضية النسيجية نفسها الموجودة في التهاب اللقافة العقيدي ، إلا أنه يتوضع في الأدمة .

يعد التهاب اللقافة المعظم شكلاً من أشكال الآفة ويؤدي إلى التعظم .

الورم الليفي الهيايني الشبابي Juvenile Hyalin Fibrosarcomatosis [Murray 1873]

المترادف : متلازمة موري Murray .

التعريف : يحتمل أن يكون خلل تنسج في اللحمية المتوسطة مترافق مع أورام وفرط تنسج في اللثة وتخرب عظمي .

الحدوث : نادر جداً ، لم يثبت دور الوراثة فيه ، تبدأ الآفة بين الشهر الثالث والسنة الرابعة من الحياة .

الموجودات السريرية : تتميز الصورة السريرية بأورام متفرقة متفرقة على الفروة والجذع مع عناصر حطاطية أو عقيدات ليفية تتوضع على الناحية الخلفية للعنق بالإضافة إلى فرط تنسج لثوي وتخرب وانحلال عظميين .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد في الشكل النموذجي خلايا ورمية شاذة ذات هيولى حبيبية ضمن مادة أساسية هياينية متجانسة إيجابية التلون بالباس PAS (تنكس النسيج الضام الزجاجي الحمضي) .

الإنذار : غير حسن .

المعالجة : الجراحة ذات فائدة قليلة .

الورم الليفي الأصبعي عند الأطفال Infantile Digital Fibromatosis

وهو يتظاهر على شكل عقيدات صلبة وحيدة أو عديدة تصيب أصابع اليدين والقدمين ، تكون ولادية أو تظهر في الأشهر الأولى من العمر . قد تشابه الصورة النسيجية لهذا الورم الغرن الليفي إلى حد بعيد . تعتبر الاندخالات الهيولية الحمضة بقطر ٣ - ١٠ نانومتر ذات أهمية تشخيصية ، غير أن الطبيعة الحموية المفترضة في حدوث هذا الداء لم تثبت بعد .

المعالجة : تحدث تراجعات عفوية دون ندبات ، وإن لم يحدث ذلك فيتطلب إجراء العمل الجراحي ، ولكن النكس كثير الحدوث .

الورم الليفي العدواني عند الأطفال Aggressive Infantile Fibromatosis

ورم قاس تحت الجلد بتشكيل بسرعة في أي جزء من الجسم

لدى الأطفال الصغار في السنة الأولى من الحياة . يتميز نسيجياً بتكاثر أرومات ليفية مغزلية ذات انقسامات فتيالية كثيرة . النكس شائع بعد الاستئصال ورغم ذلك فلم يلاحظ حدوث أية نقائل .

الصفروم الليفي اللائوذجي Atypical Fibroxanthoma [Helwig 1963]

ويتظاهر على شكل عقيدات حمراء بنية قاسية عند المرضى المسنين ممن لديهم جلد متأثر من أشعة الشمس ومران سافع على الأجزاء المكشوفة من الجسم ، وبخاصة على الوجه . قد يبلغ قطر هذه العقيدات ١ - ٢ سم وغالباً ما تتآكل .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد تعدد أشكال خلوي شديد في الأرومات الليفية والمنسجات والخلايا العملاقة والخلايا الصفرومية مع أعداد كبيرة من الانقسامات الفتيالية اللائوذجية (الشاذة) أيضاً .

الإنذار : بالرغم من الصورة النسيجية المشابهة للأغران فإن الورم حميد سريرياً ، ولم يتضح فيما إذا كان ورماً حقيقياً أو أنه يمثل تشكلاً تفاعلياً كاستجابة للرضح أو التشعيع السافع . النكس الموضعي بعد الاستئصال محتمل ، ونادراً ما تحدث نقائل إلى العقد اللمفية الناحية .

المعالجة : الاستئصال ، كما أن العلاج الشعاعي فعال أيضاً .

الغرن الليفي الجلدي الناشئ Dermatofibrosarcoma Protuberans [Daryusheh and Firsiroti 1924] ، هوفمان [١٩٢٥]

التعريف : هو ورم نسيج ضام جلدي - تحت جلدي وهو يقع سريرياً ونسجياً بين الليفوم الجلدي والغرن الليفي . النكس الموضعي شائع بعد الاستئصال الجراحي . والنقائل نادرة جداً . وهذا الورم العدواني (الغازي) موضعياً يفسره بعض المؤلفين على أنه آفة قبيل غرنية . إلا أن مثل هذا التحول نحو الغرن لا يبدو كمظهر ثابت ومؤكد .

الحدوث : يحدث هذا الورم غالباً في البالغين (٢٠ - ٤٠ سنة) ويعزى حدوثه غالباً إلى الرضح الموضعي .

الموجودات السريرية : المكان الانتقائي لهذا الورم الوحيد هو الجذع ونادراً ما يصيب الرأس أو الأجزاء الدائنية من الأطراف . تحدث التطورات على مرحلتين :

١ - مرحلة اللويحة : وتتظاهر على شكل صفيحة جذرية قاسية تشبه تصلب الجلد وتنتشر نحو المحيط مع مكونات عقيدية . الكتل الجذرية مجسوسة ، ويكون سطح الجلد ناعماً ومتوتراً بلون بني ضارب للحمرة أو أحمر ضارب للزرقة ، وتتخلله

أحياناً شعيريات متسعة ، وتكون الكتلة متحركة على العمق .
(راجع الشكل ٥٩ - ١١) .

١ - مرحلة الورم : تحدث هذه المرحلة خلال سنوات من ظهور الآفة ، حيث تتشكل عقيدات غير مؤلمة تقيس ٣ - ١٥ سم قطراً . تكون الأورام ذات قواعد عريضة ، عديدة العقيدات ذات لون مزرق أو ضارب للبني . يكون الجلد مشدوداً ومترققاً وتخلله شعيريات متسعة . هناك ميل لحدوث الارتشاح في الجلد المحيط بالآفة والطبقات النسيجية تحت الورم ؛ ونادراً ما يحدث تقرح أو نزف . ليس هناك أعراض عامة أو موضعية حتى عندما تبقى الآفة لفترة طويلة ، وقد تصل فترة تطور الآفات حتى عشر سنوات . إذا حدثت النقائل ، رغم ندرتها الشديدة ، فيمكن أن تشمل العقد اللمفية الناحية أو الرتئين .

التشريح المرضي النسيجي : يعكس الليفوم الجلدي ، فإن الورم يمتد عميقاً حتى النسيج الشحمي تحت الجلد . ويتألف من أورام ليفية مغزلية متراسة بشدة بترتيب حلزوني وبشكل نموذجي مثل دولاب العجلة مع شذوذات نووية معزولة وانقسامات فتيلية . أما خزن الشحوم والهيموسيدرين فنادر أو معدوم . تختلف كمية ألياف المغراء في الورم إلا أنها قليلة عادة . تكون البشرة فوق الورم ضامرة .

التشخيص التفريقي : وتفرق عن الجذرة ، الليفوم الجلدي ، ورم المنسجات ، الغرن الليفي ، يجب تأكيد التشخيص نسيجياً والخزعة العميقة ضرورية .

المعالجة : يجب أن يجري الاستئصال بشكل عميق وعريض حتى يصل إلى النسيج السليم ، وبهذا تُزال تشعبات الورم . ورغم ذلك فإن النكس الموضعي ليس بنادر . قد تكون الجراحة الجذرية صعبة من الناحية التقنية ، خاصة في منطقة قفا العنق ، وفوق الفقرات والمفاصل ، آنذاك يبدى الورم نمواً موضعياً عدوانياً ويمتد نحو العنق على شكل مخروط .

أغران الجلد Sarcoma of the Skin :

الغرن الليفي Fibrosarcoma :

التصريف : ورم ليفي خبيث يحدث في الجلد ويميل بسرعة لإعطاء نقائل .

الموجودات السريرية : يحدث الغرن الليفي في النسيج الضام الجلدي ، في أسفل الساق ، على سبيل المثال ، أو في القدم على شكل عقيدة قاسية بنية اللون ضاربة للزرقة ، أو في الجذع على شكل ورم مسطح ذي نمو سريع وتقرح مبكر . تحدث النقائل للمناطق المحيطة بالآفة باكراً ، وبشكل مغاير للسرطانات ،

فهذا الورم ينتشر غالباً عن طريق الدم وبخاصة إلى الرتئين . يمكن أن تحدث الأغران الليفية على جلد طبيعي ، ولكن أحياناً على ندبات ضمورية للذئب الشائع ، والذئب الحمامي ، والتهاب الجلد الشعاعي بأشعة X أو في جفاف الجلد المصطبغ . ويحدث التحول إلى الأغران في حالات نادرة في الورم الليفي العصبي .

الأغران الثانوية في الجلد : تحدث بوصول نقائل إلى الجلد من أورام بدئية في أعضاء الجسم الداخلية .

التشريح المرضي النسيجي : تكون هذه الأورام غزيرة الخلوية وتبدى نمواً ارتشاحياً ومخرباً . تكون الأرومات الليفية لانموذجية ومغزلية (غرن مغزلي الخلايا) ، أو دائرية (غرن مستدير الخلايا) ، أما السدى فيكون غزير الألياف أو فقيراً بها . وغالباً ما يحتوي كذلك على كمية كبيرة من المخاط (غرن مخاطي) . ويمكن تمييز الأشكال غير المتمايزة (الأغران اللاصطنعة) ، باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة مثل S100 ، وذلك عن السرطانة اللاصطنعة (الكشمية) أو الملائوم الخبيث اللاملائي .

المعالجة : استئصال كامل ومبكر مع هوامش أمان واسعة ، وحين الضرورة ، تعطى معالجات كيميائية متعددة موقفة للانقسام الخلوي .

أورام الأوعية الدموية

Tumors of Blood Vessels :

الوعاؤومات الدموية Hemangiomas :

يمكن أن تحدث أورام الأوعية الدموية الحميدة في الجلد وفي الأغشية المخاطية وفي أعضاء أخرى أيضاً . وهي غالباً ما تكون ولادية كشوشه جنيني ، أو قد تظهر خلال الأيام الأولى من الحياة ، وغالباً ما تكون حدود الوحات الوعائية العضوانية غير واضحة . يشاهد أحياناً استعداد عائلي . وبناء على نمية وبنية وامتداد المكونات الوعائية يمكن أن نميز نسيجياً الوعاؤومات الكهفي ، والليفوم الوعائي ، والوعاؤوم الدموي الليفي ، والوعاؤوم الدموي الشحمي ، والوعاؤوم الدموي اللمفي .

الوعاؤوم الدموي الكهفي

Cavernous Hemangioma :

المترادفات : الوعاؤوم الدموي الكهفي Hemangioma Cavernosum ، السليلة الوعائية .

الموجودات السريرية : الورم الوعائي معروف من قبل عامة الناس ، وهو إما أن يوجد مباشرة عند الولادة أو يظهر خلال

الأيام الأولى بعدها . قد يكون غوه سريعاً خلال الأشهر الأولى من الحياة ، لكنه غالباً ما يتناسب مع نمو الجسم . أما حدوث الوعاؤوم الكهفي في المراحل المتأخرة من الحياة فهو أمر نادر .

واعتماداً على موقعه في الجلد ، يمكن وصفه كوعاؤوم جلدي أو جلدي تحت جلدي أو كوعاؤوم تحت جلدي صرف .

الوعاؤوم الدموي الكهفي الجلدي : هو وعاءوم مرتفع مملوء بالدم وذو لون أحمر غامق . وُصف هذا النمط بشكل خاص من قبل العامة على أنه علامة الفريز . وغالباً ما يشمل نمو الورم الجلد وما تحته . (راجع الشكل ٥٩ - ١٢) .

الوعاؤوم الدموي الكهفي الجلدي - تحت الجلدي : يتبارز الجزء المركزي على سطح الجلد شبيهاً بقمة الجبل الجليدي حيث يعطي شكلاً محدداً بشكل واضح ذا لون أحمر غامق . يشع الجزء تحت الجلدي الرئيسي عند الخواف بلون مزرق . ويمكن تقييم هذا الوعاؤوم بشكل أفضل من خلال الجس .

الوعاؤوم الدموي الكهفي تحت الجلدي : وهو ورم يقع تحت الجلد ويرتفع عن مستوى سطحه كورم طري إسفنجي مزرق وقابل للانضغاط .

الحجم والتوضع : يختلف حجم الورم ، وقد يكون مفرداً أو متعددًا . قد يكون بحدّ ١ سم أو أنه يشغل نصف الوجه . يتوضع في أي جزء من الجسم ويميل للتوضع في منطقة الرأس كما وقد يحدث في الأغشية المخاطية ، وقد يسبب ضخامة اللسان أو ضخامة الشفاه . وقد يترافق بنقص تنسج في النسيج الرخوة أو العظم الذي تحته . (راجع الشكل ٥٩ - ١٣) .

التشريح المرضي النسجي : ويدي التشريح المرضي النسجي عن أنضية وعائية واسعة مملوءة بالدم ، مستورة بخلايا بطانية وتحتوي جدرانها على عضلات ملس . يشغل الورم الأدمة وتحت الجلد .

السير والإنذار : يتراجع عفوياً عند ٧٠٪ من المرضى . ويبدأ التراجع في السنة الأولى من الحياة ويستمر هذا التراجع حتى السابعة من العمر . حيث أن ظهور حدود شبكية ضمرية مؤلفة من مناطق يبيضاء على السطح الأحمر اللامع يُعد علامة للتراجع . لا يبيدي الوعاؤوم الكهفي تحت الجلدي الصرف ميلاً للتراجع .

الاضطرابات : هي النزف ، والخشخشات والتقرح . تحدث الخشخشات المتشكلة داخل الورم نتيجة الضغط والأذيات . ويحدث تعطن السطح عندما تكون هذه الأورام في مناطق الثنيات وخاصة في المنطقة الشرجية التناسلية مما يؤدي إلى النخر وتشكل القرحات. والثام الجرح الثانوي .

يحدث في أحوال نادرة تبدل في أعراض هذا الورم وعلاماته مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة مثلما يحدث حين يتوضع الورم في منطقة الحجاج .

المعالجة : نظراً لشيوع تراجع هذا الوعاؤوم عفوياً ، تستطب المعالجة المحافظة ، ومن المهم إعلام الأهل بذلك لأنهم قد يلجأوا على الطبيب للقيام بإجراء فعال . إن إجراء صورة فوتوغرافية موثقة ومتتالية لمو من الأمور المفيدة . ينصح بإجراء معالجة مبكرة فقط في حالة النمو السريع والتوضع غير المناسب (في الوجه مثلاً) .

المعالجة الجراحية : يُلجأ للعلاج الجراحي في حالات خاصة ، بعد الانتظار فترة كافية كما في حال تأثر وظيفة العضو وإضعافها بتوضع الورم ، أو عند حدوث نزف شديد ومتكرر . تستطب الجراحة أيضاً في الوعاؤومات المشوّهة من الناحية التزيينية وغير المتراجعة ، والمتوضعة في أجزاء مرئية من الجسم وبخاصة الوجه . وتعد العملية من الناحية التقنية صعبة عادةً ، وتتطلب خبرة في جراحة الأطفال والجراحة الرئية . أما الإجراءات التي كانت تستخدم لغاية تزيينية كإزالة الوعاؤوم بالتخثير فقد أهملت الآن .

المعالجة القرية : ينفذ بتطبيق ثاني أكسيد الكربون أو سائل التروجين . وقد ثبتت قيمتها في حالات كثيرة ، ومن الأفضل الابتداء بمناطق صغيرة لاختبار تفاعل الحالات المفردة ، ولا يناسب هذا الإجراء كثيراً الوعاؤومات تحت الجلدية .

المعالجة الجهازية بالستيروئيدات القشرية : يمكنه أن يوقف وبسرعة نمو الوعاؤومات الكهفية الكبيرة . ويستطب هذا العلاج في الوعاؤومات النامية بسرعة ، وبخاصة تلك الموجودة في جوف الحجاج والتي يمكن أن تهدد الرؤية في العين المصابة ، ولا تكون بمتناول العلاج الشعاعي . تكون الجرعات : ٢ - ٣ ملغ من البردينزولون لكل كغ من وزن الجسم وذلك بشكل أولي في الرضع والأطفال الصغار . يتوقف النمو السريع للورم خلال ٢ - ٣ أسابيع . وإن مستوى ومدة العلاج الداعم يجب أن يتكيف مع كل حالة ، ومن الأفضل أخذ موافقة طبيب الأطفال . وبعد إيقاف الستيروئيدات القشرية يمكن أن يعود النمو ثانية . ورغم التحفظات الكثيرة فإن هذه المعالجة ذات فائدة كبيرة في الحالات الشديدة وبخاصة عندما تستخدم بشكلها الصحيح .

العلاج الشعاعي : يمكن إيقاف نمو الوعاؤومات الدموية سريعة السير باستعمال أشعة X اللينة والخفيفة ، كما ويمكن بذلك الإسراع في تراجع الورم . يجب أن تكون المعالجة مستتربة بشكل تام ودقيق . وينبغي ألا تطبق الأشعة فوق اليوافيخ التي لم

تلتحم بعد ، ولا على المفاصل والمشاشات والصدر والدرقية والتوتة والخصيتين والمبيضين . وإذا ما طبق التشيع على مناطق مجاورة للعين فيجب حماية الأخيرة بدرع من الرصاص ، ويجب تحاشي البدء بالأشعة ما أمكن قبل الأسبوع ١٠ - ١٢ من الحياة . وتتراوح الجرعة الواحدة بين ١,٥ - ٣ Gy في معالجة الوعاؤومات التي يصل قطرها حتى ٤ سم ، بينما تتراوح الجرعة الكلية القصوى بين ١٠ - ١٥ (Gy) ، فتكون الفواصل الزمنية بين الجرعات ٦ - ٨ أسابيع ويمكن أن تزداد إذا كان هناك ميل جيد للتراجع .

وعادة ، يكفي علاج واحد أو اثنان . ويجب أن تكيف الجرعات ونوعية الأشعة ، حسب مكان وعمق الآفة في كل حالة . وينبغي عدم استخدام الجرعات المستخدمة في علاج الأورام الخبيثة مطلقاً في معالجة الوعاؤومات الدموية .
المعالجة بالانضغاط : يمكن للضغط أن يؤدي إلى تراجع الآفة ، ومن المفضل استعماله مع أغطية صنعت خصيصاً لهذا الغرض .
المعالجة بالليزر : يمكن أن تطبق فقط في الآفات الصغيرة .
أما المعالجة المصلبة فلا ينصح باستعمالها .

متلازمة مافوسي [1881] Mafucci's Syndrome :

المترادفات : الورام الغضروفي الوعائي ، متلازمة الوعاؤوم الدموي بخلل التنسج الغضروفي .

وهو اضطراب معقد ولادي ، تحدث الوراثة فيه ، ونادر الحدوث ، يحدث في النسج ذات المنشأ الأديمي المتوسطي ، ويتميز بوجود وعاءومات دموية كهفية عديدة في الجلد والأعضاء الداخلية . ويتميز أيضاً بورام غضروفي واخلل تنسج غضروفي مترقيان وغير متناسقان مع تشوهات في الأطراف (تشخص شعاعياً) وخاصة في منطقة الوعاؤومات الدموية .
ثمة ميل لتشكيل أورام خبيثة وبخاصة الغرن الوعائي والغرن الغضروفي .

متلازمة كازاباخ - ميريت

: Kasabach - Merrit Syndrome [1940]

المترادفات : متلازمة الوعاؤوم الدموي بقلة الصفائح .

وهي وعاءوم أو عدة وعاءومات دموية كهفية تترافق مع فرغرية نقص الصفائح التي تتظاهر بكدمات في الجلد ونزوف معوية . تشريحياً مرضياً ، يفترض وجود استهلاك متزايد للصفائح ومولد الليفين كنتيجة للتخثر ضمن الوعاؤومات الدموية العملاقة (اعتلال خثري مستهلك للصفائح حاد أو مزمن ، التخثر المنتثر داخل الأوعية) . قد يتحسن الداء بتراجع عفوي للوعاءومات الدموية .

التشخيص : نقص الصفائح ، تطاول زمن التزف ، نقص مولد الليفين ، ازدياد نواتج تحطم الليفين .

المعالجة : الستيروئيدات القشرية بالطريق الجهازي أثبتت فائدتها . يلجأ للعلاج الشعاعي في حالات استثنائية وكذلك للعلاج الجراحي الذي قد يكون مفيداً . أما الهيارين والأسبرين والديبيريدامول ففائدتها غير واضحة حتى الآن .

متلازمة الوحة المخجلة المطاطية الزرقاء

: Blue - Rubber - Bleb - Nevus - Syndrome

[Bean 1958]

وتتضمن وعاءومات دموية كهفية جلدية أو تحت جلدية متعددة قابلة للانضغاط ، ذات لون مزرقي ، بقطر يتراوح بين عدة ملمترات وعدة سنتيمترات ، ذات قوام مطاطي وحدث فرادي ، نادراً ما تنتقل وراثتها بصبغي جسدي سائد ، تتطور هذه الأورام خلال الطفولة أو بعدها . يصاب الذكور أكثر من الإناث . إن الحدوث المتزامن والمتواتر لهذه الأورام مع وجود وعاءومات في القناة الهضمية وإصابة قلبية هو أمر هام جداً ، إذ غالباً ما يؤدي ذلك إلى نزوف مهددة للحياة (تغوط أسود) وفقر دم . (راجع الشكل ٥٩ - ١٤) .

التشخيص التفريقي : وتفرق عن الأورام الكيية المتعددة ، متلازمة مافوسي (خلل التنسج الغضروفي) ، داء أوسلر .

المعالجة : المعالجة عرضية فقط لفقر الدم الثانوي ، أما الاستئصال الجراحي للأورام المعوية فيصعب إجراؤه عملياً .

الوعاءوم العنقودي الشرياني Angioma Arteriale

: Racemosum

شكل خاص من الوعاؤومات يتألف من كتل وعائية وريدية أو وريدية - شريانية متعرجة ، نابضة ، تنتشر خارج الأدمة وترتشح في أجزاء كبيرة من الجسم وتصاب بتوسعات هائلة . وقد تلمع (تشع) بسبب اللون الأزرق واللون الأحمر الياقوتي . يفيد إصغاء الأوعية في هذه الحالة .

الوعاءوم الشيخى Senile Angioma

المترادفات : الوعاؤوم الدموي الشيخى ، البقعة الياقوتية .
هذه الوعاؤومات الحقيقية ، الحميدة دائماً ، غالباً ما تحدث بعد سن الأربعين ويعرفها الناس باسم « البقعة الياقوتية » ، وهي إما مفردة أو عديدة ، ذات لون أحمر غامق ، مسطحة أو مرتفعة ، محددة بشكل واضح ، وبقطر ١ - ٦ ملم ، توجد عادة على الجذع ولا تبدي تراجعاً عفوياً . (راجع الشكل ٥٩ - ١٥) .

التشريح المرضي النسجي : تبدي الأدمة العليا التواءات والتفافات لشعريات دموية حديثة التشكل اعتباراً من الصفائر تحت الحليمية .

المعالجة : تخريبها وتخطيمها بالليزر أو بالإنفاذ الحراري أو بالاستئصال الجراحي .

وعاؤوم هامش الشفة Angioma of the Labial Margin [Pasini 1907]

المترادف : الوعاؤوم الدموي في الشفاه .

الموجودات السريرية : ويتظاهر على شكل عقيدات بقّد ٣ - ٥ ملم بلون أحمر مزرّق ، أو أسود مزرّق ، طرية القوام ، وغالباً ما تقع في الشفة العلوية في منطقة الحافة الحرة . تحدث هذه الوعاؤومات على هامش الشفتين بعد سن الأربعين ، وتبدو على شكل توسعات وعائية دالية الشكل ومحددة تماماً في الأدمة العلوية وهي ليست بأورام حقيقية (بحيرات وريدية) . (راجع الشكل ٥٩ - ١٦) .

التشخيص : يمكن أن تظهر جزئياً يملّوق زجاجي ، وقد ترافق أحياناً بحدوث بحيرات وريدية في جلد الوجه .

التشخيص التفريقي : تفرق عن الملائنوم الخبيث .

العلاج : الاستئصال الجراحي أو المعالجة بالليزر .

التقرانات الوعائية Angiokeratomas

التقران الوعائي الجسمي المحدود Angiokeratoma Corporis Circumscriptum [Fabry 1915]

المترادف : التقران الوعائي الجسمي وحشي الشكل .

الموجودات السريرية : توجد هذه التشوهات الوحمانية منذ الولادة ، حيث تبدو توسعات وعائية وحشية بلون أحمر مزرّق أو مسود ، تكون على الساق عادة نتيجة تكاثر وتوسع الشعريات الدموية الحليمية ، وتغطي عادة بفرط قرن ثؤلولي الشكل ، وقد تشاهد أحياناً بشكل خطّي أو نطاقيّ . (راجع الشكل ٥٩ - ١٧) .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف عن توسعات شعرية في المسافات تحت البشرة مع فرط قرن بشروي .

السير : يوازي نموها نمو الطرف ، وهناك نمو عفوي في سن المراهقة أو بعده ولا تبدي ميلاً عفوياً للتراجع .

التشخيص التفريقي : يمكن أن تختلط التشكلات الوحيدة الثؤلولية ذات اللون الأزرق الغامق أو الأحمر الغامق مع الملائنوم الخبيث الثؤلولي .

المعالجة : بالاستئصال .

التقران الوعائي لميليلي

Angiokeratoma Mibelli [1889]

المترادفات : التقران الوعائي الأصبعي باختناق النهايات

Angiokeratoma Digitorum Acroasphycticum

الحدوث : نادر وأحياناً عائلي .

الموجودات السريرية : تحدث هذه الآفات الحميدة على الوجه الظهري للأصابع واليدين ، وأيضاً على المرفقين والركبتين والقدمين والربع السفلي الوحشي من الثدي . أكثر ما تصاب الفتيات في عمر ١٠ - ١٥ سنة . تشاهد توسعات وعائية بقّد عدة ملمترات بلون أحمر غامق ، أو أحمر رمادي ، متعددة ومبعثرة ، وتكون مغطاة بفرط قرن صلب أصفر ثؤلولي الشكل . يبدو أن تأثير البرد يلعب دوراً في تطورها ، وقد يكون هناك ميل لحدوث الجلد المرمري وزراق النهايات والشرث .

التشريح المرضي النسجي : تشمل التبدلات شواكاً ، وفرط قرن بشروي فوق توسعات وريدية كهفية محدودة للشعيرات الحليمية . وقد تشاهد أحياناً زشاحة خفيفة بالمفاويات .

السير : مزمن ، تميل الآفة للازدياد في حجمها وعددها ببطء . وليس هناك ميل للتراجع العفوي أو للاستحالة الخبيثة .

التشخيص التفريقي : التقران الوعائي الجسمي المنتشر .

المعالجة : تخريب الآفة بالإنفاذ الحراري أو بالليزر .

التقران الوعائي الصفني والتقران الوعائي الفرجي Angiokeratoma Scroti and Angiokeratoma Vulvae [Fordyce 1896]

إن التقرانات الوعائية المتعددة في جلد الصفن شائعة لدى الرجال المسنين .

وهي تتألف من توسعات وعائية دموية حمراء لامعة أو حمراء مزرقة بقّد ١ - ٥ ملم ، تزداد عدداً ببطء وهي ذات أشكال ثؤلولية مختلفة . (راجع الشكل ٥٩ - ١٨) .

تحدث تغيرات مشابهة في الفرج . وهذه التشكلات حميدة .

التشخيص التفريقي : التقران الوعائي الجسمي المنتشر .

الحبيوم المقيح Granuloma Pyogenicum

[Poncet and Dor 1896]

المترادفات : حبيوم الشعيرات الدموية المتوسعة ،

Botryomycoma

التعريف : الحبيبوم المقيح هو عقيدة وعَاقُومِيَّة شَعَرِيَّة بِلون أحمر تتطور بسرعة وهي شائعة خاصة بعد الرضوح ونازقة بسهولة .

الإمراض : يتركز هذا التشكل بصورة أولية على أورام وعائية شعرية طفحجية تتكاثر بسرعة وتصاب بمجمج ثانوي ثم تصبح حبيبوماً . غالباً ما يكون هناك قصة رضح سابق . وهي تشاهد أيضاً أثناء العلاج بمادتي Isotretinoin و Etretnate .

الموجودات السريرية : هي تشكلات وعائية حميدة طرية كروية الشكل أو حليمومية تصل حتى ١٠ ملم قَدْماً ، ذات لون أحمر لامع أو أحمر مزرق . يتوضع الورم فوق الجلد بقاعدة إما أن تكون ضيقة أو بشكل سويقة قصيرة . يكون سطح الورم لامعاً وغالباً رمادياً مرقطاً ورطباً ، أو متجلباً ذي مفرزات ، والبشرة التي تحيط بالقاعدة تشبه الطوق . تتميز هذه الآفة بأنها سهلة التأذي جداً مع ميل للترف الذي يصعب إيقافه ، وينجم عن هذا جلبات غامقة من الدم على السطح .

المواقع المفضلة له هي : الشفتان والأغشية المخاطية في الفم ، الوجه ، الفروة ، الأصابع ، الراحتان والظهر . تحدث الحبيبومات المقيحة على الجروح المخروشة والمتلته بعد الأذية بمدة ١ - ٣ أسابيع ولكنها قد تحدث عفواً أيضاً . (راجع الشكل ٥٩ - ١٩) .

التشريح المرضي النسجي : تكون العقيدة الوعائية النامية للخارج إما خالية من البشرة بعيداً عن السويقة أو مغطاة فقط بطبقة رقيقة من الظهارة . ويتألف الورم من سدى رخر يشاهد ضمنه شعيرات دموية متسعة متعرجة حديثة التشكل . تكون التغيرات الالتهابية تابعة لمرور العدلات والخلايا الالتهابية الأخرى ، وهي التي تحدث الآفة الحبيبومية .

التشخيص التفريقي : إن القصة القصيرة والنمو السويقي والطور البشري تعد من المميزات النموذجية لهذا الحبيبوم . ومن الهام تفريقه عن الملائنوم الخبيث اللاملائي والذي يعد من الأمور الصعبة أحياناً . ويجب تمييز الوعاؤومات الدموية الطفحجية والخثارية والأورام الوريدية الشريانية في النهايات .

المعالجة : يجب استئصال الحبيبوم مع السويقة الوعائية الممتدة إلى النسيج الأدمي العميق ، حيث يمكن أن تنكس إذا كان الاستئصال سطحياً فقط .

الورم الكبي [Glomus Tumor] : [Mosson 1924]

المرادفات : العصبوم الوعائي العضلي ، الوعاؤوم الكبي .

التعريف : الأورام الكبية هي أورام حميدة مشتقة من المفاغرات الشريانية الوريدية ، وتتألف نسيجاً من أقية وعائية محاطة بخلايا كبية .

الحدوث : نادر نسبياً . أحياناً يحدث بشكل عائلي ، وهذا ما يفترض وجود نفوذ وراثي بصبغي جسدي سائد ، وكذلك الحدوث المتوافق مع التشوّهات الخلقية في المناطق المصابة .

الموجودات السريرية : لا يوجد فرق بين الأورام الكبية المفردة والأورام الكبية المتعددة والتي هي نادرة الحدوث . وهذه الأخيرة يمكن أن تكون معممة أو محصورة في منطقة معينة ، وتكون ذات ترتيب قطعي ، مجموعي أو على شكل مجموعات . ويمكن أن تبدي الأورام الكبية المتعددة حدوثاً عائلياً متزايداً .

تبدو الأورام الكبية كعقيدات صغيرة ، قاسية نسبياً ، بلون أحمر مزرق أو أزرق بنفسجي تصل حتى ٥ ملم قَدْماً . وتوجد بشكل مسطح على الجلد أو تبرز بشكل نصف كروي . وإن الألم الناجم عن الضغط على شكل هجمات عنيفة من ألم طاعن هو مظهر وصفي للورم . وأكثر الأماكن انتقاء للأورام المفردة هي أصابع القدمين واليدين وخاصة تحت الأظفار . يمكن لأورام كبية أخرى أن تحدث في أي مكان من الجسم وعلى الأغشية المخاطية أو الأعضاء الداخلية . (راجع الشكل ٥٩ - ٢٠) .

التشريح المرضي النسجي : توجد تلفيفات وعائية ، تكون بطانتها محاطة بمعطف من خلايا بشرانية مكعبة نيرة دعت بالخلايا الكبية ، وهي خلايا عضلية ملساء معدلة . وفي الأورام المفردة ، من الشائع وجود تراكم كثيف لخلايا كبية بين المسافات الوعائية (الشكل الصلب) . أما في الأورام الكبية المتعددة فتحاط الخلايا الكبية بتوسعات وعائية كهفية أكثر شدة ، وتكون مبطننة ببطانة وعائية ذات طبقة واحدة أو اثنتين (الشكل الوعاؤومي) . وهناك أعداد من الخلايا البدينة والألياف العصبية في هذه الأورام .

لقد تم توضيح السؤال المتنازع عليه حول طبيعة الخلايا الكبية (مثلاً فيما إذا كانت خلايا بطانية معدلة أو خلايا محيطية بالعصب أو خلايا عضلية) . وقد توضح بالمجهر الإلكتروني بأنها خلايا عضلية ملساء . وتعد الأورام الكبية بأنها أورام التفاغرات الشريانية الوريدية .

التشخيص التفريقي : الوعاؤوم الدموي ، العضلوم الأملس ، الغنوم العرق الناتج الخلزوني ، الملائنوم الخبيث . وفي الشكل المتعدد : الوعاؤوم الدموي المترقي ، النقائل الجلدية ، ومتلازمة المجلّة المطاطية الزرقاء Blue Rubber Bleb .

المعالجة : بالاستئصال .

غرن كابوزي Kaposi's Sarcoma : [Kaposi 1872]

المرادفات : الغرن العديد التزفي مجهول السبب ، داء كابوزي .

التعريف : تكاثر خبيث عديد البؤر يصيب الشعيرات الدموية وخلايا النسيج الضام حول الأوعية في الجلد والأحشاء الداخلية . تبدأ الآفة التقليدية عادة في المحيط وتنتشر باتجاه المركز ، وهي تؤدي للموت بعد ١ - ٢٠ سنة .

يمكن تصنيف الورم كالآتي :

- غرن كابوزي المدرسي (التقليدي) / الشكل النموذجي والشكل اللائق النموذجي / .

- الشكل المتوطن لغرن كابوزي في أفريقيا .

- غرن كابوزي في المرضى المثبتين مناعياً .

- غرن كابوزي الوبائي (المنتشر) في مرضى الأيدز

AIDS .

الحدوث : إن تواتر حدوث غرن كابوزي التقليدي يدي اختلافات جغرافية شديدة ، فقد ورد حدوث متزايد في جنوب شرق وشرقي أوروبا . وهناك تواتر متزايد في الزمرة HLA - DR5 . وهناك كذلك حدوث مرتفع لدى الأشخاص السود في أفريقيا المدارية حيث تصل إلى نسبة ٩٪ من الأورام الخبيثة . وقد تم مناقشة التأثيرات الوراثية والأسباب الحموية . يصاب الرجال أكثر بعشر مرات من النساء . وقد ورد حدوث حالات عائلية . يبدأ غرن كابوزي التقليدي بعمر يتراوح بين ٣٠ - ٧٠ سنة ، ويحدث باكراً لدى الأشخاص مثبتي المناعة .

الإمراض : غير معروف ، ولكن الملاحظات السريرية والوبائيات تدل على وجود مجموعة كبيرة من العوامل متضمنة : الاستعداد الوراثي ، اضطراب التنظيم المناعي ، التأثيرات الهرمونية ، الرشح الموضعي ، الحماض الراشحة المولدة للأورام مثل الحمة المضخمة للخلايا . مثل هذه التأثيرات الإمراضية قد تقود إلى عدم انتظام في وظيفة الخلايا البطانية والمحيطية بالوعاء ، وتكاثر الأوعية اللمفية والدموية ، وبالتالي عدم تمايز خلوي غير مسيطر عليه ، فتكاثر هذه الخلايا . وفي المراحل الأخيرة تبدي الخلايا خواص التكاثر الخبيث الوصفية .

الموجودات السريرية :

غرن كابوزي المدرسي أو الفردي : يبدأ بشكل متناظر على القدمين (راجع الشكل ٥٩ - ٢١) أسفل الساقين وأحياناً على اليدين . تحدث وذمة بشكل مبدئي وآفات بقعية جاشة بلون أحمر بني إلى بنفسجي مزرق ، تتطور إلى لويحات مسطحة مرتشحة وعقيدات مؤلمة قاسية وأورام . تظهر عقيدات جديدة في الحواف وتصبح مندمجة مع العقيدات المركزية وتشكل ارتشاحاً سميكاً . وفي النهاية يتشكل تورم هائل يحيط بالمنطقة المصابة . وبسبب انقطاع التصريف اللمفي يحدث أيضاً داء

الفيل . يحدث إدماء في الآفات وبذلك تصبح نازفة ويصبح السطح ذا منظر يذكر بتغيرات الفرفرية الصفراء المخثرية Ochre .

يؤدي الضغط الآلي والرضح إلى حدوث تقرحات . تبقى التغيرات مقتصرة على المنطقة الأصلية لفترة طويلة . وأخيراً تتصل مع آفات مماثلة على الجذع ، المنطقة التناسلية ، الوجه ، الخاطية الأنفية والأحشاء الداخلية . ويمكن أن يصاب الغشاء المخاطي للجهاز الهضمي والكليتين والكبد والرئة والعقد اللمفية . قد يحدث لمفوم وايضا دم بمجموعتين أحياناً لدى هؤلاء المرضى .

غرن كابوزي اللائق النموذجي : وبشكل مغاير للسير المتطور نحو المركز للنموذج المدرسي فإن الصورة اللائق النموذجية يمكن أن تحدث في البداية : بتوضع الداء على الجذع يتبعه انتشار نابذ من المركز إلى المحيط وإصابة غير متناظرة في طرف واحد ، مع آفة بدئية في الأحشاء الداخلية ، وحدث وذمة قبل أي عرض آخر وإصابة العقد اللمفية البدئية (راجع الشكل ٥٩ - ٢٢) .

غرن كابوزي عند المرضى المثبتين مناعياً : لوحظت تظاهرات سريرية مختلفة لغرن كابوزي في المرضى بعد زرع الأعضاء مع الاضطرابات المناعية الذاتية والمفومات الخبيثة لدى المعالجين بمثبطات المناعة مثل الآزاثيوبرين ، الستيروئيدات القشرية والسيكلوسبورين .

غرن كابوزي الوبائي المترافق بالإيدز : يحدث غرن كابوزي المنتشر عند حوالي ثلث المرضى الذكور الجنوسيين Homosexual المصابين بالإيدز ، على شكل آفات شديدة التنوع . الأنماط الرئيسة هي : العقيدية ، المزدهر ، الارتشاحي ، والاعتلال العقدي اللمفي .

تتوضع ٩٥٪ من هذه الآفات بشكل مبدئي في الجلد . وقد تبدو الآفة على شكل بقع صغيرة يتراوح لونها بين الوردي إلى الأزرق ، أو شبيهة بالورم الدموي ، أو بشكل لويحات حمراء مزرقة أو بشكل أورام حمراء بنية مزرقة قد تتقرح .

قد تكون الآفة مفردة أو بأعداد متزايدة بشكل ثابت من الآفات العديدة المتوزعة على الجسم . وغالباً ما تكون الآفات الحطاطية بيضوية أو مغزلية الشكل ، وقد تتوزع بشكل متناظر وفقاً لخطوط لانجر Langer الجلدية . غالباً ما تصاب الخاطية الفموية والغشاء المخاطي للجهاز الهضمي والعقد اللمفية والرتان وأعضاء أخرى كثيرة .

يمكن أن يكون غرن كابوزي التظاهرة الوحيدة للخمج بحمة HIV لفترة من الوقت ، وهو نادر عند الإناث والمرضى المخموجين بمنتجات الدم .

مراحل غرن كابوزي :

I آفات جلدية موضعية .

II آفات جلدية وتخريب موضعي مع إصابة عقد لمفية ناحية أو دون إصابتها .

III آفات مخاطية جلدية معممة مع إصابة عقد لمفية أو دون إصابتها .

IV إصابة حشوية .

الغرن الوعائي في الفروة والوجه Angiosarcoma of

[Livingston and Klemperer : the Scalp and Face

1926]

المرادفات : البطانوم الوعائي الدموي الخبيث ، الغرن المولد للأوعية في الخوذة ، الغرن الشبكي المولد للأوعية في الفروة ، الغرن الوعائي اللمفي في الفروة .

التعريف : ورم وعائي خبيث ، نادر ، مقاوم على المعالجة ، يحدث في الأشخاص المسنين في منطقة الفروة أو الوجه مع نقائل ثانوية . (راجع الشكل ٥٩ - ٢٣) .

الموجودات السريرية : قد تشابه التغيرات الجلدية في البداية الورم الدموي حتى تتشكل عقيدات وعازومية حول جلد كومي الشكل أزرق محمر مع ارتشاح مخرب وتقرح . وغالباً ما يحدث ثرُ اللمف Lymphorrhea من المناطق المتأكلة . تنتقل الأورام بالانتشار الدموي وخاصة إلى الرئتين . وتنشأ أحياناً اعتباراً من وعازومات دموية ولادية مسطحة وحدية .

التشريح المرضي النسجي : قد تختلف درجة التمايز . ويزداد عدم التمايز خلال سير الأفة . في البداية توجد تغيرات مولدة للأوعية مع بنى شبيهة بالشعيرات الدموية مبطنة ببطانة وعائية لانمطية . من ثم وفي المرحلة الغزنية عديمة التمايز تتشكل كتل مصمتة من خلايا مغزلية عديدة الأشكال مع شقوق وعائية مملوءة بالدم وتسرب كريات دم حمراء خارج الأوعية .

المعالجة : غالباً لا يمكن إجراء استئصال جذري . ويكون الورم حساساً على الأشعة في البداية ويزداد حدوث النكس المقاوم للعلاج الشعاعي . غالباً ما تمكّن المعالجة الكيماوية المتعددة من كبح السير المميت المطلق لمدة أطول .

أورام الأوعية اللمفية

: Tumors of the Lymph Vessels

: Lymphangiomas الوعازومات اللمفية

كما هي الحال في الوعازومات الدموية ، تكون الوعازومات

(١) ذكرت استجابة بالحقن الموضعي بالبليومايسين (المترجم)

التشريح المرضي النسجي : توجد تراكبات عقدية أو بقعية من شعيرات دموية غير تامة ولانمطية في الأدمة مع أفضية شقية مملوءة بالدم تتوضع بين حزم كثيفة من خلايا مغزلية ، وتكون ترسبات الهيموسيدرين شائعة . وجدت بالفحص المجهرى الإلكتروني بنى شبيهة بالشعيرات الدموية مع أو دون تشكل لمعة . تمثل الخلايا المغزلية خلايا بطانية معدلة ومستورة بصفحة قاعدية وتستطيع بلعمة الكريات الحمر وهي إيجابية العامل الثامن . وعندما يكون عدم التمايز أكثر شدة فإن الصورة تتوافق مع الغرن اللمفي الوعائي أو الغرن الوعائي . كما وتوجد أيضاً خلايا النهاية وبخاصة في الأطوار الأولى .

السير السريري والإنذار : يترق الداء التقليدي ببطء لعدة سنوات دون تغيرات ملحوظة . إن معدل فترة البقاء هو ٨ - ١٣ سنة ، ومن الممكن حدوث تراجع عفوي في بعض الحالات المفردة . قد تطفح الأورام على الجلد في أي وقت وبتتابع سريع . كما يمكن أن تنتثر بالطريق اللمفي وتنقل إلى الأحشاء الداخلية . تسوء الحالة العامة ، وتؤدي إصابة الأعضاء الداخلية (الأمعاء الدقيقة ، الكليتين ، العقد اللمفية) وفقر الدم والأنحاج المتكررة التي تؤدي إلى الوفاة .

يموت حوالي ١٠ - ١٥٪ من مرضى الأيدز - الذين لديهم غرن كابوزي منتشر بسبب الورم خلال سنتين ، ويموت حوالي ١٧٪ بسبب خبايا ثانوية .

التشخيص التفريقي : ويفرق عن التهاب الجلد الوعائي في النهايات (غرن كابوزي الكاذب) في حالة القصور الوريدي المزمن ، والغرن الوعائي اللمفاوي ، والتقران الوعائي ، والوعازومات الدموية ، والحبيبوم المقيح ، والغرن الوعائي الدموي . يكون التشخيص سهلاً عندما يكون البدء والسير نموذجيين .

المعالجة : يمكن استئصال الآفات المحدودة . للعلاج المبكر بأشعة X اللينة والخفيفة بجرعة مفردة من ٢ - ٣ Gy حتى جرعة كلية تتراوح بين ١٥ - ٢٠ (٣٠) Gy تأثير ملطف . تم الحصول على أفضل النتائج بالعلاج الكيماوي المتعدد ، وينصح بمشاركات متنوعة من الستيرويديدات القشرية السكرية مع

الفرن الوعائي اللمفي (ستيوارت - تريفيز)
[Stewart and Treves : Lymphangiosarcoma 1948]

المرادفات : متلازمة ستيوارت - تريفيز ، الفرن اللمفي التالي لاستئصال الثدي .

التعريف : (- وعائي دموي) فرن وعائي لمفي (بطانوم خبيث) مع ركودة لمفية فيلية مزمنة .

الموجودات السريرية : ينشأ هذا الفرن اللمفي على وذمة لمفية مزمنة تالية للأعمال الجراحية في الذراع وعادة بعد ٥ - ٢٠ سنة من استئصال الثدي . تواتر الحدوث حوالي ٤٥ ٪ لدى النساء اللواتي بقين على قيد الحياة بعد استئصال الثدي لمدة أكثر من خمس سنوات . وهو ليس غزناً وعائياً لمفياً صرفاً لأنه نازف سريرياً ، ونسجياً يحتوي على أفضية مملوءة بالدم نموذجية . ويمكن للآفات الخطاطية البقعية أن تتطور إلى عقيدات متفرحة .

التشخيص التفريقي : يفرق عن فرن كابوزي والنقائل الجلدية لسرطان الثدي .

التشريح المرضي النسجي : ويكشف عن أفضية وعائية شاذة مبطنة بخلايا بطانية لا نموذجية مترافقة مع رشاحة النهائية ، وخزن هيموسيدرين ووذمة لمفية مزمنة .

الإنذار : الورم خطير لإمكانية انتقاله بالطريق الدموي واللمفي .

المعالجة : البتر المبكر ، أو العلاج الشعاعي أو العلاج الكيماوي .

أورام العظم ، العضلات والغضروف
Tumors of Bone, Muscle, and Cartilage

العضلوم الأملس : Leiomyoma

التعريف والموجودات السريرية : وهي تنشآت حميدة تبدو على شكل عقيدات ذات لون لحمي أو زهري في أي مكان من الجسم ، ولكنها توجد عادة على الجهات الباسطة للأطراف والأليتين . تكون بشكل مجموعات مصطفة بجانب بعضها على شكل حزم ، وكذلك تتوضع الأورام الصغيرة التي تبلغ ٢ - ٥ ملم قدماً ، وتتوضع كلها في الاتجاه نفسه . تبدو أحياناً ذات لون ضارب للبي أو الأزرق وتحث انتفاخاً واضحاً في الجلد . إن الألم الناجم عن الضغط بالجلوس الجانبي أو بالمش بالبرودة يُعدّ مميزاً للآفة .

اللمفية إما ولادية أو أنها تظهر في فترة الطفولة المبكرة . وهي تشغل أيضاً موقعاً متوسطاً بين الأورام الحميدة والتشوهات الوجيهة . وقد تحدث وعائومات لمفية دموية مختلطة . أما نسجياً ، فيكشف عن أوعية لمفية متسعة كهفية توجد في مختلف طبقات الجلد .

الوعائوم اللمفي المحدّد الكيسي

: Lymphangioma Circumscriptum Cysticum

الموجودات السريرية : قد يتوضع على أي جزء من الجلد بما في ذلك الأغشية المخاطية . وقد يسبب ضخامة لسان إذا توضع على اللسان . يتظاهر على شكل حويصلات كاذبة ذات تجمعات حلّية الشكل ، وتكون شافة ومتوترة تشبه دقيق النخل أو بيوض الضفادع ، وتتوزع على الجلد بشكل عشوائي . وبالعكس حويصلات الحلاّ البسيط أو داء المنطقة فهي توجد بشكل دائم منذ الولادة ، وتبدي زيادة متدرجة في الحجم ولا تؤدي إلى أية أعراض . أما بعد الرضوح فقد تصبح محتوياتها دموية اللون ، وقد ينشأ عليها وعائوم لمفي دموي . تكون أحياناً متصلة مع وعائومات لمفية تحت الجلد أو تتصل بمجموعة أوعية لمفية متسعة تمتد حتى العضلات . (راجع الشكلان ٥٩ - ٢٤ و ٥٩ - ٢٥) .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الوعائوم اللمفي المحدّد الكيسي العرضي أي توسع الأوعية اللمفية الجلدي ، بعد العمليات الجراحية ، وخاصة في المنطقة الأربية (بعد جراحة الفتوق) .

المعالجة : ويتم بالاستئصال الجراحي ، أو بالإفناذ الحراري ، أو العلاج بالليزر في الوعائومات اللمفية الدموية ، أو المعالجة القرية السطحي . وقد يضطرنا حدوث النكس للجوء إلى الاستئصال الجراحي لمجموعة الأوعية اللمفية المتسعة تحت الجلدية .

الوعائوم اللمفي الكهفي تحت الجلدي

: Lymphangioma Cavernsum Subcutaneum

يؤدي هذا الوعائوم إلى حدوث انتفاخ محدد على الجلد يتوضع تحته ورم محدد بشكل واضح قابل للانضغاط ، عجيني ، ويمكن رشف اللمف بالإبرة . قد تشغل الأورام الكبية الكبيرة أجزاء كاملة من الجسم ، وقد تؤدي إلى حدوث داء الفيل في الأطراف وثخانة هائلة في الرقبة وضخامة شفاه .

المعالجة : في الحالات المناسبة يكون الاستئصال الجراحي كافياً .

أورام النسيج الشحمي

Tumors of the Adipose Tissue

الشحموم (الورم الشحمي) والورام الشحمي : Lipoma and Lipomatosis

التعريف : الشحمومات هي تكاثر شبيه بالورم محدد جيداً يصيب النسيج الشحمي تحت الجلد .

الموجودات السريرية : تحدث إما مفردة أو متعددة . وأهم أماكن التوضع هي : الأكتاف ، الظهر ، الذراعان ، والجلبة . غالباً ما يمكن جسيها كأورام مرنة ، صلبة ، مفصصة ، محددة جيداً . تبدي تموجاً كاذباً لأن متن الورم محاط بمحفظة . هذه الأورام قسابة للحركة بين الجلد والصفاق . تسبب الشحمومات الأكبر تورماً في الجلد . فيما عدا ذلك فهي لا تؤدي إلى أعراض سوى أنها مؤلمة بالجلس أحياناً فقط . هذه الأورام حميدة دائماً . وفي الشحمومات الواقعة في المنطقة القطنية العجزية يجب استبعاد كل من القيلة السحائية والسنسنة المشقوقة دائماً .

الورام الشحمي Lipomatosis : يتميز بوجود عدد كبير من الشحمومات الحميدة على الجذع والأطراف ، والتي تحدث بشكل متزايد في النصف الثاني من الحياة . هناك استعداد وراثي لهذه الآفات ، وتصاب النساء غالباً أكثر من الرجال . (راجع الشكل ٥٩ - ٢٧) .

الشحمومات المتعددة كعلامة Lipomas as a Sign : تحدث في الورام الليفي العصبي المعمم ، متلازمة غاردنر ، متلازمة ريشتر - هانهارت .

التشريح المرضي النسيجي : توجد فقط فصيصات صغيرة من نسيج شحمي ناضج ، منقسم بمحواجز وله محفظة على الأغلب . عندما تكون حركية النسيج الضام واضحة فهي عندئذٍ شحموم ليفي ، وعندما يكون هناك ازدياد في الحركية الوعائية فهو شحموم وعائي . وتعطي المنسجات شحموماً مغزلي الخلايا ، ويحوي الشحموم غير النموذجي خلايا زائدة الكروماتين وقد يحتوي على ألياف عصبية أيضاً ، وهذا ما يفسر الإحساس بالضغط .

التشخيص التفريقي : ويفرق عن الكيسات ، الكيسومات الزهمية ، الليفومات ، الورام الليفي العصبي ، الحبيسومات الشحمية ، التهاب السبلة الشحمية ، النقائل تحت الجلدية للأورام الخبيثة . ويجب أن تُجرى الخزعة في كل حالة مشكوك بها .

المعالجة : يمكن إزالة الشحمومات (الأورام الشحمية)

الحدوث : أندر حدوثاً عند الرجال منه عند النساء ، يكون عادة عائلياً . تبدو العضلومات الملساء المفردة بشكل أورام صلبة على جلد الصفن (عضلوم الغلالة السليخة) ، الشفر الكبير ، أو في ناحية الحلمة ، وهي لا تؤلم بالضغط عادة . تكون العضلومات الملساء المفردة على شكل عقيدات أدمية منفصلة على ساقى النساء ومشكلة من عضلات الوريد الملساء . (راجع الشكل ٥٩ - ٢٦) .

التشريح المرضي النسيجي : ويكشف عن الأورام الصغيرة التي تتألف من ألياف عضلية ملساء تشتق من العضلات الناصبة للأشعار ، أو العضلات الملس الوعائية أو من الغلالة السليخة . يساعد ملون آزان Azan على التفريق بينها وبين الليفوم الجلدي .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الغدوم العرقي الناتج الخلزوني حيث تتشابه الأعراض الشخصية .

المعالجة : في الأشكال الموضوعة يفضل الاستئصال ، ويجرب النيفيديين أو النتروغليسرين من أجل الراحة من الألم .

الغرن العضلي الأملس Leiomyosarcoma :

تعتبر الأغران العضلية الملساء الجلدية البدئية نادرة (٢,٣٪ من أورام النسيج الرخوة السطحية) . يصاب الرجال أكثر ، وتبدو الأورام عادة على شكل عقيدات مفردة ، صلبة . تكون مؤلمة أحياناً وتوجد غالباً على الأطراف السفلية .

الإندازر جيد نسبياً بسبب انخفاض نسبة حدوث النقائل إن لم يكن هناك إصابة لما تحت الجلد .

التشريح المرضي النسيجي : تكون الأورام محدة قليلاً أو كثيراً ، وقد تختلف درجة التمايز ضمن أجزاء الورم المختلفة . توجد في المناطق الأقل تمايزاً خلايا مغزلية ذات شكل غير منتظم وخلايا عملاقة لانمطية مع نوى كشمية شاذة ، وقد يكون عدد الانقسامات الفتيلية عالياً .

التشخيص : ويتم بالفحص النسيجي فقط .

المعالجة : بالاستئصال الواسع ، ومتابعة المريض .

الغضروم (الورم الغضروفي) ، العظموم (الورم العظمي) Chondroma and Osteoma :

الأورام الغضروفية الحميدة هي أورام نادرة ، وتشاهد عادة في اليدين والقدمين . والأورام العظمية نادرة كذلك ، وتكون غالباً بشكل عقيدات جلدية قاسية ، تحدث بشكل خاص على الفروة . إن التمييز بين الأورام العظمية الحقيقية وتعظّمات الآفات الجلدية الأخرى غير ممكن دائماً . تشخص هذه الأورام نسيجياً .

المشوهة بعد شق الجلد ، وإن إزالة هذه الأورام بمص الشحم أصعب بكثير من إزالة النسيج الشحمي الطبيعي تحت الجلد بالطريقة نفسها .

متلازمة لونوا - بنسود

[Launois - Bensaude Syndrome 1898]

المرادفات : الورام الشحمي الحميد المتناظر ، الورام الشحمي الغدي المتناظر .

التعريف : هو ورم شحمي يصيب غالباً العنق ، أعلى الذراعين والجلد ، ويعطي للمصاب مظهر جسم الرياضي الكاذب . (راجع الشكل ٥٩ - ٢٨) .

الحدوث : قد تشاهد بعض الحالات العائلية بشكل غير نموذجي . ولقد نوقش وجود اضطرابات الاستقلاب الأخرى لدى الأقرباء .

الموجودات السريرية : تحدث التكاثرات الورمية المنتشرة للنسيج الشحمي في العنق ، وخاصة في قفا العنق ، والناحية العلوية من الذراع وبشكل خاص في المناطق الجانبية من الجلد ، وأحياناً قد تصيب هذه الأورام مناطق الثنيات من الفخذين ، وغالباً عند الرجال . تكون أورام النسيج الشحمية مرنة ، عجيبة ، رخوة ، أو تكون أكثر توتراً . ويمكن أن تفرق بالجلس عن العضلات المتضخمة .

الأعراض : تشاهد شدة نفسية ، فرط بروتينات الدم الشحمية من النمط IV ، وفرط حمض البول في الدم ، والسكري والكحولية ، وأحياناً يحدث اعتلال عقد لمفية .

المعالجة : فقط بالاستئصال الجراحي إن أمكن . ويمكن لهذه الأورام أن تنمو من جديد . وبالرغم من إمكانية عودة نمو الورم فإن نتائج الطرائق الجراحية تكون جيدة وذات قيمة كبيرة لأسباب نفسية ، كما ويمكن تجربة طريقة مص الشحم Liposuction .

الورام الشحمي العنقي Cervical Lipomatosis :

المرادفات : ويدعى عنق ماديلنغ أيضاً .

غالباً ما تشاهد في هذا الورام الشحمي زيادة كتلية منتشرة وشديدة في النسيج الشحمي تحت الجلد ، غير مؤلمة ولكنها مزعجة جمالياً ، وذلك في العنق وفي منطقة الكتف (الشحموم المنتشر) . وتتطور هذه الآفة خلال أشهر أو سنوات ، وأحياناً يكون ظهورها عائلياً . ليس هناك علاقة لهذا الورام مع السمعة ولكن من المرجح وجود علاقة مع الشحامة المؤلمة /أو مع متلازمة لونوا - بنسود .

الشحامة المؤلمة Adipositas Dolorosa :

[Dercum 1888]

المرادفات : داء ديركُم ، الورام الشحمي المؤلم ، الألم الشحمي Lipalgia .

التعريف : هو تزايد منتشر ومؤلم في النسيج الشحمي ، خاص بالنساء وفي سن اليأس عادة ، والإمراض مجهول .

الموجودات السريرية : توجد سِمَة لدى المصابة مع وسادات شحمية مؤلمة عفوياً في الجلد والمناطق الإصبعية في الأطراف . تعف الإصابة عن الوجه عادة . وقد يكون الجلد فوق الوسادات الشحمية أزرق ضارب للحمرة . بالإضافة إلى وجود وهن ، وخمول ، واضطرابات نفسية مع ميل إلى الكآبة ، كما لوحظ وجود حكة .

التشريح المرضي النسيجي : يوجد نسيج شحمي طبيعي ، ونادراً ما توجد تبدلات النهائية .

التشخيص التفريقي : يفرق عن داء الفيل ، الشحمومات ومحاطينة الجلد الموضعة (المحددة) .

المعالجة : أي التهاب أعصاب يتوجب علاجه ، بخلاف ذلك فلا يعرف أي علاج فعال .

أورام الجهاز العصبي

: Tumors of the Nervous System

: Neuroma العصبوم

العصبومات الصغيرة المؤلمة ليست نادرة في جدعات Stumps البتر (عصبومات البتر) .

نسيجياً : تظهر عقيدات ثخينة وحزم من عصبيات غير منتظمة وأغمد الأعصاب ولكن لا تتوضع حول نويات الخلايا العصبية . هناك جدال حول حدوث العصبومات العفوية الحقيقية في الجلد .

المعالجة : بالاستئصال .

ورم غمد الليف العصبي Neurolemmoma :

المرادفات : الشفانوم Schwannoma ، (ورم غمد الليف العصبي) Neurilemmoma ، الشفانوم Neurinoma ، Schwannoglioma .

هذا الورم النادر مشتق من خلايا شوان لغمد العصب الأديمي الظاهر العصبي في جوار العصب المحيطي ، وهو لا عرضي . يتنشر أكثر في الورام الليفي العصبي المعمم . التحولات الخبيثة نادرة الحدوث .

المعالجة : بالاستئصال .

ورم الأرومة العصبية Neuroblastoma :

من أشيع الأورام الخبيثة في الطفولة الباكرة . قد تشاهد نقائل متعددة وخاصة في الجلد . تظهر عقيدات صلبة مزرققة وتبدي مظهراً تشخيصياً وحيداً وهو الابيضاض لفترة ٣٠ - ٦٠ دقيقة بعد الجس الذي يتبعه فترة عصيان تدوم ١ - ٢ ساعة .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد تجمعات من الخلايا الأسسه الصغيرة ، متائلة المظهر ، وتكون ذات نواة كبيرة وانقسامات فتيلية عديدة .

المعالجة : بالإشعاع ، وبالستيروئيدات القشرية ، ويعد السيكلوفوسفاميد علاجاً مقبولاً . يصنف الداء بمراحل من I إلى IV/IV وفقاً لإصابة العضو .

إذا أصيب عضو واحد فقط بهذه الآفة فنسبة البقيا لستين هي ٨٠٪ تقريباً . ويكون الإنذار أفضل في الأطفال الأصغر .

الليفوم العصبي Neurofibroma :

قد يأخذ هذا الورم مظهر عقيدات صغيرة بلون الجلد شبيهة بالمليساء ، أو يأخذ مظهر تشكلات أكبر مسوقة أو مفصصة (طرية) مندفعة فوق مستوى الجلد . والليفومات العصبية الوحيدة نادرة الحدوث . وغالباً ما تكون أشكالاً مجهضة من الورام الليفي العصبي حيث تشاهد بأعداد كبيرة .

التشريح المرضي النسيجي : يتكون الورم من خلايا شوان معذلة وأرومات ليفية مدبجة في مادة أساسية مخاطانية ، تتلون بشكل خفيف بالملون الأسسي . تشاهد الأنايب الشبيهة بالعصب وكل الخلايا المغزلية سياحية التوضع . بالإضافة إلى ذلك تشاهد بلاعم ، وخلايا بدنية ، وألياف مغزائية ومرنة ، كما توجد الكولينستراز ، وتكون أضداد S-100 ، أضداد الانولاز الخاصة بالعصبونات إيجابية .

تحتوي الليفومات العصبية الفتية على ألياف عصبية بكمية أكبر ، أما الأورام الأقدم فتحوي على خلايا شوان وألياف النسيج الضام بين الألياف العصبية بشكل أكبر .

المعالجة : بالاستئصال .

الورام الليفي العصبي المعمم Neurofibromatosis Generalisata [Von Recklinghausen 1882]

المترادفات : داء ريكلنفهاوزن ، والورام الليفي العصبي .

التعريف : هو داء من الأدواء العصبية الجلدية (الأديمية الظاهرة) المجموعية عديدة الأعراض ، حيث تلعب الوراثة

الطافرة عفواً دوراً هاماً .

الإمراض : تكون الوراثة سائدة بشكل غير منتظم .

أعيد تعريف الورام الليفي العصبي المعمم في شكل عصب محيطي (NF-1) وعصبوم سمعي أو شكل من إصابة الجهاز العصبي المركزي (NF-2) . تتعلق (NF-1) بمورثة على الصبغي ١٧ ، بينما نسبت (NF-2) إلى مورثة على الصبغي ٢٢ .

الموجودات السريرية : تبدي الصورة السريرية تغيرات معتبرة (الجدول ٥٩ - ١) . تشاهد أورام جلدية عديدة جداً أو مفردة . قد تحدث خلسة أو تنتشر على الجسم كله بشكل جلي . وقد تكون بقطر ٢ - ٣ ملم ولكن يمكنها النمو أيضاً بشكل هائل . تأخذ لون الجلد ، أو تكون مزرققة وتعطي مظهر رخاوة الجلد Dermatochalasis الشبيهة باللغاديد (اللحم المتدلية من العنق) . تنفذ العديد من العقيدات الورمية من الطبقة تحت الجلد إلى الجلد كالفتق ، ويمكن إرجاعها إلى الداخل بالإصبع كأننا ندخلها ضمن حفرة (ثقب) [ظاهرة Bell - Push] .

بالإضافة إلى ذلك قد تشاهد أورام أكثر قساوة ، مدورة أو بيضوية ، توضع بشكل أكثر عمقاً وهي مؤلمة بالضغط ، وذات أحجام مختلفة ، تفضل التوضع في الأطراف على طول مسير الأعصاب ، كل تلك الأورام هي ليفومات عصبية .

تشاهد الليفومات العصبية أيضاً في الأعضاء الداخلية . إضافة إلى ذلك تحدث بكثرة في مناطق جذور الأعصاب الشوكية والقحفية فيؤدي إلى أعراض عصبية موافقة . مثال ذلك الورم الدبقي (الدبقوم) للعصب البصري ، شفانوم العصب السمعي .

وقد يبدي قعر العين حواف مخططة كنتيجة لوجود الألياف العصبية اللبية ، إن البقع المصطبغة وصفية في الورام الليفي العصبي وهي غالباً علامة باكراً له ، وخاصة بقع القهوة بحليب التي تتوضع على الجذع والبقع الصباغية الإبطية الواضمة والشبيهة بالشمس . وغالباً ما تدعى البقعة الكبيرة ذات لون القهوة بحليب بقعة فون ركلنفهاوزن . (راجع الشكل ٥٩ - ٢٩) بالإضافة إلى ذلك تحدث وحامات متنوعة مثل الوحامات وحمة الخلايا ، والوعاؤومات الدموية ، والوعاؤومات اللمفية . وقد شوهد ترافق الآفة مع الغنوم الزهمي والتصلب الخمي العجري . وفي الميكل قد يشاهد الحذاب الجنفي ، والققد (الحنف الأبخسي) ، والتوسع الكيسي للعظام الطويلة ، مع هشاشة غير طبيعية ، وتنخن ، وزيادة غير طبيعية في طول العظم . وفي أحيان كثيرة ثمة فرط

أشعار عجزى (ذيل ولد الأبل) وتدل أحياناً على السنسنة المشقوقة . وقد وصفت إصابة الأعضاء الداخلية وبشكل خاص اضطرابات تشكل الكلية ، وأورام القناة الهضمية مع نزوفها ، واضطرابات غدية صماوية مثل : ضخامة النهايات ، داء أديسون وورم القواتم . أخيراً تحدث هجمات اختلاجية واضطرابات عقلية مثل التخلف العقلي والبلاهة . قد تتظاهر بعض العلامات الموصوفة سابقاً في الحالات الفردية . والحالات المجهضة من الداء ليست قليلة الشيوع ؛ في هذه الأشكال هناك غالباً بقع صباغية قليلة أو ليفومات عصبية معزولة فقط . وإذا وجد أكثر من خمس بقع قهوة بحليب مائلة إلى الانتساع في المصاب فيجب أن نشك بالورام الليفي العصبي المعمم ، وهنا يجب التفيتش عن علامات أخرى للداء .

التشريح المرضي النسيجي : الليفومات العصبية في الورام الليفي العصبي توافق نسيجاً الأورام المفردة . وكذلك تكون بقع القهوة بحليب والوحمات غير وصفية نسيجاً .

المسير والإنذار : قد توجد البقع المصطبغة في الولادة ولكنها غالباً تتطور خلال الطفولة . وتميل الأورام للنمو خلال البلوغ خاصة وتزداد عدداً وحجماً خلال الحياة . قد يحدث تطور أسرع خلال الحمل . وبشكل عام يميل الإنذار ليكون حسناً مدى الحياة ، ومع ذلك فالتحول الغرني للليفومات العصبية مع حدوث نقائل أمر محتمل في حالات نادرة . قد يسوء الإنذار في الحالات الشديدة من الآفة التي تصيب الأعضاء الداخلية أو الجملة العصبية المركزية . ويمكن أن يعاني المصاب من الشدات النفسية بسبب تزويقي ناتج عن الأورام المشوهة والبقع المصطبغة .

المعالجة : الاستئصال فقط للأورام المؤلمة ، المزعجة جمالياً أو النامية بسرعة . وينصح بالاستشارة الوراثية في حالات الوراثة السائدة .

المجدول ٥٩ - ١ : علامات الورام الليفي العصبي المعمم (NF - I)

● الليفومات العصبية :

- أورام جلدية عقيدية .
- أورام تحت جلدية عقيدية (ظاهرة Bell - Push) .
- رخاوة الجلد (داء الفيل الليفي العصبي - تشكل اللغاديد « الغيب » Dewlap) .
- أورام في الجذور العصبية الشوكية .
- أورام في الجذور العصبية القحفية (العصب البصري ، أعصاب السمع والتوازن) .
- ألياف عصبية لبية في قعر العين .

● البقع المصطبغة :

- بقع قهوة بحليب (أكثر من خمس) .
- وحمات بقعية .
- شامات .
- وحمات وحمة الخلايا .
- غمشات إبطية .
- تغيرات عينية .
- أورام عابية في القرنية (عقيدات Lisch) .

● التبدلات الهيكلية :

- حدب ، جنف ، قفد .
- تلين عظام ، هشاشة عظام .
- فرط التعظم ، زيادة في طول العظام الطويلة .

● اضطرابات في الجملة العصبية المركزية :

- اختلاجات .
- تخلف عقلي أو بلاهة .

● اضطرابات الأعضاء الداخلية :

- أورام السبيل الهضمي ونزوفه .
- اضطرابات صماوية (النخامي - الغدة الدرقية - قشر الكظر) .

● تحولات خيثة :

- الغرن الليفي العصبي مع نقائل .

ورم الخلايا المحببة Granular Cell Tumor :

[Abrikossoff 1926]

المرادفات : ورم الخلايا المحببة الأرومية العضلية ، ورم ابريكوسوف .

الموجودات أنسريوية : قد يحدث هذا الورم في الجلد أو تحت في أي مكان من الجسم . وهو ورم نادر ، صلب ، قد يبلغ قدّه حبة الكرز . شائع الحدوث في اللسان أو المخاطيات وهو ورم وحيد عادة . وقد وجد الورم أيضاً في العضلات الهيكلية أو الأعضاء الداخلية ، وغالباً عرضاً أثناء فتح الحثة . يشخص الورم نسيجاً .

التشريح المرضي النسيجي : يتكون الورم من خلايا كبيرة ، بيضوية أو مغزلية الشكل ، ذات نواة مدورة مع هيولى محبة محبة للإيوزين ذات حدود غير واضحة . تكون الحبيبات الحشنة مقاومة للأميلاز - α وهي إيجابية الباس (PAS) .

وقد سميت الخلايا الورمية أصلاً أرومات العضل ولكنها اليوم تصنف على أساس كونها خلايا شوان أو خلايا عصبية . وتحتوي الخلايا على البروتين S-100 والايونولاز النوعي للعصبون والبروتين الأساسي النخاعي . يكون الورم عادة

حميداً . وفي حالات نادرة جداً وجدت تغيرات خبيثة .
المعالجة : بالاستئصال .

سرطانة خلايا مركل Merkel Cell Carcinoma : [Toker 1972]

المردفات : السرطانة التريفيقية ، سرطانة الجلد العصبية الغدية الصماوية ، ورم خلايا مركل ، سرطانة الخلايا الصغيرة البدئية في الجلد (شبيهة الخلايا الشوفانية) مع تميز غدي صماوي ، الأيدوما الجلدية Apudoma .

التعريف : ورم جلدي عصبي غدي صماوي خبيث . لا يشخص تماماً إلا بفحص البنية المستدقة وبالكيمياء المناعية النسجية . يفترض أن الورم ينشأ على حساب خلايا مركل .

وقد وصفت هذه الخلايا أولاً من قبل مركل (١٨٧١) في الطبقة القاعدية من البشرة . وقد وجدت في العديد من الثدييات ، وعند الإنسان في الأدمة بين البشرة وأقراص الشعر Hair Disks كمستقبلات حركية من النمط I ، وتحتوي على النواقل العصبية Metenkephalin في حبيبات كثيفة المركز . ويحتمل أنها تشتق من العرف العصبي ، وبسبب شكلها وفعاليتها الغدية الصماوية ينظر إلى خلايا مركل على أنها جزء من جملة خلايا APUD (قابضات سليفات الأمين ونزع الكربوكسيل Amino Precursor Uptake and Decarboxylation) ، والتي تتضمن خلايا مختلفة ذات خواص غدية صماوية ، خلوية كيميائية وذات بنية مستدقة مماثلة لخلايا مركل .

تميل سرطانة خلايا مركل لإحداث نقائل باكراً وعدوانية . ويعد التشخيص والمعالجة الباكرين أمراً جدياً .

الحدوث : الآفة أكثر شيوعاً مما يعتقد . وإن التواتر الصحيح لحدوث سرطانة خلايا مركل غير معروف ، إذ إن هذا الورم غالباً ما يشخص بشكل خاطئ على أنه سرطانة غير مميزة أو لمفوم خبيث . وذكرت إصابة أكثر من ٣٦٠ مريضاً حاملين لهذه الآفة . ولم يذكر حتى الآن اصطفاء للعروق أو للأجناس البشرية . ويكون عمر المرضى عادة بين ٦٠ - ٨٠ سنة مع متوسط قدره ٦٥ سنة . يمكن أن يصاب الكهول واليافعون أحياناً . وليس هناك تفضيل لإصابة أحد الجنسين .

الإمراض : غير معروف ، وهناك جدال حول أثر الأذية المزمنة للأشعة فوق البنفسجية . ويبدو خمس المرضى أذية شديدة بسبب التعرض لأشعة الشمس . تتوضع حوالي نصف الأورام في الرأس ومنطقة العنق ، ويمكننا أن نتصور أن أمراض الدم أو لمبيطات المناعة دوراً مشجعاً لحدوث سرطانة خلايا مركل . وفي ١١٪ من المرضى المصابين بسرطانة خلايا مركل يترافق

الداء بتنشؤات خلايا بائية (B-Cell Neoplasia) وخاصة ابيضاض الدم اللمفي المزمن أو النقيوم المتعدد .

وقد وجد أن واحد من كل مريضين مصابين بسرطانة خلايا مركل في الرأس ومنطقة العنق كان لديه في الماضي سرطانة الخلية القاعدية ، أو سرطانة وسفية الخلايا ، أو داء بوفن أو خبائة جلدية أخرى .

كما ذكرت إصابة هؤلاء المرضى بسرطانات الثدي ، والقنصات ، والمثانة ، والقولون وكذلك المونة .

الموجودات السريرية : إن التوضع الانتقائي للورم الوحيد هو الرأس ومنطقة العنق خاصة في المناطق المعرضة للشمس بشكل مزمن في الخدين ، الأنف ، وقفا العنق . وأقل من ذلك في النهايات والألتين ، ونادراً ما يصاب الذراع . ومن النموذجي في الداء وجود عقيدة غير محددة جيداً ، غير مؤلمة ، نابضة ، حمراء أو بلون الجلد ، قاسية القوام ، تتصف بتطورها خلال وقت قصير ، ويتراوح قطرها بين ١ - ١٤ سم مع معدل وسطي يصل إلى ١ - ٢ سم . تبدي الأورام الأكبر تقرحات ، وجلبات ونزفاً . (راجع الشكل ٥٩ - ٣٠) .

إن نكس سرطانة خلايا مركل وصفي . وتشاهد في نصف المرضى نقائل إلى العقد اللمفية الناحية . وتشاهد نقائل منتشرة في حوالي ثلث الحالات إلى (الكبد ، العظام ، العقد اللمفية ، الجلد ، الدماغ ، الحبل الشوكي ، الرئتين ، الخصيتين ، الكليتين ، المثانة والكولون) .

التشريح المرضي النسيجي : يبدى المجهر الضوئي تجمعات تريفيقية أو مصمتة من خلايا صغيرة إلى متوسطة القياس متماثلة الشكل . تبدي نواة مستديرة أو بيضوية كبيرة مع انقسامات فولية عديدة بالإضافة إلى هيولى قليلة . يكون التوضع عادة في الأدمة وتبقى البشرة سليمة . وتكون مرحلة النمو العمودي شديدة مع مهاجمة النسيج تحت الجلد ، والنسيج الشحمي والعضلات . إن التعرف على حبيبات ذات مراكز كثيفة يسمح بتصنيف الخلايا الورمية كخلايا مركل .

تكون الحبيبات العصبية الإفرازية بعرض ٢٥٠ نانومتر . تتوضع في محيط الهيولى القليلة وتبدي بني وصفية : جسماً مركزاً محاطاً بهالة مع ليفات دقيقة قرب النواة . تكون خلايا مركل قليلة الالتحام ، وترتبط بمواصل من غط التلطيقات اللاصقة (Zonula Adherens - Type Junctions) .

الكيمياء النسيجية المناعية : يمكن باللجوء إلى المجهر الضوئي والإلكتروني أن نظهر وجود المواد العصبية الغدية الصماوية المختلفة . وأكثرها شيوعاً : الإينولاز النوعي العصبي NSE ، والايرو - إنظم للاينولاز .

إن الإينولاز النوعي العصبي NSE هو واسم جيد للخلايا العصبية الغدية الصباوية ولأورامها . بالإضافة إلى ذلك فلقد أمكن مشاهدة ACTH ، كالمستونين وسوماتوستاتين في سرطانة خلايا مركل . إلا أنه لم يكن بالإمكان مشاهدة هرمونات عديدات الببتيد في كافة الحالات .

التشخيص التفريقي : ويفرق عن النقائل الجلدية لمختلف الأورام ، الميلانوم الخبيثة غير المصطبغة ، الكيسات البشورية أو أكياس غمد الشعرة ، سرطانة الخلية القاعدية والشوكوم رائق الخلايا . وغالباً لا يوضع التشخيص ما لم يكن هناك اهتمام كبير بهذا الورم مما يقودنا إلى الشك به . ونسجياً يتضمن التشخيص التفريقي : اللمفومات ، والنقائل من السرطانة غير المميزة القصبية (الشبيهة بالشوفانية) ، والميلانوم اللاملائية ، والسرطانة وسفية الخلايا قليلة التمايز ، والورم العصبي الأرومي الجلدي ، وسرطانة الخلية القاعدية ، وسرطانة الغدد العرقية اللانسجية ، ونقائل سرطانة خلايا الجزيرات ، والسرطانة اللبية الدرقية ، والسرطاوي ، كثرة المنسجات - X .

المعالجة : لا توجد معالجة معينة يوصى بها . غالباً ما تستعمل الجراحة بالإضافة إلى المعالجة الشعاعية . لا يوجد سوى خبرة محدودة في مجال العلاج الكيماوي . النكس الموضعي ، إصابة عقدة بلغمية ، والنقائل البعيدة تتطلب جميعها مقاربة خاصة .

الجراحة : يوصى بالاستئصال الجراحي الفوري بعد التشخيص ، مع هامش أمان . كما ويفضل بعض الأطباء مراقبة استئصال الورم نسجياً أثناء العمل الجراحي ويغلق الجرح بالمقصد الأول .

إذا كان الورم يتوضع في الوجه يصبح من الضروري اللجوء إلى المعالجة التصنيعية وإذا ما كانت العقدة البلغمية مصابة

(إيجابية بالجم) يجب استئصالها . كما يوصى باستئصال العقد اللمفية لدى المرضى الحاملين لورم بدئي يتطور منذ أكثر من ستة أسابيع أو منذ فترة غير معروفة أو لورم يقيس أكثر من (١,٥ - ٢ سم) .

المعالجة الشعاعية : إن سرطانة خلايا مركل حساسة للأشعة المؤينة . فالأورام الصغيرة يمكنها أن تتراجع أو أن تشفى ، إلا أن المعالجة الشعاعية لوحدها لا يوصى بها عادة . والمقادير التراكمية هي من ٤٠ - ٦٠ Gy حيث تعطى بشكل أجزاء فردية تبلغ ٢ Gy . وفي سرطانات خلايا مركل صغيرة الحجم ، يمكن اللجوء إلى استئصال موضعي واسع مع معالجة شعاعية بعد الجراحة لبؤرة الورم البدئية وللعقد اللمفية الناحية .

مواقف الانقسام الخلوي : إذا حدثت النقائل يمكن أن يجرب العلاج الكيماوي الملطف ، ولا يمكن توقع معالجة شافية ، وتستخدم العوامل العلاجية الكيماوية نفسها المستعملة لعلاج السرطانة القصبية صغيرة الخلايا . يمكن ملاحظة هجوع مؤقت بمشاركة السيكلوفوسفاميد ، الفينكريستين والبردينزون (CVP) . كما وجريت مشاركات مختلفة للدوكسوروبيسين ، داكاربازين ، ميتوتريكسات ، بليوميسين ، ادرياميسين والستربتوزوتوسين .

المراقبة والإنذار : يوصى بالمراقبة عن كثب بفواصل شهرية في السنة الأولى ومن ثم كل ثلاثة أشهر . يشاهد النكس الموضعي في ٣٠ - ٤٠٪ من الحالات . ويدو من الضروري آنذاك إجراء إعادة استئصال . ويصبح الإنذار سيئاً إذا ما انتشرت النقائل . يموت المرضى نتيجة الاختلاطات المسببة عن النقائل أو بسبب النمو الورمي المخرب في الرأس ومنطقة العنق .

الفصل الستون

اللمفومات الكاذبة في الجلد

Pseudolymphomas of the Skin

د . شريف السالم

إن تعبير « اللمفوما الكاذبة » يشير إلى كل الحالات السليمة التي تحمل قواماً نسيجياً يذكر باللمفومات الخبيثة الجلدية . وقد يكون من الصعب تفريق هذه الحالات أحياناً عن اللمفومات الخبيثة لكنها بالطبع غير مجموعية . وهي تكاثرات حميدة للأنسجة اللمفاوية الشبكية في الجلد قابلة للتراجع تعرف باسم فرط التنسجات اللمفية الشبكية : « Lymphoreticular Hyperplasia » . كما اقترح مارش March مصطلح أو تعبير التنسجات اللمفية « Lymphoplasia » في الجلد لبعض هذه الحالات . تبدأ عادة في مناطق مختلفة : حول غمد الأوعية الدموية الجلدية وتحت الجلدية وكذلك حول الغدد العرقية والزهمية . وقد يكون من الصعب تفريقها عن تفاعلات التهابية مزمنة معينة ، أو عن التفاعلات المناعية ذات الارتشاح اللمفاوي الغزير . ومن الضروري ربط هذه المعلومات مع المعطيات السريرية ، وهناك ما يكفي ليوحى بتطورها التفاعلي .

التنسجات اللمفية الحميدة في الجلد Benign Lymphoplasias of the Skin

يحدث في التنسجات اللمفية الحميدة ارتشاح خلوي يشبه العقدة اللمفية مع أو دون تشكل جريات لمفية ذات (مراكز منتشة) . معظم الخلايا تكون لها صفات اللمفاويات البائية .

الغداد اللمفي الجلدي الحميد Lymphadenosis Cutis Benigna [Bafverstedt 1943] (راجع الفصل ٤) :

المرادفات : الورم اللمفاوي ، التنسج اللمفي في الجلد .

التعريف : لقد ميز بافرستد بين داء العقد اللمفية الجلدي الحميد واليساركويد عن الابيضاض اللمفي في الجلد ، أي الغداد اللمفي الجلدي الحميد . فهي تتألف من فرط تنسج لمفي شبكي من طبيعة تفاعلية محتملة (خمجية) قابل للتراجع .

الحدوث : غير نادر الحدوث عند الأطفال وصغار السن . ويغلب حدوثه لدى الإناث بين ٣٠ - ٧٠ سنة . يتطور غالباً بدءاً من التهاب الجلد التهابات المزمن المضمر في مركز (مكان غضة القراد) الحمامي المهاجرة المزمنة ، أو بشكل نادر في مكان حدوث حلاً نطاقي شافٍ أو حلاً بسيط .

الإمراض : إن نشوء هذا المرض عقب الرضح كما في ثقب الأذن أو الوشم يطرح احتمال الأساس التفاعلي له . ويشير المظهر بعد لسع القراد (خمج بالبورليات) أو خمج بالحماح الراشحة (حلاً بسيط أو نطاقي) والشفاء بالبنسلين يشير إلى السبب الحمجي . كما أن زيادة حدوثه متزامناً مع الحمامي المهاجرة المزمنة أو التهاب الجلد التهابات المزمن المضمر ، هذين الجلادين اللذين أثبت فيهما الخمج بالبورلية البيروغورفيرية Bo: clia Burgdorferi وكلها تستجيب للبنسلين يشير إلى ذلك أيضاً .

الموجودات السريرية : هناك طيف واسع من التبدلات الجلدية مع تفاوت في شدتها .

الشكل الورمي : الأماكن الانتقائية له هي : شحمة الأذن ، النقرة ، الحلمة ، اللعوة ، الإبط ، الصفن وظهر القدم .

النموذج العقيدي الكبير المفرد : عقيدة محددة بشكل واضح ، طرية ، بلون أحمر غامق أو أحمر مزرق ، وغالباً ذات شكل نصف كروي ومظهر عفن مغطاة بجلد مرقق . تظهر المعاينة الشفوية ارتشاحاً رمادياً مصفراً متجانساً .

النموذج العقيدي الصغير المتعدد : تبدلات جلدية مشابهة لما سبق في بؤر متعددة ، غالباً ما تكون على شكل مجموعات في منطقة واحدة . (راجع الشكل ٦٠ - ١) .

الشكل الدخني المنتثر : هذا الشكل نادر ، ويتميز بوجود عقيدات ذات ترتيب مماثل بلون أحمر مزرق ، تقيس ٢ - ٥ ملم ، غالباً ما تتوضع على الوجه والجذع . تبدي هذه التوضعات الدخنية بالمعاينة الشفوية ارتشاحات ذأبانية رمادية مصفرة وتكون ظاهرة المسبار سليمة .

الشكل الارتشاحي البقيعي : بالمقارنة مع الشكل الورمي تتميز آفات هذا الشكل بالتوضع البقيعي أو الشبيه باللوحيات بلون أزرق أو أحمر مائل إلى البني مع توسع في العروق الشعرية وترسيبات بنية للهموسيدرين ، لها ميل لأخذ شكل قوسي ومكانها المفضل هو الأطراف السفلية . بالمعاينة الشفوية تبدو ذات ملامح ذأبانية مميزة ومن هنا كانت تسمى بالورم اللمفي الذأباني .

لا يعتبر قليل الحدوث ، وآفاته الجلدية لا عرضية ولا تتوسف ولا تبدي أية تبدلات ثانوية . وتكون إصابة المتحممة ومحاطية الفم نادرتين .

الأعراض : لا توجد أعراض عامة ، كما لا توجد ضخامة عقدية معقدة أو تبدلات جوهريّة على مستوى الجملة الدموية . وتحدث أحياناً ضخامة عقدية لمفية ناحية مع زيادة تفاعلية للمفاويات في الدم ونقي العظام .

بفاصل أسبوع لمدة ثلاثة أسابيع ، كما تعد المضادات الحيوية الأخرى كالتتراسيكلين والدوكسي سيكلين فعالة أيضاً ، وأخيراً تستجيب الآفات الجلدية وتحت الجلدية للمعالجة الشعاعية والجرعات الصغيرة بشكل جيد وذلك باستعمال أشعة X الخفيفة (٤ - ٨ X ٢ - ٣) بفاصل ٣ أيام .

شكل خاص غرناوية (ساركويد) سيجلر - فندت
Special form Spiglet - Fendt [١٩٠٠]
: Sarcoid

ارتشاح جلدي - تحت جلدي مسطح ، أحمر مزرق ، يتشابه سريريا مع الساركويد الجلدي العقيدي الكبير . هذه الحالات يتضمنها تشخيص داء العقد اللمفية الجلدي الحميد . ويجب أن تُسقط هذه التسمية بسبب عدم وضوحها .

الارتشاحات لمفاوية الخلايا في الجلد **: Lymphocytic Infiltration of the Skin**

الحالات المدروسة هنا يمكن وصفها بأنها لمفومات كاذبة ويتألف المنظر النسجي من ارتشاح غزير للمفاويات في الجلد ، دون تشكل مراكز متتشة (جريات لمفية ، من نمط العقد اللمفية) ، ويصعب التمييز بينها وبين اللmfومات الخبيثة (الخلية cytic) خفيفة الخبثة في الجلد .

تتميز هذه التبدلات اللمفية التفاعلية في الجلد بشكل خاص بفرط تنسج الخلايا للمفاوية كما أنها تمتد عادةً بشكل محدود أقل من الامتداد المشاهد في اللmfومات .

الارتشاح اللمفاوي في الجلد (جسنر و كانوف **Lymphocytic Infiltration of the Skin (١٩٥٣** **: [Jessner and Kanof 1953]**

جلاد نادر ، مزمن السير يصيب الكهول غالباً تحت عمر ٥٠ سنة . نسبة إصابة الرجال إلى النساء هي ١٠ : ١ وتزداد الإصابة أحياناً بعد التعرض لضوء الشمس .

الإمراض : غير معروف ، لم يعرف حتى الآن بشكل واضح فيما إذا كان هذا الداء يشكل داء مستقلاً بحد ذاته ، ولم تعرف حدود علاقته مع الذأب الحمامي المزمن ، أو الطفح الضوئي عديد الأشكال ، أو الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، أو الحمامي المستمرة ، أو التفاعل الدوائي .

الموجودات السريرية : المواقع الإنتقائية هي الوجه بخاصة الجبهة ، والخذ والفرقة ، ويمكن أن يحدث على مناطق أخرى من الجلد (راجع الشكل ٦٠ - ٢) . قد تكون الآفة مفردة أحياناً إلا أنها تكون متعددة عادةً وغالباً ذات توزيع متناظر محددة بشكل جيد مع احمرار التهابي أو لون أحمر ضارب للبي ،

التشريح المرضي النسجي : تحت بشرة طبيعية ومفصول عنها بمنطقة حرة من نسيج ضام تحت جلدي نجد ارتشاحات مدورة و/أو مغزلية الشكل في الأدمة وعميقاً في النسيج تحت الجلد . تكون كتل الخلايا للمفاوية على شكل عقيدات أو تتوضع بشكل منتشر . وتتوضع بشكل خاص حول الأوعية والغدد وخاصة حول الغدد العرقية الناتحة . تكون الخلايا الأساسية عبارة عن لمفاويات صغيرة وكبيرة . وكما في العقد اللمفية الطبيعية تكون النسب بين البائيات والتائيات حوالي ١ : ٢ .

اللمفومات الكاذبة ذات الخلايا البائية B - cell Pseudolymphoma : يمكن أن تشاهد بالعات كبيرة بشكل واضح ، وهي تشبه الخلايا النجمية في لمفوم بوركيت وذلك بالدراسة الخلوية الكيميائية الخبثية باستعمال تفاعل الاستراز اللا نوعي ، أو باستخدام الأضداد وحيدة النسيلة ، وأحياناً تتواجد جريات لمفية ذات مركز منتشر كما في العقد الطبيعية مع خلايا مركز الجريب وأرومات مركز الجريب ، والمصورات المناعية ، والبلازميات . وكذلك خلايا إيوزينية خاصة في المنطقة الهامشية ، كما قد تحدث تبدلات على مستوى الأوعية الدموية الصغيرة (تورم وتكاثر الخلايا البطانية) ، واعتماداً على التبدلات الخلوية المسيطرة يميز بين النمط اللمفي الشبكي (الشائع) والحيبومي ، واللمفي الجريبي (النادر جداً) . ويتألف الورم اللمفاوي ذو الخلايا الكبيرة Large Cell Lymphocytoma من خلايا مركز الجريب (الخلايا وأرومات الخلايا) كعناصر خلوية مسيطرة .

المسير : لا يمكن التنبؤ به ، فقد تكبر بشكل بطيء وقد تظهر آفات جديدة ، كما يمكن أن يحدث التراجع ، وعند مشاهدة اللmfومات الخبيثة يبدو احتمال عدم صحة التشخيص النسجي البدئي . وإن الورم اللمفاوي المنتشر والورم اللمفاوي كبير الخلايا هما الأكثر التباساً مع اللmfومات الخبيثة صغيرة الخلايا واللمفومات الخبيثة كبيرة الخلايا (على التوالي) .

التشخيص التفريقي : يجب تأكيد التشخيص السريري المشكوك فيه بالتشخيص النسجي . كما يجب إجراء الفحص المصلي لتحري البورليات . وإجراء تعداد عام ، وتقييم حالة العقد اللمفية ، والكبد والطحال . كل ذلك ضروري لتمييز داء العقد اللمفية الجلدي المحدد (الابيضاض اللمفاوي في الجلد) .

كما يجب التفكير بالساركويد الجلدي ، والذأب الشائع ، والذأب الحمامي الضخامي والحيبوم الإيوزيني في الوجه وكذلك اللmfومات الخبيثة في الجلد .

المعالجة : يمكن استئصال الآفات الصغيرة لكن النكس ممكن الحدوث والمعالجة المنتخبة هي : بنسلين جهازي يومياً لمدة ٢ - ٣ أسابيع أو بنسلين مدَّخَر (Depot) : حقنة عضلية

قد تظهر على شكل لويحة أو بشكل خلقي أو مقوس . تكون هذه التبدلات صلبة بالجلد . وبشكل عام لا يوجد تفران جريبي أو خطل تفران أو ضمور أو تندب .

الأعراض : لا توجد أعراض عامة ولا حكاك ، هناك أحياناً ارتفاع خفيف باللمفاويات في تعداد الدم .

التشريح المرضي النسيجي : البشرة طبيعية ، تحدث في الأدمة المتوسطة بشكل خاص ، رشاحات خلوية كثيفة حول الأوعية وحول الملحقات بشكل خاص . تظهر محدودة نسبياً . أغلبها خلايا لمفاوية تائية صغيرة تشاركها منسجات وبلازميات = لمفوما كاذبة تائية الخلايا . يجب أن يوضع التشخيص النسيجي كاشباه فقط وذلك بسبب أن بعض الحالات الخاصة من الذأب الحمامي القريصي ، والطفح الضوئي عديد الأشكال ، والتهاب الجلد الضوئي بالتماس يمكن أن تعطي جميعها شكلاً نسيجياً مشابهاً جداً مع غياب الموجودات المناعية التشريحية المرضية النموذجية في الذأب الحمامي ، ويكون اختبار الشريط الذأبي سلبياً .

التشخيص التفريقي : يتضمن الذأب الحمامي المتبع tumidus بشكل أساسي ، والذأب الحمامي الضموري وكذلك الذأب الحمامي القريصي ، والطفح الضيائي عديد الأشكال ، والتهاب الجلد الضوئي التماسي ، والغداد اللمفي الجلدي الحميد ، والتفاعل الدوائي (بالسوابق الدوائية) وأخيراً حمى الوجه المصورة المستمرة .

المعالجة : هناك مقاومة على العلاج . وتتضمن المعالجة الجهازية مضادات البرداء (كلوروكين ، هيدروكسي كلوروكين) كما في الذأب الحمامي . أما المعالجة الموضعية فتضمن : الستيروئيدات القشرية حقناً ضمن الآفة (محاليل مبلرة من التريامسينولون استيونيد ١٠ مغ ممددة بنسبة ١ : ٤ مع محذر) يمكن تجربتها كمعالجة موضعية ، وكذلك الثلج الفحمي . والمعالجة الشعاعية بالأشعة السينية X الخفيفة كما في الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، والجرعة الإجمالية 10 Gy .

الحمامي المهاجرة الحلقية المقوسة الخمسوسة (القابلة للجلد) Erythema Migrans Arciforme et Palpabile [Clark et al 1974] :

المترادف : الحمامي المهاجرة المقوسة الخمسوسة .

آفة جلدية نادرة جداً ، تفضل إصابة الذكور بشكل واضح ، سيرها مزمن جداً وسببها الأمراض غير معروف . تتميز سريرياً بأفة وحيدة أو بضع آفات قرصية الشكل ذات لون أحمر مزرق ، مع آفات ارتشاحية محدود مقوسة وهوامش مرتفعة ومركز شاحب ، تحدث على الظهر ، والذراعين

والفخذين . تبدي هذه الآفات ميلاً لتبدلات نابذة بطيئة .

التشريح المرضي النسيجي : رشاحة لمفاوية غزيرة حول الأوعية والملحقات في الأدمة الشبكية دون مراكز منتشرة (جريبات لمفية) ، لم يتضح بعد فيما إذا كان هذا المرض مستقلاً ، وما هي علاقته بالأشكال اللا نموذجية من الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، والذأب الحمامي القريصي الارتشاحات اللمفاوية في الجلد (جسنزوكانوف) والحمامات المستمرة الشكلية الأخرى . ومن الضروري تفريقها عن اللمفومات الخبيثة .

التفاعل الدوائي Drug Reaction :

يمكن أن يحدث فرط التنسج اللمفي الشبكي بتأثير أدوية معينة ، نسيجياً ، تبدو الملامح المميزة للمفومات الكاذبة ، ويجب أن يميز عن الغداد اللمفي الجلدي الحميد . تحدث مثل هذه التفاعلات الجلدية بعد معالجة مديدة بمشتقات الهيدانتوين ، نثرو فورانتوين ، كاربامازيبين ، سيلكوسبورين ، دلتيازيم ، مشتقات البيرازولون ، المانتول ، الزيوت النباتية الطيارة وبعد المعالجة الدوائية للأخماج ، وفي أماكن الحقن لدى ناقصي التحسس من غبار سوس المنزل والمستحضرات الجرثومية .

تفاعلات مفصليات الأرجل Arthropod Reactions :

تحت تأثير شروط مناعية معينة قد تتطور التفاعلات الجلدية عند مريض بعد لسعة حشرة مفصلية الأرجل . ويمكن لعضة القراد أن تسبب تبدلات مشابهة جداً للغداد اللمفي الجلدي الحميد ، وقد تقلد اللمفومات الخبيثة أو داء هودجكين في الجلد . إن إدخال جزء من مفصلي الأرجل ، أو الرضح الآلي أو عوامل سمية أو عوامل ممرضة كالبوريليا *Borrelia burgdorferi* كلها تلعب دوراً هاماً في الآلية المرضية . وإن الارتكاس بعد عضة القراد والحطاطات اللمفية المتبقية بعد الحرب هي أمور معروفة بشكل جيد . ولنعلم أن التفاعل ضد مفصليات الأرجل غالباً ما يكون حبيوياً (لمفيات ، منسجات ، حمضات) ويمكن أن توجد تبدلات تكاثرية أو نخرية في البشرة وكذلك علامات التهاب الأوعية المزمن .

الموجودات السريرية : عقيدة أو عدة عقيدات بلون أحمر بني أو بلون أزرق أحياناً ، ذات سطوح متجلبة يمكن أن تبقى عدة شهور .

التشخيص : القصة المرضية والتحريات النسيجية تعطي التشخيص القاطع .

تفاعل ما بعد الحلأ النطاقي [Braun - Falco 1979] :

لوحظ في حالات نادرة جداً ، في منطقة الطفح النطاقي تفاعل شبيه باللمفومات الكاذبة يتميز سريرياً بارتشاح حطاطي عقيدي صغير .

الحطاط اللمفواني Lymphomatoid Papulosis

[Dupont 1965, Verallo and Haserisk 1966] :

التعريف : جلاد مزمن ، يذكر سريريا بالنخالية الحزازانية الجدرية الشكل الحادة (موشا - هابرمان) له مظهر نسجي غزير الخلايا حيث يشبه باللمفوم . يتميز بهجوع عفوي للتبدلات الجلدية (طفح نظمي عجيب) .

الحدوث : مرض نادر ، يشاهد عند الكهول ، معدل العمر ٤٠ سنة مع سيطرة عند الذكور .

الإمراض : مجهول . إن حالة هذا الداء المشابه نسيجياً للمفومات الجلدية الخبيثة غير واضحة . إن وحيدات النوى اللانموجية الكبيرة ذات المظهر الخبيث مع نوى شاذة تبدي غشاءً يمتلك خصائص الخلية اللمفية التائية المساعدة . وفي حوالي ٦٠٪ من الحالات ، يمكن أن يشاهد تحول نحو الفطار الفطري أو نحو اللmfومات الجلدية الخبيثة بما فيها داء هودجكين . لقد ثبت حدوث إعادة ترتيب تسيلي لمورثة مستقبلات الخلايا اللمفية التائية .

الموجودات السريرية : يتطور هذا الداء دون وجود اضطرابات في الصحة العامة ودون ضخامات عقدية وهو يشبه بالنخالية الحزازانية الجدرية الشكل الحادة . والأماكن المفضلة لتوضعه هي الجذع والأطراف ، وفي حالات نادرة اليدين وجوف الفم . تكون الآفات الأولية النهائية محمرة على شكل حطاطات غير مؤلمة أو عقيدية تتوسع بسرعة ، ويمكن أن تصبح نازفة نخرية ومتقرحة .

والشفاء هو القاعدة خلال ٢ - ٣ أسابيع تاركة ندبة بيضاء جدرية الشكل أو مفرطة التصبغ . يكون العدد الإجمالي للآفات أقل من عشرين آفة غالباً ، وقد تكون غير متناظرة أو كبيرة جداً قد يصل قدها حتى ٣ سم . (راجع الشكل ٦٠ - ٣) .

الأعراض : لا يوجد حكاك ، وفي حالات نادرة ، تحدث زيادة نسبية في الخلايا اللمفاوية ، وفيما عدا ذلك تكون صورة الدم طبيعية ، وقد نجد زيادة في غلوبولين غاما . قد تحدث ضخامة عقد لمفية معممة ونادراً جداً ، التهاب غدة درقية .

التشريح المرضي النسيجي : رشاحة كثيفة في الأدمة الحليمية تتطور لتوضع حول الأوعية والملحقات في الأدمة الشبكية مع انسلال خلوي متفاوت المقدار لوحيدات نوى غير نموجية في البشرة قطرها ١١ - ١٧ ميكرومتر . مع تبدلات ثانوية في البشرة مثل فرط خطل القرن ، أو نخرة . يتألف الارتشاح من عدد قليل نسبياً من اللمفاويات مع العديد من الخلايا وحيدة النوى الشاذة ذات المظهر الخبيث ، بهيولى قليلة الكمية ونواة

كبيرة مثلثة بشكل الكلية . وفي بعض الحالات تتمتع بخصائص الخلايا التائية .

استخدم تعبير اللمفوما الكاذبة ذات الخلايا التائية للتعبير عنها ومن المحتمل أن تكون ما قبل لمفوما تائية الخلايا . وذكرت حالات بنموذج ذي خلايا حمضة وتسيطر عليه المنسجات .

السير : السير مزمن مع فترات من تفاقم حاد . ويمكن أن يحدث النكس خلال عدة سنوات كما ذكرت حالات انتهت بالوفاة . وسجلت حالات من تطور باتجاه نظير الصدف اللويحي أو لمفومات خبيثة جهازية كبيرة الخلايا أو الفطار الفطري ، كما لوحظ في بعض الحالات ترافقها مع داء هودجكين . يعد الإنذار جيداً مع تحول إلى لمفوم بنسبة ١٠٪ من الحالات .

التشخيص : مرض يذكر سريريا بالنخالية الحزازانية الجدرية الشكل الحادة مع منظر نسجي مشابه للمفومات الجلدية الخبيثة .

التشخيص التفريقي : اللمفومات الجلدية الخبيثة ، النخالية الحزازانية بشكلها الحاد والمزمن ، الإفرنجي الثانوي ، السليبات الحطاطية النخرية ، كثرة المنسجات الحمض .

المعالجة : غير مجدية كثيراً . يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار نسبة الفائدة/الخطورة في الطرق العلاجية .

المعالجة الجهازية : يعطى بالطريق العام البنسلين (مضغوطات من الفينوكسي ميتيل بنسلين ، ٦١٠ وحدة دولية ٤ مرات/يوم لمدة ٢ - ٣ أسابيع) . أو التتراسيكلين : (٠,٢ غ/يوم لمدة ٢ - ٣ أسابيع) . أو الستيروئيدات : بجرعة متوسطة (٢٠ - ٤٠ مغ بردنيزولون أو ما يعادلها) أو معالجة كجاءوية مثل الميتوتريكسات .

المعالجة الموضعية : ستيروئيدات قشرية سكرية حقن ضمن الآفة ، معالجة ضوئية انتقائية بالأشعة فوق البنفسجية (Sup) أو معالجة كيميائية ضوئية PUVA .

الشباكاني السافع Actinie Reticuloid [Ive et al 1969] :

التعريف : جلاد ضيائي مزمن إكريمي مع وجود فرط حساسية ضيائية ومنظر نسجي يذكر بالشباك (لمفوم خبيث) ومن هنا كان الاسم الشباكاني Reticuloid يتطابق مع شكل من أشكال التفاعل الضيائي الثابت .

الحدوث : نادر الحدوث ، عادة عند الذكور ، بأعمار

متوسطة فما فوق ، وغالباً ما يسبقه حدوث إكزيمة . وليس من النادر وجود أرج بالتماس تجاه الكرومات أو النباتات . تحدث الأشعة الضوئية الطبيعية والاصطناعية هذا المرض .

الأمراض : في معظم الحالات ثم إثبات وجود التهاب جلد تماسي بمؤرجات ضيائية معروفة عن طريق الاختبارات البقعية الضوئية . هناك حساسية ضوئية ثابتة نحو الأشعة فوق البنفسجية A و B والأشعة الضوئية المرئية حتى ٧٠٠ نانومتر ، ولا يعرف السبب الذي يؤدي إلى تطور الصورة النسجية لما يشبه للمفوم خلال فترة من الزمن (بقاء المستضد) .

الموجودات السريرية : يتطور المرض غالباً على أرضية من التهاب جلد دام لسنوات عديدة ، تظهر على الأماكن المكشوفة من الجلد المعرض لأشعة الشمس وخاصة (الوجه ، والرقرة ، وظاهر اليدين) حيث تتطور إكزيمة متحززة مزمنة تحسسية مترقية مع تسمك التآلي في الجلد ، واحمرار ، وتحزز خشن ، وحكة شديدة ، كما قد تظهر السحنة الأسدية . توجد حساسية ملحوظة جداً تجاه الأشعة الضوئية الشمسية والصناعية ، وتحدث أحياناً حمى جلدية عابرة . في حالات نادرة قد نجد بالإضافة لذلك آفات فرقية صغيرة على أسفل الجذع ، ويحدث فرط تقرن في الراحتين والأخصصين . وصفت حالات من التحول باتجاه متلازمة سيزاري .

الأعراض : لا توجد أعراض عامة شديدة ، وقد ذكر حدوث ضخامة عقدية منطقية (ناحية) وضخامة كبدية طحالية . إن التبدلات الشديدة المرافقة للحكة تزداد بالتعرض لأشعة الشمس والإشعاع الصناعي ، وهي تفرض شدة نفسية شديدة لدى المرضى . تبدي الاختبارات الضوئية انخفاضاً في MED . وغالباً ما يوجد تفاعل حطاطي غير نموذجي وفرط حساسية ضوئية تجاه الأشعة فوق البنفسجية والضوء المرئي .

التشريح المرضي النسجي : التهاب جلد مع ارتشاح خلوي تحت بشروي قليل أو كثير ، شريطي المظهر ويصيب أحياناً كامل الأدمة وحتى تحت الجلد ، مع لمفاويات شاذة بنوى مفرطة الكروماتين غير نظامية (لمفاويات) . كما تحدث تبدلات تشبه الخراجات المجهرية لبوترية . وبالرغم من كون الأرضية النسجية إكزيمة جزئياً مع ملاح تشبه للمفوم فهي تذكر بالفطار الفطري (لمفومات كاذبة ذات خلايا نائية) .

السير : الحساسية الضوئية ثابتة ويجب وضع الإنذار بحذر ، ويكون السير منقطعاً على شكل مراحل . لوحظ في حالات نادرة تحول هذه التبدلات الجلدية نحو لمفومات كاذبة خبيثة في الجلد .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق عن الإكزيمة الضيائية

الأرجية المزمنة (باختبارات البقعة الضوئية) . وعن التهاب الجلد التماسي للمفوماني . كما تشابه مع متلازمة سيزاري إذا كانت المساحة المصابة واسعة .

المعالجة : الوقاية التامة من الضياء ، والعلاج الطويل بالستيروئيدات الموضعية والتي يمكن استعمالها بالطريق العام . وقد تم الحصول على أفضل النتائج باستعمال البوفا أو المعالجة بالآزاثيوبرين .

فرط التسج الوعائي اللمفاني مع كثرة الحمضات : Angiolymphoid Hyperplasia with Eosinophilia

المرادفات : التهاب الجريبات اللمفية الحمض ، داء كيمورا ، الحبيسوم التقيحي الكاذب أو اللا نموذجي ، فرط التسج الوعائي الأرومي اللمفاوي مع كثرة الحمضات .

التعريف : عقيدات مشبهة بالوعاؤوم على الرأس ناتجة عن ارتشاح باللمفاويات شبيه باللمفومات مع فرط الحمضات وفرط تسج بالأوعية الدموية مع تكاثر بخلايا بطانية غير نموذجية . ومن غير المعروف فيما إذا كانت لمفومات كاذبة أو ما قبل المفوم .

الحدوث : نادر جداً ، يمكن الحدوث بأي عمر مع غلبة الإناث .

الأمراض : غير معروف .

الموجودات السريرية : واحدة أو أكثر من عقد أو عقيدات متجمعة ذات شكل نصف كروي بلون أحمر غامق ذات مظهر وعاءومي . تتوضع غالباً على الأذن ، أو الوجه ، أو الفروة سطحها أملس ، لامع ، غير مشعر يمكن للبشرة الرقيقة أن تتآكل ، والجلد المصاب أن ينزف أو يتقرح ، الشكل المنتثر للداء نادر الحدوث ، وقد ذكر وجود علاقة للداء مع مرض كلوي .

الأعراض : تحدث بشكل نادر ضخامة عقدية لمفية ناحية مع كثرة الحمضات في الدم .

التشريح المرضي النسجي : تحت بشرة مترققة ، يشاهد تكاثرات وعائية دموية تشبه الوعاؤومات الفصيصية محاطة بخلايا بطانية ، منسجات ، غير نموذجية وكبيرة . عند دراستها بالمجهر الإلكتروني يتبين احتواؤها على فجوات داخل خلوية كبيرة . القنوات الوعائية محاطة بارتشاح خلوي باللمفاويات والحمضات يشبه للمفوم ، وتمتد الرشاحة حتى تحت الجلد ، وتتطور أحياناً جريبات لمفية ذات مراكز منتشرة كما لوحظ وجود داء مخاطيني جريبي عرضي .

السير : إذا لم تعالج فسيرها مزمن مترقي لكنه حميد ، يمكن أن

تظهر آفات جلدية حتى بعد الاستئصال في المناطق المصابة وذلك خلال عدة سنوات .

التشخيص التفريقي : يفرق عن التشنجات الوعائية مثل الوعاؤوم الشعري ، الحبيبوم التقيحي مع آفات تابعة له ، الغرن الوعائي في الوجه والكتف ، غرن كابوزي ، الكيسة البشرية ، الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، الحبيبوم الوجهي .

يعد داء كيمورا المفوم خلوي عميق مع تكاثر وعائي ويكون التشخيص نسيجياً .

المعالجة : بالاستئصال مع هامش سليم قدر الإمكان ، كما ويمكن تجريب حقن الستيروئيدات موضعياً ، ويوصى كذلك بالمعالجة الشعاعية .

اعتلال العقد اللمفية الوعائي المناعي الأرومي **Angioimmunoblastic Lymphadenopathy :**

المترادفات : المتلازمة التكاثرية المناعية المزمنة عديدة القدرات ، اعتلال العقد اللمفية المناعي الأرومي مع خلل البروتينات الدموية ، الداء الحبيبومي اللمفي ، اعتلال العقد اللمفية المناعي الأرومي ، متلازمة المفومات الكاذبة .

التعريف : داء يحدث أحياناً بالأدوية ، ينتج عن إثارة الجهاز المناعي ، ويمكن أن يتطور إلى مفومات مناعية أرومية خبيثة وقد ترافقه آفات جلدية ، تفترض الاستقصاءات الحديثة كونه لمفومات تائية محيطية وحيدة النسيطة .

الموجودات السريرية : يتصف الداء بحمى ، ضخامة عقد ناحية ، ضخامة و/أو ضخامة طحال ، فقر دم انحلاي مع تفاعل كومبس إيجابي ، كثرة الحمضات في الدم وخلل غلوبولينات الدم عديد النسيطة

الإصابة الجلدية : شوهدت في حوالي ٤٠٪ من المرضى وتجلت على شكل حكة معممة ، وحمامي ، وطفح بقعي حطاطي ، ورشاحة النهائية منتشرة أو عقيدية .

التشريح المرضي النسيجي : الصورة مشابهة للتبدلات في العقد اللمفية ، وتكون البنية النسيجية محطمة بارتشاح جلدي - تحت جلدي متنوع الخلايا من مفاويات صغيرة ، مصورات مناعة ، مصوريات ، منسجات ، مع زيادة في الشعريات الدموية ذات الخلايا البطانية الكبيرة المميزة وذات الجدار المتمسك الإيوزيني .

المنظر النسيجي يذكر بالتفاعل من النموذج المتأخر كما يمكن أن يحدث في التفاعل الدوائي .

المسار : يتوفى ثلثا المرضى خلال سنة أو سنتين ، وهو إنذار سيء .

المعالجة : تكون معالجة المرض الأولية بشكل خاص بالستيروئيدات القشرية ومثبطات المناعة . وتكون المعالجة عرضية للآفات الجلدية بالستيروئيدات الموضعية .

الاعتلال العقدي اللمفي الجلدي Dermopathic Lymphadenopathy **Pautrier and Woringer] : 1932**

المترادفات : الشباك الشحمي الملاني ، الاعتلال العقدي الجلدي ، داء بوتيرييه - وورينغر .

التعريف : ضخامة عقد لمفية تفاعلية قابلة للتراجع مترافقة مع داء جلدي واسع ومنظر نسيجي يشبه للمفوم وترسبات ملانية وهيموسيدرينية وشحوم ولا يتم التشخيص إلا بالفحص النسيجي .

الإمراض : في الجلادات المنتشرة يتشر القتامين والشحوم والهيموسيدرين من الجلد إلى العقد اللمفية الناحية ، مع فرط تنسج لا نوعي بالبلاعم وخلايا المركز المنتشة وأرومات خلايا المركز .

الموجودات السريرية : ضخامة عقد لمفية إبطية وأربية حينما تتواجد آفات جلدية ممتدة بشكل واسع ، مثال : الأحمريات (احمرار الجلد) الجلدية أو الأحمريات الجلدية الملانية بأسباب متنوعة ، الإكزما المعممة ، التهاب الجلد التأتبي ، الحزاز المنبسط ، الصدف الشائع ، الفطار الفطرائي المنتشر .

التشريح المرضي النسيجي : الجريبات اللمفية في العقد ذات مراكز منتشة واسعة مع ازدياد ملحوظ في عدد البلاعم ، والمنسجات وخلايا مركز الجريب مع خزن للشحوم والقتامين والهيموسيدرين . وبسبب وجود الحمضات والعدلات والبلاسميات تظهر صورة نسيجية حبيبومية . يجب تمييز هذه الصورة النسيجية من المفومات ذات خلايا مركز الجريب أو داء بريل - سيمرز .

المسار : بعد شفاء الجلاد تراجع ضخامة العقد بشكل بطيء . قد تأخذ المظاهر النسيجية سنين عديدة حتى تراجع للشكل الطبيعي .

التشخيص التفريقي : حالات الأحمريات الجلدية مع إصابة العقد اللمفية (في المرضى الشيوخ بشكل خاص) ، المفومات الجلدية الخبيثة .

المعالجة : معالجة المرض الأصلي .

الفصل الحادي والستون

اللمفومات الجلدية الخبيثة

Malignant Cutaneous

Lymphomas

د . شريف السالم

عريض يتعلق بالأرضية النسيجية والخلوية لهذه الأدوية وذلك بفضل الدراسات الشكلية الحديثة ، والدراسات الكيماوية الخلوية الحمائية المجهرية الالكترونية والخلوية المناعية ، إذ إن التكاثر التنشوي نفسه يمكن أن يشاهد في العقد اللمفية وفي الجلد . ومن أجل ذلك فمن الحكمة أن نستخدم تسمية متفق عليها من قبل مشرحين مرضيين واختصاصيين أمراض الدم من أجل التكاثرات الخبيثة في الجملة اللمفية الجلدية .

التصنيف :

إن تصنيف رابابورت Rapaport للمفومات الجلدية - واسع الانتشار وخاصة في التشرح المرضي - وهو تصنيف قيم في التشخيص الروتيني بسبب بساطته وقابليته للإعادة . إن هذا التصنيف يقسم اللمفومات إلى لمفومات غنية باللمفاويات ، وفقيرة باللمفاويات ، ومختلطة الخلايا ولمفومات منسجة (كل هذه الأشكال عقيدية أو منتشرة) . على كل حال فقد بينت الدراسات أن هذا التصنيف يستحق إعادة النظر خاصة فيما يتعلق باللمفومات « المنسجة Histiocytic » . ولقد بينت الأبحاث الواسعة ، وخاصة المناعية منها ، أن معظم اللمفومات المنسجة هي عبارة عن لمفومات لمفاوية كبيرة الخلايا قليلة التمايز ، ونتيجة ذلك طرحت تصنيفات أخرى معدلة أهمها تصنيف لوكس وكوليتز (Collins, Luks) ، وتصنيف Kiel ، والتصنيف الجديد : صيغة العمل Working Formulation . في هذه التصنيفات لا يعتمد فقط على شكلية الخلايا المتكاثرة ولكن على خواصها الوظيفية أيضاً (نمط خلية B و خلية T) . وفي البلاد الناطقة بالألمانية يعتمد بشكل واسع على تصنيف كييل Kiel ، إلا أن تطبيقه على لمفومات الجلد لا يتخلو من الصعوبات ؛ ولكن هذا التصنيف يقدم في الوقت الحاضر أفضل القواعد لتصنيف معقول لآفات الجلد التكاثرية اللمفاوية .

الجدول ٦١ - ١ : تصنيف اللمفومات الجلدية الخبيثة

- A - داء هودجكين .
B - لمفومات لاهودجكينية .
اللمفومات الخبيثة ذات الدرجة المنخفضة من الخباثة (لمفومات خلوية) :
I - لمفومات باللمفاويات :
الايضاض اللمفاوي ، غط خلايا T ، نمط خلايا B
القطار الفطواني
متلازمة سيزاري
الشباك الباجتاني
ايضاض الخلايا المشعرة

تعتمد محاولات تصنيف الأمراض على التقدم في فهمنا للآلية الفيزيولوجية المرضية والسببية لهذه الأمراض . كانت معظم الأدوية الواردة في هذا الفصل تدعى سابقاً الشبكات (Reticulosis) . وكان يقصد بالشبكات (Retothelioses ، الشبكات البطانية ، الشبكات المنسجة) التكاثرات غير التفاعلية المجموعية التي لا تبدي ميلاً للتراجع في خلايا الجملة الشبكية البطانية ، والشبكية المنسجة ، والشبكية البرانية .

تشترك الشبكات الجلدية من الجملة الشبكية في الجلد بسبب تواجدها في ما يدعى المناطق المتائلة في الطبقة الحليمية وفي المناطق المحيطة بالأوعية والمحيط بالملحقات . وكذلك فإن الموجودات الجلدية في الايضاض النقوي ، والايضاض النقواني بالوحدات وفي الايضاض بالوحدات قد دعت في السابق أيضاً بالشبكات مع غزو للدم الجائل .

لقد تطورت معرفتنا لمنشأ وتطور الخلايا اعتباراً من النسيج اللمفي في السنوات الأخيرة بشكل كبير . ونحن نعلم أن الجملة المناعية تقسم إلى جملة تائية وأخرى بائية ، وأن الخلايا البلازمية تشتق من الخلايا البائية وليس من الخلايا الشبكية .

وتبين كذلك أن جملة الوحدات - المنسجات - البلاعم (وتدعى أيضاً MPS أو جملة البلاعم الوحيدات) تشتق من الخلايا الجذعية في نقي العظام ، ومن المرجح أنه ليس لها علاقة مع الخلايا الشبكية . هذه الموجودات تدل على أننا نتعامل في الشبكات الجلدية ليس مع تكاثرات جلدية لا عكوسة للخلايا الشبكية ، ولكن بالأحرى نتعامل مع تكاثرات خلوية للجملة اللمفاوية أو مع جملة البلاعم وحيدات النوى . ومن أجل ذلك فإن تعبير الشبكات لم يعد يستخدم إلا من أجل بعض الحالات النادرة جداً والمشكوك بها على أنها تكاثرات خبيثة للخلايا الشبكية . إن تعبير اللمفومات الجلدية الخبيثة أو لمفومات الجلد الخبيثة (MCLs) يشير إلى تنشوات خبيثة للجملة اللمفية . وهذا التعبير مشتق من علم الأمراض والذي يتعلق سريرياً بضخامة العقد اللمفية . وقد أمكن الآن التوصل إلى إتفاق

التصنيف النسجي على درجة من الأهمية مساوية للتصنيف المرحلي ، وذلك من أجل التحديد السريري لامتداد المرض ، وهي مهمة متعددة الاختصاصات يشارك فيها اختصاصيو أمراض الدم ، والطبيب الشعاعي والمشرح المرضي . ويوصى بالمقاربات التالية :

- الموجودات والقصة السريرية : تبدلات الجلد ، إصابة العقد البلغمية ، ضخامة اللوزات ، الكبد والطحال .
- خزعات الإصابات الجلدية والعقد البلغمية المتضخمة مع إمكانية خزعة الكبد .
- الفحوص المخبرية : حالة الدم ، الكبد ، وظائف الكلية ومحض البول .
- فحص نقي العظام : بزل القص والأفضل منه : خزعة القنزعة الحرقفية (العرف الحرقفي) في حال اللمفومات البائية ، وفي حال اللمفومات التائية المتقدمة منها أو ذات الخباثة الشديدة .
- الفحوص المناعية : اللمفاويات التائية والبائية وفروعها ، الرحلان الكهربائي ، الرحلان الكهربائي المناعي ، الاختبارات الجلدية السطحية وداخل الجلد .
- الفحوص الشعاعية : الصدر ، تصوير بولي ظليل ، العظام مع إمكانية فحوص بالنظائر المشعة أو بالأشعة فوق الصوتية (الكبد ، العظام ، الطحال) . وإمكانية استخدام التصوير الطبقي المحوري .
- إمكانية إجراء التصوير الوعائي اللمفي .

لا يمكن مناقشة التشخيص النسجي والخلوي هنا ، وأحياناً يبدو من الواجب اللجوء إلى إجراءات تتطلب وقتاً كبيراً كالفحوص الخلوية الكيماوية ، والطرائق الخلوية الكيماوية الأنظمية أو المجهر الإلكتروني أو الطرائق الخلوية المناعية باستخدام الأضداد وحيدة النسيلة ، وذلك من أجل التشخيص النهائي للخلايا الورمية . ويعتبر التنميط المناعي الشكلي هو الأكثر أهمية بسبب انقسام الجملة المناعية إلى قسمين (جملة خلايا B وجملة خلايا T) وأيضاً من أجل تحديد التمايز ، ومن أجل تعيين لمفومات الجلد اللا هودجكينية ، وخاصة تلك الموجودة في مجموعة اللمفومات ذات الخلايا الكبيرة .

داء هودجكين [Hodgkin's disease 1832] :

المترادفات : لمفوما هودجكين الخبيثة ، الورام الحبيبي اللمفي الخبيث (ستيرنبرغ وبالتوف) .

التعريف : لم يتم الاتفاق على كون هذا الداء كيئاً بحد ذاته ، ولكنه بشكل رئيسي : داء يصيب الجملة اللمفية (العقد اللمفية ، الطحال ... إلخ) ، تحدث الآفات الجلدية في حوالي

لمفومات المنطقة T

II- لمفومات بالخلايا المناعية :

ورم الخلايا المناعية الشبيهة باللمفاويات والمصوريات

ورم الخلايا المصورة

III- لمفومات بخلايا مركز الجراب

IV- لمفومات بخلايا مركز الجراب - أرومات خلايا مركز الجراب

(داء بريل سيمرز)

V- لمفومات كبيرة الخلايا ذات انحياز وعائي (داخل الأوعية)

اللمفومات الخبيثة ذات الدرجة العالية من الخباثة (اللمفومات «أرومية») :

I- لمفومات بأرومات خلايا مركز الجراب

II- لمفومات بأرومات اللمفاويات

بأرومات اللمفاويات - T (نموذج بوركيت)

بأرومات اللمفاويات - B

بأرومات اللمفاويات - O

III- لمفومات بأرومات المناعة

إن تصنيف كييل المعدل من قبل المشرح المرضي الألماني لينرت Lennert وزملائه يؤمن معلومات حول درجة خباثة اللمفومات الخبيثة ويسمح بمقاربة علاجية نوعية .

وبشكل عام فإن داء هودجكين يميز عن اللمفومات اللا هودجكينية . ويتبع تصنيف اللمفومات اللا هودجكينية في الجلد بشكل جوهري تصنيف كييل .

إن اللمفومات الخبيثة الجلدية يمكن أن تظهر بشكل بدئي أو ثانوي في الجلد ، وهكذا يمكن للداء أن يبدأ سريرياً بالآفات الجلدية أو أن الآفات الجلدية يمكن أن تتطور كنتيجة للداء الموجود في العقد البلغمية .

ومن المهم ألا ننظر إلى هذا المخطط بشكل حاسم ، فمثلاً : إن درجة الخباثة يمكن أن تزايد خلال فترة المرض حينما يتحول الفطار الفطراتي أو متلازمة سيزاري إلى لمفومات خبيثة من نمط أرومي مناعي أو أرومي لمفاوي .

لا توجد حدود صريحة فاصلة بين اللمفومات الخبيثة والاييضاضات ، لأن انتشار الخلايا في الدم الجائل يمكن أن يشاهد في كل اللمفومات . ومن جهة أخرى فإن الحديث عن اييضاض الدم يبقى صالحاً لغايات جلدية عملية ، وفي النهاية فإن العديد من لمفومات الجلد لا يمكن أن تصنف بشكل مؤكد ونهائي .

الفحص السريري :

عند الاشتباه .أو عند تشخيص لمفوم جلدي خبيث يعتبر

٣٠ - ٥٠٪ من المرضى .

الحدوث : يحدث الداء في أي عمر ، مع ذروة بين ١٥ و ٣٥ سنة ، وأيضاً بعد الخمسين من العمر . وهناك غلبة عند الذكور . في أحيان نادرة قد يبدأ داء هودجكن في الجلد . وهناك يبقى غير مميز لوقت طويل .

السببات : مجهولة . هناك شك بآلية خمجية حموية (حمة إيشتاين - بار ؟) .

الإمراض : في الوقت الحاضر . لا يوجد اتفاق على اعتبار داء هودجكن داءً واحداً بمحد ذاته أو أنه مجموعة من الأمراض . يعتقد أن خلايا T أو B تتغير شكلياً إلى خلايا T أو B كبيرة إيجابية Ki-1 ومفعلة (Ki-1 positive activated T or B cell) ، والتي تتظاهر كداء هودجكن أو خلايا ريد ستيرنبرغ (Reed - Sternberg) خلال خمج حموي . ليس هناك من دليل نهائي على دور العامل البيئي أو أية عوامل أخرى في تطور التغيرات الجلدية . هناك العديد من التغيرات غير الوصفية تدعم الفرضية الإمبراضية السابقة ، وهذا يعني وجود شكل من التفاعل الدفاعي المناعي الخلوي مع تحولات خبيثة في داء هودجكن .

الموجودات السريرية : يجب ملاحظة وجود تغيرات نوعية وأخرى لا نوعية في الجلد . وتتضمن التغيرات النوعية التبدلات المجهرية الوصفية للداء وهي نادرة جداً .

العلامات الجلدية غير النوعية : وهي شائعة نسبياً وتضم أشكالاً عديدة ، وهي تحدث في ٣٠ - ٥٠٪ من المرضى ، وتكون الأرضية النسيجية غير وصفية .

الحكة وفرط التصبغ : كلاهما شائع وهما يظهران معاً عادة . قد تسبق الحكة الأعراض السريرية للداء بشهور ، وتميل للبداة في الساقين ، وهي حكة شديدة جداً وأحياناً انتيائية ، وهي معتدلة بشدة على الأدوية . ويظهر التسحج ، والتقوبؤ ، والتأكزم والتحرز المتزايد كأثار ثانوية للحكة .

يشبه فرط التصبغ المنتشر ما يحدث في داء أديسون فهو يصيب الجلد فقط ولا يأتي على المخاطيات . مع هذا المركب من التبدلات يجب أن يشك دوماً بداء هودجكن ، كما يجب إجراء فحص خاص للعقد اللمفية المنصفية وخلف الصفاق . ويجب ألا ننسى « الحرب » في التشخيص التفريقي .

الحكاك العرضي (Prurigo Symptomatic) : بالإضافة إلى الأعراض السابقة فقد نجد اندفاعات شرورية في أحيان كثيرة ، تنوضع بشكل رئيسي على الجذع ، و/أو عقيدات حكاكية الشكل ، حاككة بشدة ومخدوشة ، وهي تعطي مظهر حطاطات متآكلة مع جليات مدماة ، وتندمل مع ندبات دقيقة

مفرطة أو ناقصة التصبغ . نسيجياً ، تشاهد مظاهر الحكاك تحت الحاد (الحكاك البسيط تحت الحاد ، الشرى الحطاطي المزمن) . وإذا شوهد في الوقت نفسه زيادة في حجم العقد اللمفية يجب وضع احتمال تشخيص داء هودجكن بعين الاعتبار .

تبدلات الجلد سماكية النموذج : إن هذه التبدلات تشبه السماك الشائع وهي تكون عادة في الساقين ، وقد تصيب الجلد بكامله أو عضواً واحداً . يكون الجلد منعدم الزهم (Sebostatic) ويدي وجود جليات سماكية الشكل ملتصقة بصلاية ووضوح . هذه العلامات تتطور عادة خلال سير الداء .

الحلأ النطاقي Zoster : شائع جداً . وأغلب ما يرى على شكل نطاق معمم بسبب اضطراب الجملة المناعية مما يسمح بتفعيل انتشار حمة الحماق/الحلأ النطاقي .

العلامات الجلدية الأخرى : وصفت تبدلات جلدية غير نوعية عديدة عند المصابين بداء هودجكن إلا أنها قد تظهر صدفة فقط . مثال : الحاصة المنتشرة ، والحمامى العقدة ، والتبدلات الإكزيمية الشكل التي تشبه مرحلة قبيل الفطار في الفطار الفطراتي ، الداء الموسيني الجريبي ، احمرار الجلد (الأهرية) اللا نوعي ، واضطرابات نمو الأظفار .

تبدلات الجلد النوعية : نادرة ، ومن أجل ذلك تكون غير كاشفة للتشخيص . تفرق نسيجياً بالصفات النوعية لداء هودجكن والتي تتضمن كشف الإيجابية للأضداد وحيدة النسيلة Ki-1 التي تدل على وجود تفعيل مستضدي للخلايا للمقاومة .

الرشاحة المتفارية : هذه التبدلات النوعية الجلدية تظهر كبذئبة وأصلية في الجلد ، وهي بشكل عام غير مقبولة . تنتمي بعض هذه التبدلات إلى مجموعة المفومات Ki-1 . هذه الأشكال الحيوية السليمة يعني بها داء هودجكن الكاذب في الجلد .

سريراً : هي عبارة عن بقع مرتشحة مسطحة مع هوامش منتشرة أو عقيدات صلبة جلدية أو تحت جلدية ذات لون مسمر أو زرقاء عمرة كما هي الحال في اللmfومات الخبيثة الأخرى . قد تكون مفردة أو متعددة ، ويمكن أن تتواجد على شكل طفع حطاطي عقيدي ، وتكون الأماكن المفضلة للتوضع هي : الجبهة ، وجوانب الجذع ، وأسفل البطن والمنطقة الأربية ، والفخذ والفروة . ويمكن للعقيدات أن تنمو وتتطور عليها تقرحات نخرية بطيئة السير : القرحة الحبيومية اللمفية ulcer Lymphogranulomatousum . وفي حالات أخرى نجد تورمات بلون الجلد وأكثر انتشاراً .

وإنذار سيء في :

– النمط مختلط الخلايا .

– نمط نضوب (نفاذ) للمفاويات .

تشاهد ارتشاحات عقيدية أو منتشرة عديدة الأشكال في الجلد . وتتألف من لمفاويات صغيرة أو متوسطة الحجم ، محبيات إيزينية أو عدلة ، خلايا بلازمية ، منسجات ، شبكيات ، أرومات مناعية ، أرومات ليفية وعدد متفاوت من خلايا هودجكن وخلايا ريد ستيرنبرغ . وفي حواف الآفات تشاهد ارتشاحات حول الأوعية والملحقات . ويبدو النمط الشكلي المناعي ذا علاقة وثيقة بالرشاحات المشاهدة في الحطاط اللمفاني والذي يوحي بعلاقة إمرضية وسببية بين الداءين .

السير والإنذار : يعتمد الإنذار بشكل واسع على انتشار الداء في العمق . ومن أجل ذلك يعتبر التشخيص المرحلي ضرورياً . تكون بقيا المرضي حاملي الداء في الجلد فقط لسنوات عديدة . كما أن إصابة داء هودجكن النوعية في الجلد لا تعني بالضرورة إنذاراً سيئاً في كل حالة بعكس ما يظهر في التقسيم المرحلي (تصنيف أربور) والذي يعتبر إصابة الجلد مرحلة IV .

التشخيص : حينما تشاهد أعراض جلدية لا نوعية فقط نشبه بوجود الداء بناء على مخطط الحرارة (نموذج بيل أبشتاين **Pel Ebstein Type**) . والفحوص الدموية (كثرة الكريات البيض مع قلة نسبية في اللمفاويات مع كثرة الحمضات) ؛ والتشخيص بأشعة X والومضان المشع للطحال والتي يجب أن تثبت بفحص الخزعة . إذا كان هناك علامات نوعية يجب أن يكون التشخيص نسيجياً .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الفطار الفطراتي مع إصابة الأعضاء ، متلازمة سيزاري ، واللمفومات الخبيثة الأخرى اللا هودجكينية في الجلد متضمنة الحطاط اللمفاني .

المعالجة : تعالج التبدلات الجلدية اللا نوعية بشكل عرضي . تستجيب الحكات بشكل أساسي للعلاج الموضعي . وأجريت التجارب بالمعالجة بمضادات الهستامين ، المبنجات ، العوامل المحتوية على الفينول ومعجون الزنك الحاوي على الإيكتامول (٣ - ٥ ٪) أو الكليوكينول (٥,٥ ٪) ويمكن تجربة المعالجة الضوئية الكيماوية (**PUVA**) .

جهازياً : يستعمل مضادات الهستامين ، الفينوثيازينات أو الكلورفينامين . أما تبدلات الجلد النوعية فيجب معالجتها بشكل مركز . ويجب أن توضع خطة العلاج بمؤازرة الزملاء في الطب الداخلي ، ويعتبر التصنيف المرحلي المحدد قاعدة العلاج . تستعمل المعالجة وخاصة التشعيع X والمشاركات العلاجية الكيماوية الموقفة للانقسام الخلوي ، ومثالها : خطة (**MOPP**) : [ميكلورثامين ، فينكريستين ، بروكاربازين ،

الحكاك الحبيبيومي اللمفي . ويتألف هذا الحكاك من ارتشاح نسجي نوعي للداء ، ويمكن أن يحدث هذا الارتشاح أيضاً في الحكاك العرضي اللا نوعي . يصيب الجلد بكامله ، ولكنه يتوضع على السطوح الباسطة للأطراف ، فيبدو للفاحص وجود عقيدات صغيرة ، قاسية ، حاككة بشدة ، وبلون الجلد أو ملتته قليلاً والتي تتعرض بسرعة للتأذي بسبب الخدش وتشكل فيها جلب نزفية ، ويثبت التشخيص نسيجياً .

جوف الفم : أحياناً ، تكون العلامات البدئية ارتشاحات نوعية للدوائر اللمفاوية اللوزية والتي يمكن أن تنقرح ، وعند التشخيص التفريقي يجب أن نفكر خاصة بالشكل النخري لحناق فسان . وعلى عكس ما يشاهد في ابيضاض الدم النقوي وفي ندرة المحبيات تكون اللثة عادة غير مصابة .

التظاهرات الثانوية : تحدث هذه التظاهرات بتطور التبدلات التشريحية المرضية في العقد اللمفية التي تصيب الجلد . وبالمقابل ، فهي تشاهد في مناطق التزح للعقد اللمفية المصابة . تكون العقيدات والرشاحات بارزة . وتشاهد أحياناً رشاحات منتشرة في الجلد مشابهة للحمرة : الورام الحبيبي اللمفي الجلدي الشبيه بالحمرة .

التشريح المرضي النسجي : تكون المظاهر الخلوية والنسجية في أدواء هودجكن متبدلة جداً لدرجة أننا لا نعتبر اليوم إلا خلايا هودجكن وخلايا ريد ستيرنبرغ كموجودات ثابتة . تعتبر خلايا هودجكن كسليفات وحيدة نوى لخلايا ريد ستيرنبرغ ، وهي عبارة عن خلايا كبيرة مع هيولى شاحبة ونوية كبيرة وبلازما نوية نيرة ، وظاهرياً مع أغشية خلوية سميكة ونويات عملاقة .

أما خلايا ريد ستيرنبرغ فتقيس ١٥ - ٦٠ نانو متر ، وخواصها الرئيسية هي : وجود نويات حمضة عادة وكبيرة بشكل غير اعتيادي ، وفي هذه الخلية تشاهد نوية كبيرة نسبياً وغير ملونة تقريباً . وتشاهد أحياناً خلايا صورة المرأة **Mirror Picture Cells** - مردها توضع القطع النووية المتناظر . شوهد ارتفاع الضد الوحيد النسيلة (**Ki-1 CD30**) ضد سلسلة خلايا هودجكن التي تتعرف على مستضد مرافق لتفعيل الخلايا للمفاوية .

وبسبب كون المعطيات في الجلد غير واضحة كما هي الحال في العقد اللمفية فمن غير الممكن استخدام تصنيف العقد اللمفية العالمي لراي/أو آن أربور (**Rye or Ann Arbor**) والمشتق من التشريح المرضي للموجودات الجلدية . هناك إنذار جيد نسبياً في :

– النمط الغني باللمفاويات .

– النمط العقيدي المصلب .

الفطار الفطري [Mycosis Fungoides] D'Alibert 1832 :

المرادفات : الحبيوم الفطري .

التعريف : الفطار الفطري (M.F) داء مزمن ، يترق ببطء وليس له سبب معروف . يبدأ من الجلد ويبقى داءً جلدياً ، إلا أنه قد يصيب العقد اللمفية والأعضاء الداخلية في المراحل المتأخرة ويأخذ سيراً قاتلاً . ينتمي الآن إلى اللمفومات الخبيثة الناتجة النموذج مع خبائة خفيفة ، وذلك بسبب كون الرشاحة اللمفاوية تبدي خواص الخلية الناتجة المساعدة . ويمتد الداء من فترة سنوات إلى عدة عقود .

التواتر : الداء غير نادر ويشاهد في كافة أنحاء العالم . يحدث عادة بعد سن الأربعين ، لا يوجد عنصر وراثي لكن يكثر حدوثه عند الذكور دون معرفة السبب (تصل إلى ٢ : ١) .

الإمراض : إن سبب M.F غير معروف ، وهناك ما يوحي بمنشأ حمجي (الحمة الخلفية) ، لقد شوهدت أضداد HTLV-I في مصلى المرضى المصابين بالفطار الفطري ، كما وشوهدت جزيئات من الحمات ذات النمط C في خلايا لانغرهانس وفي الخلايا الارتشاحية الأخرى . يعتقد بعض المؤلفين أن الفطار الفطري في المرحلة الباكراة هو في أكثره عبارة عن داء النهائي ، يصبح في مراحله المتأخرة اضطراباً في الجهاز الخلوي اللمفاوي مع تطور اللمفومات تائبة تصيب العقد والأعضاء الداخلية بشكل ثانوي ، وأحياناً مع خلايا تنشوية تهاجم الدم . وقد لوحظ منذ فترة قريبة أن هناك علاقة بين التفاعل الدوائي السابق للآفة والأرجية بالتماس من النموذج الإكريمي مع بقاء المستضد ، وهذا يكون ذا صلة بأحداث الداء مع إصابة الحملة المناعية (الخلايا المساعدة T) . ومن جهة أخرى فإن معظم المؤلفين يعتبر أن الفطار الفطري هو لمفوما جلدية حبيثة بدئية حيث تشاهد فيه لمفاويات لا نموذجية مع صورة صبغية مختلفة الدنا ، كما تكون هذه الخلايا ذات صفات تائبة ، تشاهد باكراً وذلك منذ التظاهرات الجلدية الباكراة ، وتتعاظم هذه الصفات مع تطور المرض . وكذلك فإن زيادة الخبائة (غياب التمايز الخلوي) في المراحل المتأخرة هو شيء معروف ، وقد يكون هذا عبارة عن انتقال نحو لمفومات تائبة ذات خبائة شديدة ، مجموعة ، دعيت باللمفومات المجموعية المنتجة للأرومات اللمفاوية مع خلايا خبيثة تتواجد في الدم .

الموجودات السريرية : يمكن للفطار الفطري أن يتظاهر في الجلد بأشكال عديدة .

شكل البيرت - بازين : *Alibert - Bazin Form* وهو الشكل الأكثر شيوعاً ودعي بالفطار الفطري المدرسي نسبة

بردنيزولون [؛ خطة (COOP)] سيكلوفوسفاميد ، فينكريستين ، بروكاربازين ، بردنيزولون [؛ أو خطة (ABVD)] أدرياميسين ، بليوميسين ، فينلاستين ، [DTIC] . وبها تستجيب الأعراض الجلدية بشكل جيد للعلاج . وإذا لم تشاهد آفات داخلية (ضخامات عقدية مساريقية منصفية أو خلف الصفاق) فإن الآفات الجلدية يجب أن تشعع بواسطة أشعة X الخفيفة أو بالالكترونات . هذا وإن تشعيع الجلد التام باستعمال الحزم الألكترونية يبدو ذا قيمة كبيرة في الارتشاحات النوعية للنواحي الكبيرة .

اللمفومات اللا هودجكينية الجلدية ذات الدرجة الخفيفة من الخبائة

Cutaneous Non - Hodgkin's Lymphomas : of Low - Grade Malignancy

هذه الأمراض التنشوية تترق عادة بشكل مزمن عبر سنوات وتستجيب في البداية بشكل جيد على المعالجة الخاصة ، ولكن في النهاية يكون مصير المريض هو الموت .

اللمفومات لمفاوية الخلايا Lymphocytic Lymphomas :

تنتمي إلى اللمفومات اللا هودجكينية ذات الخبائة الخفيفة . وتتصف بتكاثر خلايا لمفاوية جيدة التمايز ذات واسمات سطحية مختلفة .

ايضاض الدم اللمفاوي المزمن Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) :

تحدث الآفات الجلدية إما بشكل بدئي ، أي قبل إنتاج الخلايا الابيضاضية ، أو بشكل ثانوي في سياق سير الداء الابيضاضي . إن معظم هذه الحالات هي تنشوات بائية الخلايا (B - CLLs) . راجع الفصل ٦٢ من أجل التبدلات الجلدية الوصفية . تكون التنشوات تائبة الخلايا (T - CLL) في أقل من ٥٪ من الحالات . ويكون للخلايا آنذاك نمطاً مناعياً ظاهرياً تائياً وبعضها يبدي فعالية فوسفاتازية حامضية هيولية بؤرية .

سريرياً : تكون ضخامة العقد اللمفية المحيطية وضخامة الطحال بارزة . وتكون كثرة الكريات البيض مع قلة العدلات وارتشاح النقي متوسط الشدة .

وفي الناحية الجلدية فإن وجود احمرار الجلد (الأحمرة) هو أمر شائع . كما أن التفريق بين متلازمة سيزاري واللمفومات/الابيضاض إنجابية HTLV-I تائبة الخلايا لدى الكهول أمر صعب في المناطق التي تتوطن فيها الإصابة .

للمؤلفين الفرنسيين . يتطور الداء في ثلاث مراحل سريرية ونسجية ، ولا يعني ذلك بأية حال أن تبقى غير متبدلة ، إذ يمكن لتبدلات الجلد النموذجية في المراحل المختلفة أن تتواجد معاً .

المرحلة قبيل الفطارية (مقدمة الفطار) : قد تدوم لعدة سنوات ولا تكون وصفية لا سريرياً ولا نسيجياً ، وقد تؤدي للالتباس مع جلادات عديدة . قد تشبه الأعراض الإكزيمة الحية ، والصداف الشائع ، والفقاع الشائع ، ونظير الصداف اللويحي أو الحزاز البسيط المزمن ، تشاهد بقع ذات قياسات مختلفة مع هوامش محددة مستديرة أو بيضوية ، أفعوانية أو عديدة الدوائر . وتبدي احمراراً التهايباً وتجلباً نخالياً ويمكن أن تصبح حويصلية أو فقاعية وأن تغطي ببجليات ، كما يمكن أن تشاهد بقع شروية المظهر . إن عدد البقع يختلف كثيراً من حالة إلى أخرى وليس هناك من توضع مفضل : فيمكن أن يصاب الجذع والنهايات والوجه (راجع الشكل ٦١ - ٢) . كما يحدث حكاك ولذلك كان التشخيص السريري للفطار الفطاري في هذه المرحلة صعباً . ويجب التفكير بالفطار الفطاري إذا كانت الاستجابة لهذه البقع بالعلاج التقليدي للمرض المشكوك فيه ضعيفة ، وتحسن المرض بعد التعرض للشمس ، ونكسه التواتر ، والازدياد البطيء في عدد وقد هذه البقع . في هذه الحالة يجب أن تجرى خزعات ، ومن المفضل أن تؤخذ من عدة بقع . ويجب التفكير بشكل خاص في حدوث الفطار الفطاري متحولاً من شكل الصداف اللويحي ذي البقع الكبيرة الالتهايب أو شكل تباكل الجلد ذي البقع الكبيرة . وإن حدوث الداء الموسمي الجريبي يزيد في إمكانية حدوث الفطار الفطاري ومن الناحية النسيجية لا نستطيع وضع تشخيص الفطار الفطاري في هذه المرحلة إذا لم نشاهد الخلايا اللا نموذجية وخراجات بوتريه .

المرحلة الارتشاحية : وهي نموذجية للمرض وتبدي بضعاً ارتشاحية مسطحة متزايدة تنشأ إما بالامتداد من بقع في مرحلة قبيل فطارية ، أو تنشأ بشكل مستحدث رشاحات ذات حواف حدودها واضحة أو ذات شكل غريب ، أو تتشكل بقع حزازانية ذات توسف أو تجلب . ويمكن أن تبدي احمراراً التهايباً أو تلوناً بنفسجياً محمراً أو اسمراراً خفيفاً . كافة هذه البقع تتسع ببطء ، ويحدث حكاك شديد . ومن الملحوظ أن البقع الارتشاحية الكبيرة تحتوي على جزيرات محددة بشكل واضح من جلد سليم (السطوح النيرة) (راجع الشكل ٦١ - ٣) .

الخاصة المحددة : في الفروة أو في مناطق أخرى من الجسم ذات أشعار انتهائية ، وهي غالباً ذات علاقة بالداء الموسمي الجريبي العرضي الممكن كشفه نسيجياً . لا تكون ضخامة العقد

اللمفية دائماً نوعية للمرض ولكنها بالأحرى عبارة عن تعبير لاعتلال العقد اللمفية الجلدي اللا نوعي .

التشريح المرضي النسيجي ، يمكن إثبات تشخيص الفطار الفطاري في هذه المرحلة .

المرحلة الورمية : (لمفومات خبيثة بخلايا أرومية مناعية تائية ذات درجة خبثاء عالية) . تحدث هذه المرحلة بعد فترة مختلفة ، وهي غالباً عدة سنوات . وكمرحلة ورمية يبدو أن دفاع الجسم يغدو قاصراً أو أن سلوك الخلايا التشنؤية أصبح أكثر عدوانية ، وعادة ما يشاهد تطور الأورام ضمن البقع المرتشحة المسطحة أو على احمرار الجلد (الأحمرة الجلدية) .

إن النموذج نصف الكروي أو المشبه بالبندورة أو النموذج الفطري أو الأورام المستنة المرتفعة على سطح الجلد غالباً ما تكون فطرية الشكل ملمساء ، زرقاء أو ذات لون أسمر محمر ، وحينئذ تتآكل سطوحها ترتشح وتميل إلى التقرح النخري . ويمكن ، إذا ما حدثت في الوجه أن تؤدي إلى سحنة أسدية .

نسيجياً : يمكن أن يوضح تشخيص الفطار الفطاري في المناطق الهامشية . أما الأورام بذاتها فهي تبدي تكثرأ خلوياً متجانساً غنياً بالانقسامات الفتيلية ، وحينئذ تبدي لمفومات غنية بالخلايا الأرومية وذات درجة خبثاء عالية .

الفطار الفطاري المفاجئ (فيدال وبروك ١٨٨٥) *Mycosis Fungoides d'Emblée* : يدل هذا الاسم على حالات الفطار الفطاري التي لا تشاهد فيها المرحلتان الأوليتان ، وتظاهر الآفات نفسها منذ البداية كأورام . ومع ذلك فإن وجود هذا الشكل يعتبر اليوم أمراً مشكوكاً به . وفي أغلب الحالات تكون عبارة عن لمفومات/ايضاخ بخلايا تائية إيجابية أو سلبية HTLV - 1 . يجب أن تعتبر لمفومات جلدية بدئية ذات خبثاء عالية (راجع الشكل ٦١ - ٤) . ويدل على ذلك السير الممتد السريع (٦ - ٢٤ شهراً) .

الشكل الاحمراري الجلدي (هالوبو وبينيه ١٨٩١) *Erythroderma Form* : وهو نادر جداً . إن الحالات الأولى التي شخصت من هذا الشكل قد تشخص في أيامنا هذه على انها متلازمة سيزاري ويمكن أن تحدث الأحمرة الجلدية كأساس للفطار الفطاري المدرسي . التظاهر الأول هو أحمرة جلدية (احمرار جلد) لا نوعية قد تتحول إلى متلازمة سيزاري . يبدي الجلد احمراراً التهايباً كما يتسمك ويتصلب ، ويكثر وجود الوسف والحك بشدة . ويبدي الشكل النموذجي هنا جزراً متشرة من الجلد السليم . وفيما بعد قد تظهر لويحات مرتشحة وأورام ؛ وتتواجد خلايا لوتزنر سيزاري في الدم .

نسيجياً ، الركيزة الخلوية عديدة الأشكال للفطار الفطاري

توجه نحو التشخيص . ويجب أخذ متلازمة سيزاري بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي .

إصابة المخاطية : يمكن أن يصاب جوف الفم (مخاطية الفم ، واللسان ، واللوزات) كما يمكن إصابة مخاطية جوف الأنف والبلعوم في أية مرحلة من الداء .

ضخامة العقد اللمفية : تكون في البداية لا نوعية ، وهي تعبير عن الاعتلال الجلدي - العقدي اللمفي التفاعلي . يمكن للعقد اللمفية الكبيرة والقاسية بالقرب من الجلد أن تكون تعبيراً عن ترقى عدم التمايز باتجاه لمفومات أرومية مناعية ذات خباثة عالية .

إصابة الأحشاء : بالرغم من أن الفطار الفطراتي يسلك عادة سلوك مرض جلدي فإن الأعضاء الداخلية يمكن أن تصاب في المراحل المتأخرة .

إصابة الطحال : شائعة أكثر من إصابة الكبد . ويمكن للداء أن يصيب الرئة أيضاً ، والسييل الهضمي ، والجملة العصبية المركزية وأعضاء أخرى . إصابة نقي العظام نادرة جداً وإن حدثت فتكون متأخرة في سير الداء . تكون الحمى وتدهور الحالة العامة من العلامات الوصفية للمرحلة الورمية .

الموجودات المخبرية : يبدى تحليل الدم أحياناً كثرة لمفاويات غير هامة بالإضافة إلى زيادة الحمضات . قد يشاهد لدى بعض المرضى خلايا تائية غير نموذجية (تصل حتى ٢٠ - ٢٥٪) في الدم وذلك كما في متلازمة سيزاري ، إلا أنه يجب التمييز عن الخلايا المملفة توبجية الشكل للمفومات تائية الخلايا . تبدي خلايا لوتزنر Lutzner نوى شاذة لها مظهر تلافيف الدماغ بالمجهر الإلكتروني . وتبدو حبيبات غليكوجينية في الهيولى ، كما يمكن إظهارها في اللطاخة الدموية بواسطة تفاعل الباس PAS . تكون الكيمياء الدموية طبيعية عادة . ويوجد أحياناً ارتفاع في IgE .

التشريح المرضي النسيجي : يجب أخذ خزعات من أكثر من آفة جلدية واحدة وذلك عند الشك بالفطار الفطراتي ، وحيثذ فقط يمكن تشخيص الآفة بدقة . وينبغي فحص مقاطع نصف رقيقة إن كان ذلك ممكناً ، لأنه بهذه الطريقة يمكن التعرف بسهولة على الخلايا مخية المظهر . يبدى الفطار الفطراتي سمات وصفية للمفومات الخلايا التائية في الجلد : ارتشاح تحت بشروي شريطي الشكل بشخانات وكثافات مختلفة مع انتحاء بشروي مميز كالتسرب داخل البشرة وتشكل خراجات وحيدات النوى مجهرية داخل البشرة .

في مرحلة ما قبل الفطار يبدى الفحص النسيجي التهاب جلد غير وصفي . وبالمقابل هناك تبدلات تدعو للشك : ارتشاح تحت بشروي شريطي الشكل مع القليل من الخلايا

الشاذة (خلايا لمفانية كبيرة ، خلايا لوتزنر مع نوى مخية الشكل وقليل من التسرب .

هناك طراز وصفي في المرحلة الارتشاحية ، تبدي البشرة عادة شواكاً تفاعلياً مع تسفنج وفرط تقرن ونظير تقرن ، بالإضافة إلى خراجات بوتريه المجهرية الوصفية ، أي يمكن وجود تجمعات من شببسات خراجات بؤرية من الخلايا اللمفانية الشاذة داخل البشرة . يبدو ارتشاح كبير ، غالباً شريطي الشكل متوضع تحت البشرة مباشرة . يميل الارتشاح الخلوي في مراحل أكثر تقدماً لأن يكون خليطاً بشكل ملحوظ وقد تشبه بعض الخلايا الورمية خلايا هودجكين . هناك منسجات عديدة الأشكال أو خلايا لمفية طبيعية ظاهرياً ، وحمضات وعدلات . وخلايا مصورية وأرومات ليفية ، كما وتشاهد خلايا لمفانية كبيرة ، شاذة مع نوى مستتة غالباً ، زائدة الاصطباغ ، شاذة ولها صفات الخلايا التائية . يحتل أن تكون هذه الخلايا المسماة بالخلايا الفطارية (Mycosis Cells) هي خلايا لوتزنر ذاتها . وأحياناً تشاهد انقسامات فتيلية .

في المراحل المتأخرة . قد يصبح المظهر النسيجي متجانساً ويكتسب سمة لمفومات « أرومية » ذات خباثة عالية .

يبدى الفحص النسيجي تشابهاً كبيراً مع تفاعل التهابي غير نوعي . وفيما بعد ، تراجع الظاهرة الالتهابية وتسيطر مظاهر اللمفومات التائية الخبيثة ، ذات الحياة المتزايدة على الصورة النسيجية .

المسار : إن إنذار الفطار الفطراتي صعب التحديد ، في مرحلة ما قبل الفطار ، وتكون بقيا المريض عديداً من السنوات تتراوح من ٥ سنوات إلى ٢٠ سنة أو أكثر . وقد يحدث التراجع العفوي كما قد تحدث الرجعة . وإذا أثبت التشخيص نسيجياً ، يكون متوسط البقاء (٥ سنوات) . ولا يكون الإنذار جيداً في حال الإصابة بالأورام ، وإصابة العقد اللمفية وحدثت الإصابة الداخلية . وأخيراً ، يموت المريض بسبب إصابة العضو المنترة و/أو الإصابة المجموعية .

التشخيص : إن التشخيص الباكر هام ، ويعد الاعتلال الجلدي الالتهابي المزمن والمعد على العلاج إشارة للفطار الفطراتي . ينصح بالخرعات المتكررة المأخوذة من الآفات المشكوك بها .

التشخيص التفريقي : في مرحلة ما قبل الفطار : يفرق عن الإكزيمة النخية ، والصداف الشائع الإكزيمة المتحززة . إن التعبد على المعالجة طويلة الأمد ، والارتشاح الودمي وجزر الخلايا الجلدية السليمة في البقع المصابة بالداء ، تشير كلها إلى تشخيص الفطار الفطراتي .

يمكن أن تتطور إصابة المرضى بنظير الصدف اللويحي إلى إصابة بالفطار الفطاري . ويجب أخذ اللمفومات الكاذبة بعين الاعتبار في المرحلة الارتشاحية والورمية (التفاعل الدوائي العقيدي ، الحطاط اللمفوماتي Lymphomatoid Papulosis) وكذلك اللمفومات الجلدية الخبيثة الأخرى (داء هودجكين ولفومات لاهودجكين) والايضاض الجلدي أيضاً .

المعالجة : لا يوجد علاج شاف للفطار الفطاري ، وعلى كل حال ، يمكن تأمين تحسن الأعراض كما ويمكن زيادة مدة البقاء . إذا كان الفطار الفطاري محدوداً بأفات الجلد فرمما يكون العلاج الموضعي مناسباً ، وإذا كانت العلامات الجلدية (الأورام) شديدة مع إصابة داخلية (العقد اللمفية والأعضاء الداخلية) فيجب إعطاء علاج كياوي مناسب ، وفي كل الحالات يطلب إجراء التحديد المرحلي السريري (انظر الجدول ٦١ - ٢) .

يعتمد النظام الأكثر شيوعاً للتحديد المرحلي في مجال اللمفومات التائية الجلدية على النظام TNM (الجدولان ٦١ - ٣ ، ٦١ - ٤) . وتظهر وجهات النظر الإمراضية المتعددة في المقاربة العلاجية . فإذا اعتبرنا الفطار الفطاري لمفوم جلدي خبيث بدئياً ، يبدو من المناسب إعطاء علاج بدئي وكثيف لتحطيم الخلايا الورمية . وإذا اعتبرنا الفطار الفطاري داء التهايباً بدئياً مع التأكيد على السير العفوي الطويل نميل إلى إعطاء علاج خفيف . وهذا كل ما نستطيع فعله ، إذ أن التجارب السريرية تظهر إن الفطار الفطاري يعند على التداير العلاجية بشكل متزايد كما يحدث بالتشعيع بأشعة X . وبما أن المقاومة على العلاج متعلقة بدرجة ما بالتركيز العلاجي ، يجب ان يطبق هذا العلاج بشكل يشعر معه المريض بالراحة وبأنه يحتفظ بمقاومته للداء . ويمكن استعمال المعالجة الموضعية بالستيروئيدات القشرية ومضادات الهيستامين في الأعراض الابتدائية مع الحكاك . وهناك تأثير محبذ جداً وهو التعرض الشديد للشمس (المعالجة بالشمس) . ويجب اعتبار التشعيع النظامي بالأشعة فوق البنفسجية (SUP ، UVB) ذا قيمة ، كما ويمكن لبقع عديدة أن تتراجع بالمعالجة الضوئية الكياوية (PUVA) فيما بعد .

يمكن تطبيق أشعة X الخفيفة على الآفات الورمية أو المرتشحة الصغيرة . وتكون المقادير الصغيرة مناسبة في البداية (٢ - ٤ Gy مجزأة) . وفي حال وجود العديد من البقع أو وجود أحمرية جلدية ، يمكن استخدام أشعة X عن بعد لكامل

الجلد . والأكثر ملائمة هو التشعيع للجلد بكامله بحزم الكترونية (معالجة عالية الفولتاج بجرعة ٨ Gy خلال ١٠ - ١٥ يوماً ، تصل إلى ٣٠ Gy خلال ٤٠ يوماً) . هذا وإن الاختبارات المجراة على هذا النوع من العلاج قد بينت جودته . ويوصى آخرون بهذا العلاج كشدبير أولي بعد التشخيص إلا أنه يجب عدم نسيان التأثيرات الجانبية (ضمور الجلد ، جفافه ، الحكاك ، إلخ ...) .

وأخيراً هناك علاج موضعي بمحلول الميكولوريتامين للبقع المعزولة أو للجلد بكامله (١٠ ملغ من ميكولوريتامين في ٤٠ - ٦٠) مل من ماء الشرب ، حيث يسمح الجسم بكامله يومياً حتى نحصل على تأثير مناسب ثم تنقص الكمية) . ومن مساوئ هذا العلاج حدوث التهاب الجلد التخرشي أو الأرجي بنسبة تصل إلى ٥٠٪ (حدوث عدم تحمل للميكولوريتامين) . وقد أهمل العلاج بالميكولوريتامين في بعض الدول بسبب تأثيراته المسببة للطفرة وتأثيرها على صحة الشخص المعالج . وإن البقاء تعادل ٥ سنوات لدى المعالجة بالبوفا PUVA ، الميكولوريتامين والعلاج بالحرمة الألكترونية تعادل ٥ سنوات ، ولكنها قد تصل إلى ١٠ سنوات في حال العلاج الشعاعي بحزم الالكترن .

وقد يكون للاستعمال الجهازية بجرعات متوسطة من الستيروئيدات تأثير جيد (بردينزون ، ميثيل بردينزون أو فلوكورتلون) على الداء في مراحله المتقدمة . تكون فترة هجوع الداء قصيرة ، وإن إنقاص الجرعة قد يؤدي إلى استعار الداء . نستعمل موقوفات الانقسام الخلوي في المرحلة المتقدمة من الداء تحدث تظاهرات داخلية أو حين الانتقال نحو لمفومات عالية الخباثة ، أو إذا فشلت التداير السابقة . إن معدل النجاح لا يكون عالياً كما في داء هودجكين . ويمكن البدء بالميتوتركسات وجرعة عالية المقدار ، تتبع بمحض الفولي ، أو تطبيق جرعة منخفضة مديدة (١٥ - ٥٠ ملغ/أسبوع وريدياً) أو ، في حال الضرورة - يمكن تطبيق خطة copp : سيكلوفوسفاميد ، أونكوفين ، فينكريستين ، بروكاربازين وبردينزون ويجب أن تجرى مثل هذه المعالجات في المشفى . ومن جهة أخرى يعطى علاج للحالة العامة وعلاج موضعي كاف بالستيروئيدات القشرية ويجب الانتباه إلى حدوث أي خمج موضعي أو عام حيث ينبغي معالجته آنذاك بمضاد حيوي مناسب ومعتمد على فحوص الحساسية الجرثومية كما وينصح بالضادات الرطبة الموضعية .

الجدول ٦١ - ٢ : مراحل (أطوار) الفطار الفطراتي

المرحلة	إصابة الجلد	اعتلال العقد اللمفية المحيطية	إصابة الأحشاء
I	مرحلة ما قبل الفطار	—	—
II	بقع مرتشحة مع أو بدون آفات قبل فطارية	—	—
III	أورام مع أو بدون أعراض ارتشاحية و/أو أعراض قبل فطارية	—	—
IV	فطار فطراتي في الجلد	آ - اعتلال العقد اللمفية الجلدي غير النوعي ب - فطار في العقد اللمفية	—
V	فطار فطراتي في الجلد	فطار فطراتي في العقد اللمفية +	—

الجدول ٦١ - ٣ : تصنيف TNM المرحلي للمفومات الجلدية الثانية (بون ولامرغ)

التصنيف	الوصف
T : الجلداً	
T ₀	آفات تدعو للشك سريرياً و/أو نسيجياً
T ₁	لويحات محدودة ، حطاطات أو بقع إكزيمية تغطي أقل من ١٠٪ من سطح الجلد
T ₂	لويحات معممة ، حطاطات أو بقع احمرارية مغطيه ل ١٠٪ أو أكثر من سطح الجلد
T ₃	أورام : واحد أو أكثر
T ₄	احمرار جلد معمم

N : العقد اللمفية -

N ₀	لا يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ولا مجسوسة ، سلبية CTCL بالتشريح المرضي
N ₁	يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ، سلبية CTCL بالتشريح المرضي
N ₂	لا يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ، إيجابية CTCL بالتشريح المرضي

N₃ يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ، إيجابية CTCL بالتشريح المرضي

B : الدم المحيطي	
B ₀	الخلايا غير النموذجية الجائلة معدومة أو أقل من ٥٪
B ₁	الخلايا غير النموذجية الجائلة موجودة بنسبة ٥٪ أو أكثر ، التعداد العام للبيض ، التعداد العام للمفاويات ، وعدد الخلايا الشاذة المسجلة في ١٠٠ خلية لمفاوية
M : الأعضاء الحشوية	
M ₀	لا يوجد إصابة أعضاء حشوية
M ₁	إصابة الأحشاء (يجب إثباتها كما يجب تحديد نوع الأعضاء المصابة)

(آ) إن التشريح المرضي للجلد T₁ هو تشخيص للمفومات الجلدية الثانية CTCL . وعند وجود خواص لأكثر من T واحدة تسجل كلها وأعلامها هو المستخدم للتصنيف المرحلي .
مثال : T₄₀₃ .

(ب) يسجل عدد أماكن العقد غير الطبيعية . مثال : رقية (يسرى + يمنى) ، إبطينة (يسرى + يمنى) ، أريية (يسرى + يمنى) ، البكرية ، تحت الفكية وتحت الإبطينة .

الجدول ٦١ - ٤ : التصنيف المرحلي للمفومات الجلدية الثانية

المرحلة	T	N	M
IA	1	0	0
IB	2	0	0
IIA	1-2	1	0
IIB	3	0-1	0
III	4	0-1	0
IVA	1-4	2-3	0
IVB	1-4	0-3	1

متلازمة سيزاري [Sézary Syndrome] Sezary and [Bouvraïn 1938] :

المرادفات : كثرة النسجات الشبكي الجلدي المفرط التنسج السليم الشبيه بتملن الجلد (باكاريديا ١٩٣٩) ، احمرار الجلد بالخلايا الثانية (وينكلمان ١٩٧٣) .

التعريف : أحمرية جلدية مع اعتلال عقد لمفية سببه خلايا

نوعية شاذة لها خواص الخلية النائية (خلايا سيزاري) . ولها شكل رئيسي النمط الشكلي للتأثيرات المساعدة ، تشاهد في الجلد ، وفي الدم وأحياناً في نقي العظام . وبعد ذلك من قبل بعض المؤلفين شكلاً ايضاحياً للفطار الفطري . ولقد أمكن التعرف على بعض حالات من التفاعل الدوائي عند بعض المرضى ، والتهاب الجلد التماسي والتهاب الجلد التأتبي تحولت إلى أحمرية جلدية والتي قد تصبح متلازمة سيزاري . ولقد أمكن التعرف على قبيل متلازمة سيزاري Pre-Sézary ، ومتلازمة سيزاري ومتلازمة ايضاح الدم بخلايا نائية ، ووصفت حالات متوسطة بين مختلف هذه المتلازمات .

إن قبيل متلازمة سيزاري هي عبارة عن أحمرية (احمرار جلد) مترافقة بوجود خلايا سيزاري جائلة تصل إلى $1000/م^3$ أو ما يقاربها مع صورة نسجية لمفاوية أو لمفومانة الشكل وقليل من التسرب الخلوي .

يمكن لمتلازمة سيزاري أن تحول إلى لمفومات نائية/ايضاح سلبى HTLV-1 متضمناً تعداداً مرتفعاً للمفاويات مع ٥٠٪ أو أكثر من خلايا سيزاري ، وارتشاح العقد اللمفية وإصابة الأحشاء .

إن ظاهرة سيزاري Sézary phenomenon هي وجود مؤقت لخلايا سيزاري في الدم الجائل مع التهاب جلد أو أدواء جلدية أخرى .

الحدوث : نادرة جداً عند المرضى المسنين .

الإمراض : سببه غير معروف ، توقشت إمكانية كون الحمة الراشحة الخلفية كسبب ، كما هي الحال في الفطار الفطري . تعد خلايا سيزاري نموذجية ولقد وصف لوتزرنر وجوردان بنيتها الفاتكة . وتشاهد هذه الخلايا ليس فقط في متلازمة سيزاري وإنما في أدواء أخرى كالفطار الفطري والجلادات الأخرى كالذآب الحمامي ، والصداف ، والتهاب الجلد التفاعلي اللا نوعي ؛ وليس فقط في الجلد وإنما في المقرزات الزليلية في التهابات المفاصل .

ويفضل تعبير خلايا لوتزرنر (Lutzner cell) وهي عبارة عن خلايا تقيس ٦ - ١٠ نانو متر . تحتوي على هيولى قليلة ، وعلى نواة كبيرة نسبياً ، مسننة أو نخاعية المظهر . (راجع الشكل ٦١ - ٥) .

نعد خلايا لوتزرنر الكبيرة مثلثة الصبغي بينما تعد الصغيرة منها ثنائية الصبغي . ومما يعطي أهمية في التشخيص وجود حبيبات إيجابية الباس PAS داخل الهيولى (غليكوجين) . تحوي هذه الخلايا واسمات الخلايا النائية على السطح ، وهي على الأقل قد تقابل جزئياً الخلايا الفطرية في الفطار الفطري .

الموجودات السريرية : يوضح الداء وصفاً حين حدوث علامة التهاب الجلد المني ، أو التهاب الجلد بالتماس ، أو التهاب الجلد المعمم التأتبي أو وهو الأشيع التبدلات الصدفية الشكل . يمكن أن يشاهد الطور التالي وهو أحمرية الجلد (الرجل الأحمر) محدثاً بعوامل التحسيس ، أو بالتفاعل الدوائي ، أو بعوامل أخرى مؤدياً إلى جلد مرتشح ومتوسف بشدة مع ميل للتصبغ (أحمرية الجلد المتملنة) (راجع الشكل ٦١ - ٦) . وقد يلاحظ وجود وذمة وسحنة أسدية مع ارتشاح التهابي في جلد الوجه . أما العلامات الجلدية الأخرى فهي فرط تقرن في الراحتين والأخصين ، وحاصات منتشرة شديدة بسبب إصابة الفروة ، وحثل الأظفار (تشوه الأظفار مع فرط تقرن ما تحت الأظفار) وحكة شديدة .

العقد اللمفية : قد تشاهد ضخامة العقد اللمفية النموذجية تحت الجلد ، وبشكل أساسي حين حدوث اعتلال العقد اللمفية الجلدي التفاعلي والذي ليس له مدلول إنذاري . وفي النهاية قد يحدث تحرب العقد اللمفية بالخلايا الورمية والتي تكون قد فقدت بعضاً من مستضداتها الخلوية النائية وذلك أثناء تحولها الأرومي .

الموجودات المخوية : ككرة الكريات البيض مع ككرة للمفاويات النسيبي وخلايا سيزاري الخاوية على حبيبات إيجابية الباس PAS (خلايا لوتزرنر) التي تشاهد في متلازمة سيزاري ، التي تزداد حين التحول نحو لمفومات عالية الخباثة .

التشريح المرضي النسجي : مماثل جداً للفطار الفطري ، يمكن للخزعات أن تبدي التهاباً جليدياً مزمنياً أو بشكل نموذجي ارتشاحاً أكثر تجانساً مع خلايا سيزاري كبيرة كانت أو صغيرة (خلايا لوتزرنر) بأعداد قليلة أو كثيرة ، أو لمفوما نائية الخلايا في النهاية .

السير : مزمن أو حسن لعدة سنوات نسبياً ، وغالباً ما يحدث تحول مفاجئ نحو تشكيل أورام جلدية ، ونحول ووفاء ، ونسجياً يشاهد آنذاك تحول نحو لمفومات نائية أرومية ذات خباثة عالية (راجع الشكل ٦١ - ٧) .

التشخيص التفريقي : بالإضافة إلى تفرقه عن الأحمرات (احمرار الجلد) البدئية والثانوية ، فإن تعبير ما قبيل متلازمة سيزاري (مع عدد قليل من خلايا سيزاري في الدم) لا يمكن أن يطبق على أحمرية الجلد عند الشيخوخة أو الأحمرية المتملنة المترافقة مع نحول وضخامة عقد لمفية (كيسلنغ وتريتش) .

المعالجة : يجب معالجة المرض كالمصابين بالفطار الفطري ولكن بنجاح أقل . استعملت معالجات ثلاثية مع معالجة بأشعة x عن بعد وتشيع لكامل الجسم بالحزم الإلكترونية . وكذلك فقد

لويحات مقوسة . تسير الآفة بتقدم بطيء (راجع الشكل ٦١ - ٨) .

النمط المنتثر : (كيترون وغودمان ١٩٣١) يشبه هذا الشكل الفطار الفطراتي ويصيب الذكور المسنين . وتشاهد بقع النهاية ومتجلية تتوزع بشكل منتثر ويكون ميل الآفات للتعمم أكثر في هذا الشكل منه في الشكل الموضع ويكون سير الآفات أكبر سرعة . ويمكن في بعض الحالات أن نتعرف من خلال القصة على نظير صدف لويحي ، خطل الثقرن المتبدل ، وحتى فطار فطراتي . ويكون سير الداء أكبر سرعة . ومن الممكن أن يكون الداء شكلاً من الفطار الفطراتي مع ولع بشروي أشد بالخلايا اللمفاوية الكبيرة المرتشحة .

التشريح المرضي النسيجي : تكون البشرة زائدة الشواك متمسكة . مرتشحة بخلايا شكلها يشبه خلايا باجيت . لا توجد الخراجات المجهرية النموذجية لبوتريه . يمكن للجريبات الشعرية والغدة العرقية الناقحة أن تكون مرتشحة بخلايا شبيهة بخلايا باجتانية . تتميز الخلايا المرتشحة بكونها لمفاويات نائية مساعدة ومنسجات (خلايا ثانوية) في معظم الحالات . وإن زيادة الانقسامات الفتيلة مع مستوى الدنا DNA المرتفع يدل على أنماط الخلايا الخيشية . وتبدي الأدمة السطحية بعض الارتشاح باللمفاويات ، المنسجات ، مع بعض الإيوزينيات .

الإنذار : يكون الإنذار أفضل في النمط الموضع منه في النمط المنتثر . وتحدث الوفاة خلال عام واحد في بعض الحالات المنتثرة .

المعالجة : الاستئصال أو العلاج بأشعة X للبقع الوحيدة وفيما عدا ذلك يعالج كالفطار الفطراتي .

ايضاض الدم بالخلايا المشعرة Hairy Cell Leukemia [Ewald 1923 ، Plenderleith 1970] :

المرادفات : الداء الشبكي البطاني الابيضاض ، الشباك اللمفاني .

الموجودات السريرية : هذا الداء البائي الخلايا تحت الحاد يتصف سريراً بوجود ضخامة طحال ، ونقص عام في عدد الكريات مع وجود خلايا لها استطالات هيولية طويلة (خلايا مشعرة ، كريات بيض مشعرة) في الدم . تتصف الخلايا خلواً كيمائياً بفعالية عالية في الطرطرات المقاومة لحمض الفوسفاتاز إيزو إنظم . وتتصف بالمجهر الالكتروني بالاستطالات الهيولية الرقيقة الطويلة التي يمكن مشاهدتها أيضاً بالمجهر الضوئي في اللطاخات أو في محضرات مهروسة Squash وهي تبدي خصائص اللمفاويات البائية .

تبدلات المجلد : تكون غير اعتيادية وهي في الواقع عبارة عن

جرب استعمال المعالجة الضوئية الكيماوية (PUVA) مع استجابة ضعيفة . وأحياناً يشاهد تدهور مع حساسية ضوئية . تستجيب متلازمة سيزاري وقبيل متلازمة سيزاري بشكل أفضل إلى مزيج من الستيرويدات منخفضة المقدار مع الكلورامبوسيل (٢٠ ملغ من البردينيزولون مع ٤ مغ كلورامبوسيل في اليوم) . وتعتبر المقاومة على هذا العلاج علامة سيئة الإنذار . إن فصل الكريات البيض leukopheresis المتكرر من أجل إخراج الخلايا غير الطبيعية من الدم الجائل يمكن أن يؤدي إلى هجوع الداء ويجب استعماله مرتين في الأسبوع . وأمكن بنجاح استعمال المعالجة الضوئية خارج الجسم .

الشباك الباجتاني Pagetoid Reticulosis [وورينغر وكالوب ١٩٣٩ ، براون فالكو ١٩٧٣] :

المرادفات : داء وورينغر - كالوب ، الشباك بشروي الانتحاء ، الفطار الفطراتي الموضع بشروي الانتحاء (Lever 1977) .

التعريف : لمفوما نائية الخلايا ولوعة بالبشرة مع مظاهر سريرية ونسجية مشابهة لتلك الموجودة في داء باجيت في منطقة الحلمة .

الحدوث : نادر جداً ، يعرف منه أقل من مئة حالة ، وتسود فيه إصابة الرجال بشكل واضح .

الإمراض : هذا الداء غير معروف السبب يتميز بغزو البشرة بخلايا غزيرة الهيولى شبيهة بخلايا باجيت ولها خواص اللمفاويات النائية . تكون الانقسامات الفتيلية كثيرة المشاهدة ، وهذا يترك الانطباع بأنه يمكن اعتبار الشباك المشبه بداء باجيت شكل من الفطار الفطراتي مع كون الرشاحة الخلوية هنا ولوعة جداً بالبشرة بشكل خاص . يعتقد بعض المؤلفين أن الخلايا المرتشحة هنا ليست خلايا لمفاوية ويعتبرونها على أنها خلايا مركل (ورم خلايا مركل) ، منسجات ، خلايا شبكية ، وحيدات أو طلائع وحيدات ، إلا أنه من الواضح اليوم ، وبحسب الدراسات التغطية الشكلية المناعية ، أن الخلايا المتكاثرة لها النمط الشكلي لللمفاويات النائية المساعدة (T - helper) في معظم الحالات .

الموجودات السريرية : للشباك المشبه بداء باجيت شكلان .

النمط الموضع : (وورينغر وكالوب) . يشاهد فقط وبشكل استثنائي تقريباً عند الرجال وظاهرياً في أي عمر . تحدث آفات مسمرة بنفسجية أو محمرة بنفسجية النهاية محددة وذات محيط واضح وذلك في المناطق القاصية من الأطراف . تتوسع بشكل تدريجي ويمكن أن تبدي تقرحات أو وسوفاً . وفي المنطقة نفسها يمكن أن تنشأ بالإضافة لذلك بقع تصبح مختلطة وتتطور إلى

علامات ثانوية على شكل ارتشاحات عقيدية أو حطاطية . لا يمكن أن يستند التشخيص على تماثل شكل الخلايا للمفاوية المرتشحة في الأدمة لوحده ، وتكون الموجودات الأخرى حاسمة . وقد وصفت حالات من التهاب محيط الشريان العقد في سياق ابيضاض الدم بالخلايا المشعة .

لمفوما المنطقة T - zone Lymphome T :

المترادف : الورم الحبيبيومي اللمفي اللانموذجي .

الموجودات السريرية : لمفوما المنطقة التائية هي لمفوما خلايا تائية محيطية ، نادرة المشاهدة جداً ، تصنف بتكاثر تنشؤي للمفاويات تائية عديدة الأشكال مع أرومات مناعية تائية في المناطق التائية الواسعة والتي يمكن أن تشاهد فيها كل مركبات المناطق التائية الموجودة في العقد اللمفية مثال : الوريدات ما بعد الشعرية الظهارانية والخلايا الشبكية عديدة الأفوات .

الموجودات الجلدية : نادرة جداً ويمكن أن تشاهد سريرياً ، صورة أحمرية جلدية مع اعتلال عقد لمفية عديد مما يدعو للالتباس بمتلازمة سيزاري أو بتظاهرات اللمفومات التائية الجلدية الأخرى .

التشريح المرضي النسيجي : ثمة رشاحة غزيرة وتتألف بصورة رئيسية من خلايا كبيرة عديدة الأشكال شكلها شبيه بالأرومات المناعية وتبدي مناعياً مظهر الخلايا التائية . يعتمد التشخيص بشكل مبدئي على موجودات العقد اللمفية ونجد مظاهر اللمفوما تائية الخلايا كافة مع إصابة منطقة T في العقدة والبنى الجريبية الباقية .

لمفومات الخلايا المناعية Immunocytic : Lymphomas

ورم الخلايا المناعية الشبيهة باللمفاويات والمصوريات

: Lymphoplasmacytoid Immunocytoma

المترادفات : ورم الخلايا المناعية (وصف سابقاً بشكل جزئي على أنه شباك خبيث) .

التعريف : لمفوما بائية الخلايا تشاهد كشكل بدئي أو ثانوي في الجلد ، ذات خيائة ضعيفة ، سببها تكاثر تنشؤي للخلايا الشبيهة باللمفاوية - المصورية (خواص الخلية البائية) مع إنتاج غلوبولينات مناعية . يميز الشكل الجلدي العميق الذي يصادف بدئياً في الجلد أو كإصابة ثانوية للجلد في سياق ورم الخلايا المناعية اللمفاوي العقيدي أو المضخم للطحال ، مع أن هذا التقسيم الاصطناعي ليس صحيحاً تماماً .

الحدوث : نادر ، يشاهد عادة عند الكهول وبشكل متساو عند الجنسين .

الإمراض : سببه غير معروف ، سببه الإمراضي هو تكاثر الخلايا البائية المنتجة للغلوبولينات المناعية (خلايا شبيهة باللمفاويات - المصوريات ، اللانموذجية) . تزداد التقديرات الكمية للغلوبولينات المناعية في أورام الجلد (أغلبها IgM ، نمط λ) بخلاف ما يشاهد في داء والدنستروم (لمفوما منتجة للغلوبلين IgM مع إفراز للغلوبلين الكبري في الدم) والذي ينتمي أيضاً إلى مجموعة أورام الخلايا المناعية حسب تصنيف Kiel ، وفي معظم أورام الخلايا المناعية الجلدية الموضوعة لا يطرح الغلوبولين المناعي داخل الخلية في الدم .

الموجودات السريرية : ظهور عفوي وسريع لبقع حمامية - حطاطية وحيدة أو متعددة في الجلد الطبيعي مع أورام عقيدية مرتفعة صغيرة أو كبيرة أو ارتشاحات جلدية منبسطة حمراء لامعة أو حمراء مزرقة أو ذات لون أحمر مسمر . ويكون التجلب نادراً . يحدث أحياناً مظهر يشبه التهاب جلد النهايات المزمن الضموري . يكون التقرح نادراً ، وفي الورم مناعي الخلايا الثانوي في الجلد ، تشاهد التبدلات الموافقة في العقد اللمفية والطحال (النموذج اللمفي العقيدي ، النموذج المضخم للطحال) (راجع الشكل ٦١ - ٩) .

الموجودات المخبرية : عادة ما تكون الغلوبولينات المناعية المصلية طبيعية كيفاً وكماً (الرحلان المناعي المصلي) ، كما ويحدث اعتلال غاما وحيد النسيطة في ٢٠٪ من الحالات ، مع زيادة في الغلوبولين المناعي في الرشاحة الجلدية وفي بعض الأحيان تعداد دم ابيضاضي .

التشريح المرضي النسيجي : مظهر خلايا بائية وصفية . تحت الطبقة البشرية وتحت شريط من النسيج الضام الطبيعي ، تبدي الأدمة بكاملها وكذلك النسيج تحت الجلد العلوي تكاثراً عقديداً كثيفاً ورمي الشكل مؤلفاً من خلايا لمفاوية وخلايا شبيهة بالمصوريات دون تسرب خلوي (لا يوجد انجذاب بشروي) . كما وتشاهد بلازميات مع سليفاتها (أرومات مناعية) وكذلك منسجات وخلايا بدنية عديدة مع بعض الحمضات . يبدي تفاعل الباس PAS غلوبولينات مناعية داخل الخلايا كاندخلات متجانسة داخل هيولى ، أو داخل نوى الخلايا الورمية ، كما وتبدي هذه الخلايا تركيبياً لمستقبلات الغلوبلين IgM والمتممة C₃ .

السير : يكون السير حسناً نسبياً إذا كان ورم الخلايا المناعية بدئياً أو وحيداً في الجلد ، وإذا ما أعطي العلاج الفوري . ومن الممكن لخلايا الورم أن تعود عن تميزها لتتحول إلى لمفومات أرومية مناعية ذات خيائة عالية ، أو أن تنتقل إلى داء والدنستروم . ومن المهم أن تفحص الغلوبولينات المناعية المصلية بشكل متكرر .

التشخيص التفريقي : يفرق عن الفطاري المفاجئ ، وايضاض الدم للمفاوي الجلدي المزمن ، ولمفومات الجلد الأخرى اللا هودجكينية .

المعالجة : استئصال البقع المعزولة وفي الحالات الأخرى ، غالباً ما يكون العلاج بأشعة X الخفيفة ناجحاً .

ورم المصوريات Plasmacytoma :

المرادفات : للمفوما بلازمية الخلايا ، النقيوم العديد ، داء كالر Kahler .

التعريف : يمكن لورم الخلايا البلازمية ان ينسب إلى للمفومات ذات الدرجة المنخفضة من الخباثة ، وبشكل خاص إلى أورام الخلايا المناعية لكونه لمفوما ذات خلايا بائية تنصف بتكاثر البلازميات . وتمثل البلازميات أكثر الخلايا الورمية تميزاً ويعد داء والدنستروم من نفس الطبيعة أيضاً .

الموجودات السريرية : ورم الخلايا البلازمية هو بشكل بدئي مرض نقي العظام (النقيوم الوحيد أو العديد) . إلا أنه من الممكن مشاهدة أورام خلايا بلازمية بدئية خارج النقي وخاصة في البلعوم الأنفي وجوف الفم . وهي تؤدي إلى إصابة جلدية في ١٠ - ٥٪ من الحالات .

تبدلات الجلد اللا نوعية : مردها جزئياً لإنتاج بروتينات مرضية (غلوبولينات مناعية) .

النشواني (نظير النشواني) (Amyloid (Paraamyloid : يؤدي توضع المادة النشوانية في الجلد إلى حدوث اندفاعات عقيدية أو حطاطية بلون الجلد وإلى حدوث حاصة . وتشاهد ترسبات المادة النشوانية أيضاً في العضلات وفي اللسان (ضخامة اللسان) .

وجود الغلوبولينات القرية في الدم Cryoglobulinemia : شائعة نسبياً . توضع البروتينات المترسبة بالبرودة في الأوعية الدموية السطحية الجلدية لنهايات الأصابع ، وتندخل في وظيفتها ؛ وينتج عن ذلك الفرورية القرية ، والجلد المرمري ، ومتلازمة رينو ، وأحياناً الشرى المزمن . قد يشاهد أيضاً نخر عفوي مع تقرح . وقد تكون قلة الصفيحات سبباً للفرورية .

الوذمة المخاطية التصليبية (أرنت وغوترون) Scleromyxedema ويحدث في بعض الحالات مترافقاً بموجودات لها غمط ورم المصوريات (راجع الفصل ٤٠) .

تقيح الجلد المواتي (التهاب الجلد القرصي) : يدل وجوده أيضاً على ضرورة البحث عن ورم البلازميات .

الصفروم المسطح المنتثر في الكهول : يشير مباشرة إلى ورم البلازميات .

الحبيبيوم الأصفر المتنخر : يحدث مع كثرة البلازميات والبارابروتينية Paraproteinemia .

الحلأ النطاقي : إن الإصابة ذات السير الشديد (النطاقي المعمم) شائعة فعلاً في مرضى ورم البلازميات بسبب نقص المناعة الثانوي .

فرط التقرن خيطي الشكل المنتثر : تحدث هذه الآفات بشكل شائع في الوجه .

آفات الجلد النوعية : وهي تقود إلى تظاهرات عديدة .

ورم البلازميات البدئي خارج العظام : نادر جداً ، والأكثر تواتراً هو وجود آفات خارج النخاع في البلعوم الأنفي ، والرئين ، والكلى ، والطحال ، أو العقد اللمفية . وإذا كانت الخلايا التنشوية منتشرة في الدم يحدث ايضاض الدم بالبلازميات . سريعاً ، تتطور وتنمو حطاطات صغيرة حمراء معزولة أو متعددة أو عقيدات .

نسيجياً : تشاهد بلازميات طبيعية ذات غمط مارشالكو Marschalko ، إلا أنه يشاهد أيضاً خلايا غير نموذجية . تتكون غلوبولينات مناعية إيجابية الباس PAS كبؤر هياينية في الأوعية اللمفية المتوسعة أو في الشعريات الحليمية ، كما يوجد أيضاً اندخالات إيجابية الباس PAS داخل هيولية وداخل نووية .

يكون العلاج بأشعة X أو بالاستئصال .

ورم البلازميات الثانوي في الجلد : وهو إما عقيدات جلدية - تحت جلدية انتقلت من ورم بلازميات بدئي في الجلد ، أو أورام النسيج الرخو تحت الجلدي التي نمت اعتباراً من التبدلات الحادثة في العظام المحيطة . تميل هذه الآفات إلى التقرح .

الآفات في التجويف الفموي : وهي أورام ذات مدلول تشخيصي . يشاهد تضخم اللتين مع غمط سيلاني Polypoid أو أورام ذات سطوح حمراء لماعة قد تحدث هذه الآفات مفردة أيضاً بمعنى أنها تحدث دون الأعراض الأخرى لورم البلازميات ، ومنشؤها غير مؤكد .

التشخيص : الأعراض الدالة على الآفة هي ارتفاع سرعة التثفل ، وجود نظائر البروتينات في الدم (الرحلان الكهربائي المناعي) والبيلة نظيرة البروتينية (اختبار بنس - جونز) اما التبدلات في الصقل فهي انحلال العظام ، وارتشاح نقي العظام بالبلازميات (٣٠٪ بلازميات) ويشاهد ما يلي حسب الترتيب التنازلي للحلوث : IgA, IgG وأحياناً بنس - جونز .

المعالجة : معالجة الداء الأساسي ، وفيما عدا ذلك ، يعالج كما في

ورم الخلايا المناعية . ويعتمد العلاج الكيماوي بموقعات الانقسام الخلوي على الميلفالن ، والسيكلوفوسفاميد ولينوكاربازين وذلك إما كعلاج كيماوي وحيد أو بالمشاركة الكيماوية .

لمفوما بخلايا مركز الجراب (كوندرا ١٩٨٣) Centrocytic Lymphoma :

المرادفات : الغرن اللمفي اللمفاوي ، اللمفوما الخبيث مع خلايا مركز الجراب الصغيرة المشطورة (لو كس وكولليتز) .

التعريف : ورم خلايا بائية ذو خبائة قليلة نسبياً وهو ورم خلايا مركز الجراب . يوجد تنشؤ في الخلايا المركزية الصغيرة ، معظم الشبكات الموصوفة في التسمية الجلدية القديمة (عدا ورم الخلايا المناعية) هي على الأرجح لمفوما خلايا مركز الجراب .

الحدوث : تشكل حوالي ٨٪ من اللمفومات الجلدية الخبيثة في الفتيان والكهول مع تفضيل للأعمار بين ٥٠ - ٦٠ سنة .

الموجودات السريرية : تحدث لمفوما خلايا مركز الجراب كعقيدات وحيدة أو متعددة أو كارتشاحات مسطحة على جلد الجذع أو الأطراف بشكل ثانوي أو بدئي . تبقى البشرة فوق الآفة سليمة أو تبدي توسفاً قليلاً . ويحدث أحياناً ايضاض دموي في الوقت نفسه . إن إصابة العقد اللمفية نادرة وهي تحدث متأخرة .

التشريح المرضي النسيجي : لا يوجد انخياز نحو البشرة وهناك بشكل رئيسي ارتشاح جلدي بخلايا مركزية صغيرة أو متوسطة الحجم (خلايا ذات هيولى قليلة ونوى مسننة بشكل واضح) ، قد يشاهد لمفاويات وخلايا شبكية ومنسجات ، والخلايا الورمية هي من نمط الخلايا البائية .

التشخيص التفريقي : تفرق عن اللمفومات الجلدية الخبيثة الأخرى ، وخاصة الايضاض اللمفاوي المزمن .

الإنذار : جيد نسبياً .

المعالجة : الاستئصال أو التشعيع الجلدي للآفات إذا تأكدنا من عدم وجود تظاهرات حشوية . ينصح بالعلاج الداخلي للداء وتعطى (المعالجة الكيماوية الأحادية أو المتعددة) .

لمفوما بخلايا مركز الجريب - أورومات خلايا مركز الجريب Centroblastic - Centrocytic Lymphoma [بريل ١٩٢٥ ، سيمرز ١٩٢٧] :

المرادفات : داء بريل سيمرز ، ورم الأورومات اللمفاوية الجريبية ، اللمفوما الخبيثة مع الخلايا الصغيرة المشطورة ، والكبيرة غير المشطورة للمركز الجريبي (لو كس وكولليتز) ،

اللمفومات الخبيثة ذات الخلايا الصغيرة المختلطة والخلايا الكبيرة (صيغة العمل الجديدة : New Working Formulation) .

التعريف : داء تكاثري مزمن يصيب الجهاز اللمفي مع خبائة قليلة نسبياً ، ينشأ من خلايا المركز الجريبي (المنتش) ، وتكون خلايا المركز (الخلايا الصغيرة المشطورة) والأورومات المركزية (الخلايا الكبيرة غير المشطورة) بشكل رئيسي ناتجة كما يبدو عن فرط تنسج في الجريات اللمفية (لهذا السبب أعطيت اسم لمفومات جريبية) . إصابة الجلد نادرة .

الحدوث : نادر جداً ، يُشكل حوالي ٣ - ٦٪ من اللمفومات الجلدية ، يحدث عادة في أعمار تتراوح بين ٤٠ - ٦٠ سنة .

الموجودات السريرية : تكون التورمات القاسية ، غير المؤلمة للعقد اللمفية مسيطرة وغالباً في العنق والإبط . يمكن للعقد اللمفية أيضاً أن تنقب خلال الجلد . وفيما بعد ، يحدث ضخامة طحالية ، وأحياناً ضخامة كبدية أيضاً . في البدء تقل الأعراض العامة والشخصانية ، وعلى مدى السنين يتخذ الداء سيراً مميتاً بسبب الدنف أو الخبائة المتزايدة (الانتقال إلى لمفومات خبيثة بأرومة خلايا الجريب ، أحياناً مع ايضاض) . لهذا السبب كانت لمفومات خلايا المركز - أورومات المركز تدعى سابقاً « Presarcomatosis » .

الآفات الجلدية النوعية : نادرة ، قد تشاهد بقع ارتشاحية حمراء مزرقّة أو عقيدات جلدية - تحت جلدية ذات محتوى صلب بشدة وتقلد الآفات الغرنية والتي تشاهد موضوعة كما في الرأس والعنق أو تكون معممة .

الآفات الجلدية غير النوعية : شوهدت هذه الآفات عن كتب كالأحمرية الجلدية ، وآفات الجلد الإكزيمة التوذج ، أو البقع المرتشحة الاصطبغية . تصلب العقد اللمفية باكراً .

التشريح المرضي النسيجي : إن التشخيص عن طريق العقد اللمفية أسهل منه عن طريق الجلد ، لأنه لا توجد أحياناً تشكلات جريبية كبيرة مع خلايا مركزية كبيرة ولمفاويات في الجلد . وإن أشكال الخلايا متنوعة : أورومات مركزية (خلايا كبيرة مع نوى مسطحة ، مدورة أو بيضوية ونوية قريبة من الغشاء النووي) ، خلايا مركزية ، ومنسجات وشبكيات أيضاً . تبدي الخلايا الورمية صفات الخلايا البائية مع مستقبلات للجزء ٢ (F(ab) من Ig مع بعض الامتداد إلى C₃ .

التشخيص : في حال وجود شك سريري ، نقوم بإجراء خزعة للعقد اللمفاوية والجلد . وغالباً ما يلتبس مع اللمفومات الخلوية كبيرة الخلايا والتي لها أيضاً سير مزمن إلا أن إنذارها جيد .

المعالجة : التشعيع X ، وفي حال انتشار الآفة تستعمل المعالجة الموقفة للانقسام : سيكلوفوسفاميد ١٠٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم

فمويًا ، يحتمل مشاركته مع البردنيزون ٥٠ - ١٠٠ ملغ/يوم
فمويًا أو إتباع خطة MOPP (ميكلوريتامين ، أونكوفين
(فنكرستين) ، بروكاربازين ، بردنيزون) .

المفوم كبير الخلايا ذات الانحياز الوعائي Angiotropic
Cell Lymphoma - Large (Intravascular) [شيباني
وزملاؤه ١٩٨٦] :

المرادفات : الداء البطاني الوعائي التكاثري الجموعي (تاينزو
بفليغر ١٩٦٣) ، الداء البطاني التكاثري ، الداء البطاني
الوعائي التكاثري ، الداء البطاني التنشوي .

التعريف : لمفوم خبيث داخل الأوعية .

الموجودات السريرية : يعطي التكاثر داخل الأوعية الجموعي
لخلايا بطانية لا نموذجية - وهو نادر جداً - صورة سريرية
متنوعة بانسداد أوعية ونواحي ذات مظاهر متباعدة جداً . تبدي
الخلايا التنشوية التكاثرية ذات المنشأ التكويني الدموي ،
المستضد الشائع للكريات البيضاء . وقد تكون من بقايا داء
كابوزي أو التهاب السبلة الشحمية . وقد تسبب طفحيات
عقيدية أو نازفة على الجلد أو أعراضاً لإصابة الأعضاء
الداخلية . يمكن التشخيص نسيجياً فقط . وإنه لمن الصعب
جداً التفريق بين هذا التنشؤ الخبيث (الداء البطاني داخل
الوعائي) وداء بطاني وعائي جموعي التهابي فعال له مظاهر
سريرية ونسجية شبيهة جداً بالتنشؤ السابق . يأخذ الداء سيراً
متقطعاً خلال سنوات ويتراعى أيضاً بنوبات من الحمى . يموت
المريض آخر الأمر بسبب اللفوم .

لمفومات لا هودجكين الجلدية ذات الحباثة عالية
الدرجة Cutaneous Non - Hodgkins
Lymphomas of High Grade Malignancy :

إن إنذار هذه اللفومات سيء جداً ، ويكون السير تحت
حاد ، يبدأ الداء عادة بورم مفرد بني أو أحمر بني غض . تظهر
الآفات الانتقالية الجلدية سريعاً جداً ، وخلال أشهر قليلة تظهر
إصابة العقد اللمفية أو الأعضاء . والنتيجة النهائية هي موت
المريض . دعت هذه الأورام سابقاً بالقرن الشبكي أو القرن
اللمفي) ، وبعد حدوث النقائل في القرن الشبكي أو القرن
اللمفي . وهي تتصف بتكاثر خلايا كبيرة أو أرومية وقد سميت
نتيجة ذلك باللفومات الأرومية . وإن الآفات الجلدية الحادة
في اللفومات عالية الحباثة تقودنا إلى التساؤل فيما إذا كانت
نقائل أم أنها تكاثر أصلي لداء جموعي .

لمفوم بأرومات خلايا مركز الجريب Centroblastic
Lymphoma [فيرشوف ١٨٦٥] :

المرادفات : القرن اللمفي أرومي اللمفاويات ، القرن الشبكي

(أوبرلنغ ١٩٢٨) ، القرن المنشئي الأرومي ، اللفومات
الخبيثة للخلايا الكبيرة غير المشطورة في مركز الجريب (لوكس
وكوليتز) .

التعريف : لمفومات نادرة جداً ، تحدث بدئياً أو ثانوياً في
الجلد ، خبيثة بشدة ، وتنتمي إلى أورام خلايا مركز الجريب ،
تنشأ من تكاثر الأرومات المركزية مظهرة صفات الخلايا
البائية . يمكن أن تتطور ثانوياً من لمفومات خلايا المركز -
أرومات خلايا المركز (داء بريل سيمرز) .

الحدوث : في كبار السن دون تفضيل لأحد الجنسين .

الموجودات السريرية : ورم مفرد محمر بدئي في الجلد ، وفيما
بعد ، يشاهد انتشار ورمي يتطور بسرعة كما تصاب العقد
اللمفية والأعضاء الداخلية أيضاً . تحدث الوفاة عادة خلال
أشهر قليلة .

التشريح المرضي النسيجي : ارتشاح متجانس كثيف جداً في
الجلد وأحياناً فيما تحت الجلد لخلايا كبيرة مع نواة كبيرة مدورة
أو بيضوية ونوية واضحة على الغشاء النووي ، كما وتشاهد
صفات الخلايا البائية المناعية . تتخرب الأنسجة الموجودة
سابقاً . وهناك العديد من الانقسامات والتنقط .

المعالجة : التشعيع بأشعة X والأدوية الموقفة للانقسام الخلوي .

لمفومات بأرومات اللمفاويات Lymphoblastic
Lymphoma :

المرادفات : الالبيضاض اللمفاوي الحاد ، الالبيضاض نظير
الأرومي ، ابيضاض الخلية الجذعية ، القرن اللمفي للخلايا
الأرومية اللمفية ، اللفومات الخبيثة ذات الخلايا الصغيرة غير
المشطورة في مركز الجريب (لوكس وكوليتز) .

التعريف : داء ذو خباثة عالية ، يحدث غالباً عند الأطفال
بسبب تكاثر الخلايا اللمفاوية الجذعية ، وهو يتحول عاجلاً أو
آجلاً إلى ابيضاض خلوي لمفي . نستطيع تمييز خلايا من نمط
مناعي B - ، T - ، و O - . غالباً ما يوجد ورم توتة والذي
يفيب في الكهول مع تظاهرات جلدية .

التشريح المرضي النسيجي : يشاهد في الجلد المؤوف ارتشاح
متجانس شديد بخلايا صغيرة أو خلايا كبيرة من الأرومات
اللمفية . وفي مجموعة صغيرة من اللفومات الأرومية اللمفية
الثابتة يمكن مشاهدة نوى مفصصة مع حمض فوسفاتاز بوري
جنيب نووي (لمفومات أرومة اللمفاويات ، النموذج المتلف
للوكس وكوليتز) .

آفات الجلد : ذات حدوث نادر ، تبدو ثانوية وتظهر بشكل
عقيدات متعددة وارتشاحات على الأطراف ، وبشكل خاص

أيضاً على البطن والفروة . وقد وصفت آفات مماثلة في لمفوم غمط بوركيت الأوروبية (حمة ابشتاين - بار سلبية) . إن لمفوم بوركيت الأفريقية عبارة عن لمفوم خبيثة مشتقة من خلايا مركز الجريب حيث تبدي الخلايا الورمية الخواص المناعية للخلايا البائية .

التشريح المرضي النسيجي : المظهر هو نفسه في لمفوم بوركيت . يشاهد ارتشاح كثيف متجانس بأرومات لمفية متوسطة الحجم ومحببة للأساس بشدة مع بلاعم كبيرة شاحبة اللون بينها ، والتي تبتلع بقايا نووية منقطة وبقايا خلوية وخلايا ورمية . وهذا ما يعطي نموذج السماء المرصعة بالنجوم كصورة نسيجية .

المعالجة : بالتعاون مع اختصاصيي الدمويات ، والأورام وأطباء الأطفال .

لمفوم بأرومات المناعة Immunoblastic lymphoma :

المترادفات : الغرن الشبكي . غرن الرداء الشبكي (روليه ١٩٣٢) ، لمفوم الخلايا الجذعية ذات الخلايا الكبيرة المحبة للبيرونين (لوكس وكوليتز ١٩٧٥) .

التعريف : تنشأ هذه اللمفومات عالية الخباثة من تكاثر تنشوي ذي تميز لمفاوي خلوي قليل . وهي بشكل خاص غير نادرة الحدوث (حوالي ٧٪ من لمفومات الجلد) وقد تحدث إما بدئياً أو ثانوياً في الجلد .

الإمراض : غير معروفة السبب ، وقد تحدث هذه اللمفومات بدئياً في الجلد أو قد تتطور عن لمفومات جلدية خبيثة ذات خباثة قليلة نسبياً : من الفطار الفطراتي مثلاً .

الموجودات السريرية : تحدث عند الذكور بشكل رئيسي (٢ : ١) فوق الأربعين من العمر . تشاهد ارتشاحات

مسطحة متكررة نسبياً أو أورام عقيدية أو ذات حواف على الجلد ، يمكن لها أن تنقرح . تكون الآفات بنية أو مزرقة إلى حمراء غامقة أو بلون الجلد عند توضع الآفة تحت الجلد . قد تكون الآفات مفردة أو تحدث متوافتة أو تحدث الواحدة تلو الأخرى على شكل مجموعات . وقد يصاب التجويف القموي .

الموجودات المجموعية : إصابة سريعة في العقد اللمفية ، ضخامة طحال ، إصابة متوافتة للكبد والرتين (ارتشاح حول السرة) ، وأيضاً البطن ، ولكن إصابة نقي العظام تعتبر نادرة جداً . يكون إنتاج الخلايا الالتهابية (الالتهاب اللمفاوي الأرومي الحاد) نادراً ، كما في البارابروتينيمية (داء فالدينشروم) .

التشريح المرضي النسيجي : ارتشاح متجانس كثيف بخلايا ذات هيولى أسنة نواها كبيرة مع مظهر كروماتيني شاحب ، ونويات مركزية وانقسامات عديدة . وأحياناً يشاهد انجياز بشروي . هناك تميز خلوي مصوري ، تشاهد منسجات شاحبة في الارتشاح (المظهر الكاذب للسماء المرصعة بالنجوم) . وأحياناً ثمة اندخالات خلوية إيجابية الباس PAS (غلوبولينات مناعية) .

مناعياً : قد تبدو اللمفومات المناعية الأرومية من نموذج خلايا بائية أو تائية ولكنها غالباً غير قابلة للتصنيف .

السير : تحدث الوفاة غالباً خلال ١ - ٢ سنة بعد تشخيص الداء .

التشخيص التفريقي : اللمفومات الأخرى ذات الخباثة العالية ، النقائل الجلدية ، وداء هودجكين .

المعالجة : بأشعة لا الخفيفة موضعياً أو إشعاعات مؤينة أخرى . وداخلياً ، معالجة كيميائية متعددة بالتعاون مع أطباء الداخلية .

الفصل الثاني والستون

الايضااضات الجلدية

Cutaneous Leukemias

د . شريف سالم

الموجودات الجلدية في الايضااض اللمفاوي Skin : Findings in Lymphatic Leukemia

إن تبدلات الجلد في الايضااض اللمفاوي المزمن تكون كثيرة الشوع بما فيها الأنماط تائية وبائية الخلايا . هذا ويدل أن الايضااض اللمفاوي التائي المزمن يقود إلى ارتشاحات جلدية نوعية أكثر شيوعاً .

التبدلات الجلدية اللا نوعية Nonspecific Skin : Changes

تشتمل الطفححات الايضااضية اللمفية بشكل رئيسي على حكة معممة . وفي ١٠ - ٢٠٪ من المرضى ، يشاهد حكاك ايضااضي يتوافق سريرياً مع الحكاك البسيط تحت الحاد . لذلك يجب أن يشك بالايضااض اللمفاوي في كل هذه الحالات . ترافق الأحمرة اللاتوعية التبدلات الجلدية في حوالي ٢٠ - ٢٥٪ من الحالات . ومن النادر جداً مشاهدة حدوث شرى مزمن أو فرغريات جلدية مخاطية . كما شوهدت متلازمة سويت أيضاً . وغالباً ما يكون الحلاّ النطاقي المعمم تعبيراً عن حالة نقص المناعة الثانوي . ومن النادر جداً حدوث حلاً بسيط مستديم خبيث مع نخر متفرح (حلاً تقرحي آكلي Herpes Phagedena) وهو أيضاً علامة لعوز المناعة الثانوي ، ويحدث خاصة على الوجه وبالتحديد في المنطقة الفموية - الأنفية . ومن المهم معرفة أنه في هذه الحالات ، تستمر الآفات الجلدية في إظهار طراز نسيجي غير نوعي خلال مرحلة لاحقة من الداء .

التشخيص : لا يمكن تشخيص الطفحة الايضااضية اللمفية إلا بفحص الدم ، وتقى العظم والعقد اللمفية وذلك بمساعدة اختصاصي أمراض الدم .

التبدلات الجلدية النوعية Specific Skin Changes

تكون هذه التبدلات أكثر ندرة في الايضااض اللمفاوي الحاد منها في المزمن . نسيجياً يشاهد ارتشاح (ايضااضي) نوعي ، لذا فهناك ارتشاح متغاير ، كما يحدث في التغيرات النسيجية الحادثة بدئياً في الجلد والتي يحتمل اشتقاقها من العناصر اللمفية في الجلد . [انظر الفصل ٦١ المتعلق باللمفومات الخبيثة ، والتمايز الخلوي فيها] .

الغُدَاد اللمفي الجلدي المحدد Lymphadenosis Cutis : Circumscripta

تشاهد هذه التبدلات الجلدية في ٢٠ - ٢٥٪ من المرضى المصابين بايضااض لمفاوي يدي آفات جلدية .
الموجودات السريرية : تحدث التبدلات الجلدية عادة بشكل

ايضااضات الدم أو الايضااضات ، هي عبارة عن أدواء مجموعة مترقية ولا ترجعية ناتجة عن تكاثر الكريات البيضاء في نقي العظام وفي النسيج اللمفية ومثيلاتها . إن التمييز بين الايضااضات الايضااضية واللاايضااضية مبني على أساس ما إذا كانت هذه الحادثة النسيجية تشمل انتشار الخلايا في الدم أو لا تشمل هذا الانتشار .

وبما أن التكاثر الخلوي المرضي يصيب الجهاز اللمفي فقط أو أنه يصيب الجملة النقيانية المكونة للدم فقط ، يمكن تقسيم الأشكال الخاصة للايضااض إلى ايضااضات لمفاوية (غدادات لمفية) ، وايضااضات نقيانية . ويمكن اعتبار الايضااضات اللمفية كأشكال تعبيرية عن المفومات الخبيثة .

إن التصنيف الحالي للايضااضات يقوم على المعطيات الشكلية ، والخلوية الكيماوية ، والخلوية الكيماوية الإنظيمية ، والخلوية الكيماوية المناعية وعلى معطيات المجهر الالكتروني . والمعيار الرئيسي هو النمط الخلوي ، ودرجة التمايز ، والسير ومدى تواجد الخلايا في الدم .

إمراضياً : ليست الايضااضات أمراضاً تكاثرية بقدر ما هي أمراض تراكمية تكون فيها الاضطرابات في انتظام وتمايز الخلية الجذعية ذات مدلول أساسي ، ويكون تكاثر الخلايا غير المراقب وتراكمها عبارة عن ظاهرة ثانوية . وقد اقترحت إمكانية الخمج وخاصة بسبب صلتها بلمفوم بوركيت (حمة أبشتاين - بار) ولمفوم / ايضااض الخلايا التائية (HTLV-1) .

ونحن لا نأخذ بعين الاعتبار هنا سوى العلامات الجلدية ذات الأهمية في الممارسة . ونجد أيضاً آفات جلدية نوعية لها ميزات الركيزة النسيجية الخاصة بالايضااض ، ولذلك فهي تمثل ارتشاحاً متغاير التوضع ، أو أن نجد آفات جلدية لا نوعية تضم ارتكاسات جلدية النهائية لا نوعية . مثل هذه الارتكاسات اللا نوعية في الايضااض تدعى أيضاً الطفحة الايضااضية (Leukemids) . وتكون الموجودات الجلدية نادرة نسبياً في الايضااضات اللمفية ، بينما تكون في الايضااضات النقيانية نادرة جداً .

الأحمر الضارب للزرقة . والاحتلالات الأخرى هي : الفطار الفطرائي ، الغدد الجلدي السليم ، الذأب الشائع المتبع Tumidus ، الذأب الحمامي الضخامي والحبيبومات الأخرى بما فيها الجذام .

الأحمرية (احمرار الجلد) الالتهابية اللمفاوية نوعية Specific Lymphatic - Leukemic : Erythroderma

الأحمرية الجلدية اللمفية النوعية مع ارتشاح نوعي منتشر في كامل الجلد نادرة جداً ، لكونها تظاهرة للارتشاح متغاير الأشكال في الالتهاب اللمفاوي . تحمل الخلايا عادة واسمات اللمفاويات النائية ويمكن وجود الأضداد - Anti HTLV-1 . ومن المهم تمييزها عن متلازمة سيزاري .

العلاج في الالتهاب اللمفاوي :

تلعب الأدوية موقفة الانقسام الخلوي دوراً رئيساً في معالجة الالتهاب اللمفاوي وذلك بالتعاون مع اختصاصي الطب الباطني أو الدمويات . تتبع معالجة التبدلات الجلدية غير النوعية المبادئ العامة لعلم أمراض الجلد . وفي حال وجود حكة معممة ، حكاك التهابي أو احمرار جلدي (أحمرية) معمم . يجب أن نأخذ بعين الاعتبار المعالجة بالوفا PUVa أو التشعيع عن بعد بواسطة أشعة X اللينة الخفيفة أو الحزم الالكترونية .

يمكن معالجة الحكة بمضادات الهستامين . ويجب الأخذ بعين الاعتبار استخدام الستيروئيدات القشرية السكرية أو الهرمون الموجه لقشر الكظر ACTH . وغالباً ما تستجيب الآفات الجلدية النوعية جيداً للمعالجة بأشعة X أو بالالكترونات السريعة ، كما يمكن تطبيق المعالجة الضوئية خارج الجسم Extracorporeal Photopheresis .

الموجودات الجلدية في الالتهاب النقياني : Skin Findings in Myeloid Leukemia

إن الآفات الجلدية في الالتهاب النقياني (٦ - ٢٠ ٪ من المرضى) أقل شيوعاً بكثير منها في الالتهاب اللمفي . وهنا أيضاً يمكن التمييز بين التظاهرات الجلدية النوعية واللا نوعية .

التبدلات الجلدية غير النوعية :

يُعد شحوب الجلد تديلاً مرافقاً لعدة حالات من الالتهاب النقي الحاد والمزمن مع فقر دم ثانوي ، إذ يحدث النزف داخل الجلد والمخاطيات وبخاصة في الالتهاب النقياني الحاد كعلامة مرافقة للاضطرابات النزفية (كالفرقعة بنقص الصفائح) . ويميل هذا النزف لإحداث التقرحات ، كما تحدث النزوف

متناظر ، وخاصة على الرأس والوجه ، ولكنها قد تحدث في أي مكان من الجسم . تشاهد عقيدات مرتفعة وأورام ذات أحجام مختلفة . ووفقاً لتوضع الارتشاح الالتهابي فإن الآفات تكون بلون الجلد أو بلون أحمر بني ، ويكون القوام طرياً بشكل معتدل . وفي بعض الحالات تتلاقى الأورام مع بعضها وقد تصل حتى حجم التفاحة . ويكون التقرح نادراً جداً . يؤدي الارتشاح المنتشر على الوجه إلى السحنة الأسدية Leonine Facies (راجع الشكل ٦٢ - ١) . ويمكن حدوث الوذمة القاسية حول الحجاج . تبدي المعاينة الشفوية ارتشاحاً ذائباً مميزاً ، رمادي اللون ، ذا تلاشي محيطي . وهناك علامة غمطية أخرى هي الأورام الحمراء الضاربة للزرقة أو الحمراء الضاربة للون البني في شحمي الأذنين . يتظاهر المرض أحياناً بارتشاحات جلدية جريية أو عقيدية صغيرة منتثرة على الجذع أو على المناطق القاصية من الأطراف (الغدد اللمفي الجلدي الدخني Lymphadenosis Cutis Miliaris) .

مخاطية الفم : تحدث ارتشاحات سطحية أو أورام في الفم . تشاهد أورام في اللوزتين وغمو من النمط الورمي على اللثة (Macrulia) أو على الحنك القاسي .

الأعراض : لا تؤدي الأعراض الجلدية عادةً إلى الحكة . تشاهد ضخامة عقد لمفية منتثرة غير عَرَضِيَّة بالإضافة إلى إصابة الأعضاء . هناك تبدلات ملحوظة في بروتين المصل ونقص نسبي في الغلوبولينات المناعية مع صيغة دموية مرضية .

التشخيص المرضي النسيجي : إن الفحص التشريحي المرضي النسيجي للآفات الجلدية يسمح بتعيين وتصنيف الالتهابات الالتهابية . وبعد ارتشاح الجلد الكتل بلمفاويات متجانسة دون إنتاج خلايا مركز الجراب غمطياً . تكون الرشاحات من نمط الخلايا B أو الخلايا T أحياناً . ويتفصل الارتشاح عادة عن البشرة بمنطقة حرة من النسيج الضام .

السير : غالباً ما يكون مرتبطاً بنمط اللمفوم الالتهابي والتي يشتق منها الالتهاب الالتهابي .

التشخيص : يتم الفحص الدقيق بالخزعة المأخوذة من الآفات الجلدية والعقد اللمفية ، فحص نقي العظام ، واللطخة الدموية .

التشخيص التفريقي : يجب الأخذ بعين الاعتبار لمفومات لا هودجكين الأخرى في حالة الارتشاح الجلدي . وفي حالة الالتهاب الالتهابي المزمن ذي الخلايا النائية نأخذ بعين الاعتبار متلازمة سيزاري بشكل خاص . وفي الالتهاب الالتهابي المزمن ذي الخلايا البائية تدخل الغرناوية الجلدية في التشخيص التفريقي بسبب اللون الأحمر الضارب للون البني أو

الخطية Vibices بواسطة الخدش أو الضغط . وفي الابيضاض النقياني المزمن ، يمكن مشاهدة أعراضاً جلدية كالحكة المعممة ، والحكاك البسيط تحت الحاد وحمى بقعية عقيدية أو مصورة والتي يمكن أن تشبه الحمى الحلقية النابذة أو متلازمة سويت .

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن توجد تبدلات حمامية وسفية مشابهة للصداف ويمكن أن تشكل الاندفاعات الفقاعية مرحلة سابقة للداء كما في تقيح الجلد الفقاعي . هذا وتوول هذه التبدلات كمتلازمة جلدية مواكبة للسرطان في حالة التكاثر النقوي . ومن النادر جداً مشاهدة أحمرية (احمرار جلد) توفسية شاملة غير نوعية في الابيضاض النقوي المزمن .

التبدلات الجلدية النوعية Specific Skin Changes :

تنجم الآفات الجلدية النوعية عن الارتشاح بالخلايا المتكاثرة من سلاسل المحبيات أو وحيدات النوى ، ويمكن تعيين هذه الخلايا بواسطة الطرق الكيماوية - الخلوية والكيماوية الخلوية المناعية بشكل أفضل مما هو بواسطة طرق شكلياء الخلايا Cytomorphological لوحدها . ولتفاعل البيروكسيداز هنا دور هام ، إذ يكون سلبياً في اللمفاويات ، كما ويلعب تفاعل ألفا نافتيل كلوروأستيات استيراز (α - Naphtylchloroacetate Esterase) النوعي لسلاسل المحبيات دوراً هاماً وكذلك تفاعل الباس PAS . ولا يعطي التشخيص الدقيق للآفات الجلدية النوعية إلا بعد المقارنة مع الاستقصاءات الدموية ونقي العظام .

كثرة الخلايا النقية المحددة Myelosis Cutis : Circumscripta

يدل هذا العنوان على كافة الآفات الجلدية في الابيضاضات النقيانية الحادة والمزمنة . تنشأ كافة الآفات من هذا الداء الحيث المجموعي ، أي الابيضاض النقياني ، ولذلك يمكن تسميتها أيضاً بالارتشاح متغاير التوضع (الخضروم Chloroma) .

الموجودات السريوية : لا يوجد توضع مميزة ولكن هناك ميل خفيف للتوضع على الأطراف . تظهر عقيدات مرتفعة مقببة الشكل بقطر (١ - ١٠ ملم) إما مفردة (غرن نقياني أو خضروم) أو متعددة ، لها حواف حادة ، وهي عادة حمراء مزرقرة أو حمراء بنية أو رمادية مزرقرة أو حمراء مزرقرة اللون ، وتبدي ميلاً واضحاً نحو التنخر . وتوجد أحياناً عقيدات يصعب تمييزها عن الجلد الشاحب أو يكون لها لون أصفر أكثر شحوباً .

يمكن حدوث ارتشاح بقعي مسطح نتيجة اجتماع بقع مفردة وصغيرة ، وتكون أكثر شيوعاً في النهايات وعلى الوجه .

ويكون اللون إما شاحباً أو أزرقى رمادياً أو أحمر مزرقاً . ويكون سطح البقع إما خشناً أو ناعماً وأحياناً تكسوه جليات . القوام قاس نسبياً ، وبما أنها في كثير من الأحيان تترافق بنقص الصفيحات الدموية فإن البقع ، وخاصة الأجزاء النخرية منها ، تنزف بشكل متكرر ، وغالباً ما تشاهد نزوف جلدية خطية .

التغيرات المخاطية : ليست نادرة وتحدث بشكل رئيس في الفم والحلق . وهنا أيضاً تشاهد ارتشاحات ورمية النموذج مسطحة أو عقيدية ، نازقة أو محمرة إلى حمراء بنفسجية اللون وذات قوام معتدل الصلابة وهي تميل لأن تغطي الأسنان . (راجع الشكل ٦٢ - ٢) وهناك ميل معتبر للتنخر مع التقرح . وإن ظهور أعراض جلدية نوعية يشكل علامة سيئة لسير الداء .

التشريح المرضي النسجي : نجد ارتشاحاً مختلف الكثافة يتناول جميع طبقات الأدمة وبشكل خاص الأوعية الدموية ، الجريات الشعرية والغدد العرقية . وهناك ارتشاح متكرر للطبقة تحت الجلد كثير المشاهدة ويتم بشكل رئيس على حساب الخلايا غير الناضجة للسلاسل النقية (الخلايا النقية إيجابية البيروكسيداز ، والخلايا إيجابية البيروكسيداز بينما تكون الأرومات النقية أو الخلايا الأقل نضجاً سلبية النفتال ، آس - د - كلورواستيات أستيراز Naphtal - AS - D Chloroacetate Esterase) ، بالإضافة إلى اللمفاويات ، والخلايا البدينة والمنسجات البالعة .

الموجودات الجلدية في الابيضاضات ذات الخلايا غير المتمايزة Skin Findings in Undifferentiated - Cell Leukemia :

إن الابيضاض ذو الأرومات النقية أو نظيرة الأرومات النقية أكثر شيوعاً في الأطفال ويتظاهر كمرض خمجي شديد مع أعراض خمجية (الحمى ، النزف الأنفي ، ضخامة الطحال والكبد) . ينتج المرض عن تكاثر مجموعي للخلايا النقيانية (نظيرة الأرومات النقية) .

التبدلات الجلدية والمخاطية : تتظاهر مبدئياً على شكل الفرفرية بنقص الصفيحات ، ويحدث دائماً تنكس نخري في مخاطية الفم وأحياناً على الأعضاء التناسلية والألتين مع ميل واضح للتنخر من نموذج ما يشاهد في أكلة الفم Noma . وبما أن معظم الخلايا الدموية في الابيضاض الحاد تشتت من الخلايا الجذعية المريضة فهناك فقط بعض المحبيات المعتدلة الدفاعية السليمة والمحييات المرافقة التي تسبب التنخر الجلدي والأعراض المخاطية .

المعالجة : إن الآفات الجلدية النوعية في الابيضاض النقياني حساسة لأشعة X (2Gy مع فاصل عدة أيام) ، يمكن أن

الشكل حول الأوعية والملحقات ، مفصولة بطبقة من النسيج الضام الحر البشري ، وهذه الارتشاحات تتوضع في الطبقات الأدمية وتحت الجلدية . تتخلل الألياف الغرائية وحيدات النوى مع طراز إنظيمي غمطي (استيراز غير نوعية ، حمض الفوسفاتاز و AS - D - Acetate Esterase) .

السير : تمت ، تحدث الوفاة عادة خلال ٤ - ٦ أشهر .

التشخيص الضريقي : اللمفومات عالية الخباثة . وفي الحالات المشكوك بها ، يمكن تحديد الخلايا المرتشحة بالطرق الكيماوية الخلوية الأنظمية والطرق الكيماوية الخلوية المناعية .

المعالجة : علاج الداء الأساسي . تستجيب الآفات الجلدية بشكل جيد لأشعة X اللينة الخفيفة ؛ ومن ناحية أخرى ، غالباً ما تحدث المقاومة على الأشعة بشكل سريع .

الموجودات الجلدية في الابيضاضات الأخرى : Skin Findings in Other Leukemias

الايبيضاضات بالأمسبات Basophilic Leukemia :

المرادف : كثرة الخلايا النقية الجلدية المحددة ذات الخلايا الأسنة : Myelosis Cutis Circumscripta Basophila وصف الآفات الجلدية النوعية أيضاً في هذا الشكل النادر جداً من الابيضاض . فهي تأخذ شكل ارتشاح عقيدي أو مسطح في الجلد والخطاطيات مع تفرح ثانوي .

نسيجياً : يمكن مشاهدة الكثير من الحبيبات الأسنة وهي إيجابية البيروكسيداز ، بعكس الخلايا البدينة في النسيج .

الايبيضاضات بالحمضات Eosinophilic Leukemia :

المرادف : كثرة الخلايا النقية الجلدية المحددة الحمضة Myelosis Cutis Circumscripta Eosinophila .

في هذا الابيضاض النادر جداً يمكن مشاهدة محبيات حمضة غير ناضجة وأرومات الحمضات في دم ، ويكون الداء بحذ ذاته صعب التمييز جداً عن الابيضاض النقياني المزمن المترافق بكثرة حمضات شديدة . كما يمكن مشاهدة صبغي Ph1 الذي يشير إلى الابيضاض ذي الخلايا الحمضة . وهناك أحياناً آفات جلدية أيضاً على شكل حمامي حلقية وعقيدات أو اندفاعات حاكة متعددة الأشكال مع ارتشاح نوعي (خلايا حمضة ناضجة وغير ناضجة) .

التشخيص الضريقي : من المهم تمييز الداء عن التفاعل الابيضاض بالحمضات وأيضاً عن متلازمة فرط الحمضات .

المعالجة : علاج الداء الأساسي : يمكن معالجة البقع الجلدية بأشعة X اللينة الخفيفة أو بالالكترونات السريعة .

يؤدي نقل الدم وموقوفات الانقسام الخلوي إلى هجوع المرض ويمثل ذلك واسطة داخلية للعلاج . تستطب الصادات لمعالجة الأخماج الثانوية في الجلد أو في الأغشية المخاطية . ويتطلب العلاج تعاوناً مع اختصاصي الطب الباطني واختصاصي أمراض الدم .

الموجودات الجلدية في ابيضاض الوحيدات Skin : Findings in Monocytic Leukemia

المرادف : كثرة الخلايا النقية الجلدية بالوحيدات المحددة Myelosis Cutis Circumscripta Monocytica .

الحدوث : تندر مشاهدة الآفات الجلدية (١٠٪ من الحالات) وهي تحدث بشكل رئيسي عند الكهول ، وعادة في الابيضاض بالوحيدات ذي السير الحاد أو تحت الحاد . يمكن لهذه الآفات أن تسبق تطور التكون الابيضاضي للدم حتى بعدة سنوات .

الإمراض : هناك خلية جذعية مشتركة تنشأ عنها المحبيات ووحيدات النوى ، لذلك يعد الابيضاض الحاد شكلاً من الابيضاض النقياني . ويفسر هذا أيضاً حدوث الابيضاضات النقيانية بالوحيدات . تكون الآفات الجلدية مسببة دائماً تقريباً عن ارتشاح نوعي .

الموجودات السريرية : يكون تعدد الأشكال ملفتاً للنظر : حطاطات بقعية منتشرة أو من غط الإفرنجيات ، وحطاطات عقيدية أو أحياناً طفححات منتشرة ذات لون أحمر بني أو أحمر مزرق دون توضعات معينة . يكون الشكل العقيدي وصفيماً من الناحية السريرية . وتظهر على الجذع عقد ، وعقيدات وارتشاحات نازقة وذات لون مائل إلى البني المزرق مع ميل للاندماج ، تتوضع هذه الأشكال أيضاً على الوجه وعلى الأطراف . توافق هذه الحالات الغُران الشبكي لغوترون Gotttron's Reticulo Sarcomatosis الذي لم يعد معتبراً كمرض مستقل بحذ ذاته ، وذلك وإلى حد ما بسبب وجود بعض الحالات الأخرى المشار إليها بهذا الاسم والتي هي عبارة عن لمفومات جلدية خبيثة ذات أرومات مناعية . (راجع الشكل ٦٢ - ٣) .

تجفيف الفم : يعد من الشائع وجود ارتشاح منتشر على اللثة وهو يدعى فرط التنسج اللثوي .

الأعراض : إن النزوف داخل الآفات ليست بنادرة ، وهي تكشف مباشرة بوساطة المعاينة بالشفوفية ، وهناك ميل خفيف نحو التقرح .

التشريح المرضي النسيجي : هناك ارتشاحات كثيفة ومتجانسة

نظير ايضاضي بالحمضات في الجلد

نوعية .

Eosinophilic Leukemoid of the Skin [شيمدت –

ويلاند ١٩٢٥ ، بفليغر وتاينز ١٩٥٩] :

التعريف : هذا المرض النادر جداً هو لمفوم كاذب ذات سير

مزمن (انظر الفصل ٥١ من أجل التفاصيل) .

المترادف : متلازمة فرط الحمضات المترافقة بأعراض جلدية

الفصل الثالث والستون

كثرة الخلايا البدنية

Mastocytoses

د . شريف سالم

التعريف : كثرة الخلايا البدنية هي مجموعة من الأدواء التي تتميز نسيجياً بزيادة الخلايا البدنية Mastocytes ، ومعظم الحميد من هذه الأدواء يصيب الجلد . أما الإصابة الحشوية فنادر ما تشاهد ، كما أنه من النادر جداً حدوث ايضاض الخلايا البدنية Mast Cell Leukemia مع إصابة حشوية وسير خبيث . إن حدوث تحول من فرط تنسج تراجعى إلى تكاثر تنسوي لا تراجعى ليس هو القاعدة .

التصنيف :

يعد التصنيف التالي لكثرة الخلايا البدنية واسع الانتشار .

١ - كثرة الخلايا البدنية الجلدي :

أ - الموضع :

— ورم الخلايا البدنية .

ب - المنتشر :

— ورم الخلايا البدنية المنتشر .

— الشرى الصباغي .

— الشرى الصباغي الكهلي .

ج - المنتشر :

— كثرة الخلايا البدنية المنتشر .

— كثرة الخلايا البدنية الاحمراري الجلدي .

٢ - كثرة الخلايا البدنية المجموعي Systemic Mastocytoses

Mastocytoses : يضم أدواء مجموعة مع إصابة نقي العظم وأعضاء مختلفة (كبد ، طحال ، عقد لمفية وسبيل معدي معوي) مع إصابة جلدية أو دونها ولكن دون اجتياح الخلايا البدنية للسبيل الدموي .

٣ - كثرة الخلايا البدنية الخبيث Malignant Mastocytoses

Mastocytoses : يضم أدواء مجموعة مع إصابة نقي العظم وأعضاء مختلفة (كبد ، طحال . عقد لمفية ، سبيل معدي معوي) ولكن مع اجتياح الخلايا البدنية للسبيل الدموي ووجود صورة دموية ايضاضية (ايضاض الخلايا البدنية) .

بنية الخلايا البدنية ووظيفتها

Structure and Function of Mast Cells

أول من وصفها بول ارليش عام ١٨٧٧ . تكون هذه

الخلايا عادة مكعبة أو مغزلية تقيس ٨ - ٢٠ ميكرونًا ويمكن التعرف عليها بسهولة في المقاطع النسجية باستعمال الصبغات متبدلة اللون (Metachromatic) في هيولاها (تأخذ لوناً بنفسجياً باستعمال أزرق التولويدين) . وسبب هذا الاصطباغ المتبدل اللون هو الهيارين . يعد تلويين Naphthol AS - D Chloroacetate Esterase - مفيداً جداً لإظهار هذه الخلايا ، كما أنه من السهل التعرف عليها أيضاً تحت المجهر الإلكتروني بسبب البنى فوق المجهرية الواسعة الحبيبات . توجد الخلايا البدنية في الحالة الطبيعية في المنطقة تحت الحليمية من الجلد ، وحول الأوعية الدموية والملحقات البشرية مثل جذور الأشعار والغدد الدهنية والغدد العرقية . (راجع الشكل ٦٣ - ١) إن التنشؤ النسجي للخلايا البدنية لم يعرف حتى الآن بشكل واضح ، فمن المحتمل أنها تتطور خلال الفترة المضغية كخلايا نسيج ضام اعتباراً من خلايا نسيج ضام غير متمايزة . ومن ناحية أخرى فهناك فرضية تقترح نشأتها من خلايا الدم الوحيدة النوى ، وبالتالي من سلفيات خاصة في نقي العظام . وبشكل مشابه لم تُفسر بشكل تام العلاقة بين الخلايا البدنية للنسيج وبين الخلايا الأسسة الجاثلة في الدم . فكلما الخليتين تملك حبيبات متبدلة اللون من الهستامين والهيارين ولكن لا يمكن إهمال وجود عدة اختلافات بينهما مثل محتوى البيروكسيداز في الخلايا الأسسة .

من الناحية الوظيفية ، تكون الخلايا البدنية شديدة الفعالية والأهمية ، فهي تحوي الهيارين ، والهستامين وأحياناً السيروتونين (٥ هيدروكسي تريتاين) ، والبيتايز وعامل الجذب الكيماوي الحمض للتأق (A - ECF) . بالإضافة إلى إنظيمات ووسائط أخرى . تفرغ هذه الخلايا حبيباتها فيما حولها (زوال تحبب الخلايا البدنية) كاستجابة لسلسلة من التنبهات ، ويؤدي هذا إلى تحرر مركبات دوائية فعالة وبالتالي حدوث تفاعل في المنطقة الموافقة من الجلد . ولقد تم تعيين عدد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى زوال تحبب الخلايا البدنية مثلاً : مثيرات مناعية . يمكن أن ترتبط مستضدات نوعية مع مستقبلات IgE على سطح الخلية البدنية وبالتالي فهي تحرض فرط حساسية مباشر (الشرى الحاد أو الوذمة الوعائية) عن طريق تحرير الهستامين . من العوامل غير المناعية التي لها أهمية سريرية في تحرير الهستامين (محررات الهستامين) هي :

- أدوية مثل الكودئين ، المورفين ، البولي مكسين ، الهيارين ، الكينيدين ، والأسبرين .
- سموم جرثومية : سموم الأفاعي ، لسعات النحل .
- رضوح فيزيائية كالحرارة والبرد .
- مركبات حيوية كالتى توجد في الحار والديدان (مثل الأسكاريس) .

يمكن تفسير الأعراض السريرية بتحرر الوسائط .

في حالات كثرة الخلايا البدينة المنتثر أو المنتشر ، يؤدي تحرر الهيبارين المضاد للتخثر إلى ازدياد مستويات الهيبارين في الدم وبالتالي إلى ظواهر نزفية ، بالرغم من أنه في الشرى الصباغي لا تكون اضطرابات الجملة التخثرية واضحة عادة . إن تحرر الهستامين هو المسؤول عن الوذمة الشروية للآفات التي تحدث في الشرى الصباغي أو في أورام الخلايا البدينة الموضعة بشكل تال للفرك (مثلاً بالضغط بخافض لسان خشبي) أو لتطبيق الحرارة أو البرودة . وإن وجود كويصة الجلد (Dermographism) الحمامية أو الشروية في منطقة الشرى الصباغي تشير إلى زيادة تحرر الهستامين ، وإذا تحررت كمية كبيرة من الهستامين تحدث تأثيرات دوائية مجموعية تسبب توسعاً وعائياً وزيادة نفوذية الأوعية الدموية مسببة أعراضاً مشابهة للصدمة تماثل تماماً الصدمة المحرصة بالهستامين . يمكن إظهار زيادة الهستامين في المصل في حالات كثرة الخلايا البدينة الواسعة وذلك تلو التحريض .

ولقد وُصف تحرر السيروتونين Serotonin لدى القوارض بشكل أكيد ، أما عند الإنسان فلم يُتفق على حدوثه . ومن الجدير بالذكر أن صورة الحامى الاحتقانية المعممة (التيف) تشابه دوماً بيغ الهستامين ، أي أنها بلون أحمر قان ولا تملك التلون الوصفي الزرّاقى للمتلازمة السرطّاوية (بيغ السيروتونين) . وعلى كثر ، لم يتم بعد إثبات تحرر HIAA-5 (هيدروكسي إندول أستيل أسيد) المشاهد في كثرة الخلايا البدينة الواسع والذي يمكن أن يشير إلى تحرر السيروتونين من الصفائح .

كثرة الخلايا البدينة الجلدي Cutaneous Mastocytoses :

يؤدي بشكل رئيس إلى آفات جلدية ، ونادراً فقط إلى تغيرات في الأعضاء الداخلية .

ورم الخلايا البدينة الموضع Localized Mastocytoma : المرادفات : وحة الخلايا البدينة .

الموجودات السريرية : توجد التبدلات إما مباشرة لدى الولادة أو تتطور خلال الأشهر الأولى للحياة كما يمكن أن ترى أحياناً لدى الأطفال الأكبر سناً أو البالغين الشباب . وتكون بشكل آفة أو أكثر في مكان ما من الجسم بلون أحمر بني أو أصفر رمادي مرتشحة بشكل خفيف تصل إلى عدة سنتيمترات . وتكون أحياناً مصطبغة بشكل واضح ، وأحياناً ، يكون العرض الأكثر وضوحاً هو تشكلات فقاعية ناتجة عن الاحتكاك (راجع الشكل ٦٣ - ٢) .

الأعراض : قد يحدث الشرى في الآفات بعد الفرك (علامة داريس) بشكل يشبه قشر البرتقال أو حتى التفتّات . يمكن بالمعانة الشفوية رؤية المصل الأصفر الناضج خارج الأوعية وتكون الحكمة أيضاً موجودة . ومن غير المعتاد حدوث هجمات من توسع أوعية هستاميني معمم . لا تصاب الأعضاء الداخلية عادة .

التشريح المرضي النسيجي : رشاحة كثيفة بالخلايا البدينة تتوضع في الأدمة العلوية .

التشخيص التفريقي : بسبب امتصاص الآفات المتبجعة للمصل فإن التبدلات يمكن أن تشبه الصّفُرومات Xanthomas ومنه الوصف الجديد : اللويحات الصفراوية Xanthelasmoidea .

الإنذار : يمكن أن تراجع الآفات خلال فترات طويلة (أشهر إلى سنوات) ولا يحدث تحول خبيث .

المعالجة : انتظار الشفاء العفوي ، معالجة ملطفة موضعية بمضادات الهستامين أو بالستيروئيدات القشرية السكرية .

ورم الخلايا البدينة المتثر Disseminated Mastocytoma :

آفات عقيدية أو شبيهة باللويحات ، كتلك المشاهدة في ورم الخلايا البدينة الموضع ، بلون أصفر متسخ إلى رمادي بني ، مدورة إلى بيضوية منتشرة بشكل مبعر . تشاهد الآفة لدى الأطفال ولا ترافق عادة مع أعراض حشوية . يجب أن يؤكد التشخيص بالدراسة النسيجية . (راجع الشكل ٦٣ - ٣) .

الشرى الصباغي Urticaria Pigmentosa :

[نيتلشيب ١٨٦٩ ، سانغستر ١٨٧٨] :

التعريف : هو داء يحدث عادة عند الأطفال ، يتميز ببقع متقرحة مصطبغة ناتجة عن زيادة الخلايا البدينة ، تميل لأن تصبح شروية بعد الرضوح الفيزيائية . تعتبر إصابة الأعضاء الداخلية نادرة .

الحدوث : تصيب الآفة عادة الأطفال في أشهر الستة الأولى من العمر ولا توجد دلائل على استعداد وراثي . والإصابة متساوية في الجنسين .

العمليات والآلية الإراضية : الأسباب غير معروفة ، يمكن أن يفسر الأمراض بالفعالية الدوائية للخلايا البدينة الزائدة العدد الموجودة في الآفات الجلدية . تنهج هذه الخلايا نتيجة الاحتكاك والحمامات الباردة أو الساخنة وتحرر الهستامين وانطلاقه الذي يسبب وذمة شروية في الآفات المصابة مما يسبب فرط اصطباغ ثانوي ناتج عن فعالية الخلايا الملانينية في الموصل البشري الأدمي .

الموجودات السريرية : تتوضع الآفات الجلدية بشكل خاص

التظاهرات في كثرة الخلايا البدينة المجموعي .

التشخيص : ويستند التشخيص إلى وجود طفح بقعي منتشر ، يتوضع على الجذع بشكل رئيسي ، لونه بني ضارب للصفرة ، والذي يصبح شروياً وحاكاً بالذئب والفرك .

التشخيص التفريقي : فقط الشرى الصباغي الذي يدي تشرياً في آفاته لدى ذلكها ، وفي حالة نادرة من الشرى الصباغي ، يتظاهر على شكل شرى اعتيادي مع فرط تصبغ ثانوي بينما تشفى الانتبارات ، ولا تبدي البقع المصطبغة أي تورم شروي بالتخديش . ويجب أن يفرق الشرى الصباغي عن كل من : ورم المنسجات الطفحي المنتشر ، الغنوم العرق ، العضلوم الأملس ، الصفرومات ، اللمفومات الجلدية الخبيثة وهذه الأمراض لا توجد عادة لدى الأطفال ، ويعتمد في تشخيصها على النسجيات .

الشرى الصباغي الكهلي *Urticaria Pigmentosa*

Adultorum [باركس وير وهالنشميد ١٩٣٦] :

المترادف : توسع الشعيرات البقعي الطفحي الدائم
Telangiectasia macularis eruptiva perstans .

التعريف : بعكس الشرى الصباغي الطفلي فإن الداء يبدأ في الكهولة ويكون الطفح فيه بلون بني محمر أقم من السابق .

الحدوث : غير شائع . ليس له علاقة بالوراثة .

الموجودات السريرية : في الحالات النموذجية ، توجد آفات بيضوية أو مدورة واسعة . تظهر عادة بشكل متلاحق يتراوح قدها بين (٣ - ٨ ملم) بلون أحمر بني أو باللون المشاهد في توسع الشعيرات . يمكن أن تصبح الآفات شروية بالفرك . تُظهر البؤر التي تبقى لفترة طويلة زيادة في الاصطباغ . يكون الميل للتوزع في الجذع نموذجي ، وكتوية الجلد الشروية والحمامية واضحة . ويمكن أحياناً أن توجد أيضاً في مناطق الجلد الطبيعي مع اتساع واضح نحو المحيط ووذمة عفوية للآفات في هذه المناطق . لا تتشكل النفطيات في الآفات (راجع الشكل ٦٣ - ٥) .

الأعراض : تضم الأعراض الرئيسة الحكمة والتفاعل الشروي الذي يحدث بعد الاحتكاك أو بالحمامات الباردة أو الساخنة وتعود الأعراض لتحرير المستامين من الخلايا البدينة . يمكن أن تؤدي التأثيرات الجهازية للمستامين المتحرر إلى ظهور عوارض صدمة فيشاهد مثلاً حمى جلدية (بيغ هستامين) وإسهال .
التشخيص المرضي النسيجي : بعكس الشرى الصباغي الطفلي ، تتكون الرشاحة من الخلايا البدينة في الأدمة العلوية قليلة نسبياً ويعد وجود أوعية شعرية متسعة في الطبقة الحليمية مظهراً وصفاً .

على الجذع ويكون انتشارها بكتافات مختلفة ، وهي آفات ذات أحجام مختلفة تقارب عادة حجم حبات العدس مسطحة قليلاً ذات حدود غير واضحة . وهي مدورة إلى بيضوية وبلون أصفر متسخ أو بني رمادي ومن غير المعتاد مشاهدة آفات عقيدية أو شبيهة بالأورام . وبشكل نموذجي ، تكون هذه الآفات ناعظة على سطح الجلد وتصبح شروية (علامة داريه) بالفرك (باستعمال خافض لسان خشبي مثلاً) كذلك تحدث تشكلات حويصلية تالية للرضوح الفيزيائية . تشاهد كتوية الجلد الشروية وإذا تواجدت كتوية الجلد قرب الآفات فإنها من الممكن أن تصبح شروية أيضاً . تكون الحكمة عرض نموذجي خلال الوذمة الشروية ، وإصابة الأغشية المخاطية غير شائعة على الإطلاق . تتطور اللمفومات والايضااضات في حالات نادرة .

الأنواع الشكلية :

الشرى الصباغي الزفي : لا يتصف هذا الشكل من الشرى بتورم شروي فقط بل يتظاهر بوجود نزف في آفاته . وقد تصاب حتى مخاطية الفم والشفيتين .

الشرى الصباغي الفقاعي (الفقاعاني) :

يمثل هذا الشكل من الشرى نوعاً شديداً من الشرى الصباغي . يحدث تفاعل فقاعاني فقاعي إما عفويّاً أو أكثر شيوعاً نتيجة الفرك أو الخدش في البقع المصطبغة ويترافق بحكة مضنية . يكون هذا التفاعل غطياً في الرضع وصغار الأطفال ، ولا يشاهد عادة بعد سن الثلاث سنوات . ويمكن له أن يترافق بعلامات حشوية وبيغ هستاميني .

الأعراض : الحكمة هي العرض الرئيسي في الشرى الصباغي . والتي قد تحدث بشكل عفوي أيضاً وتؤدي إلى ذلك . وهكذا ، يؤدي الفرك إلى إطلاق المستامين وتحريه وتشكيل انتبار في الآفة ، ونفاطة أحياناً . وهذا يسبب زيادة في التصبغ الذي يدوم طويلاً ويسبب ضوائق كثيرة . التبدلات في الأعضاء الداخلية غير شائعة ، كما لا تصاب الحالة العامة للمريض بخلاف الحكمة .

التشريح المرضي النسيجي :

يرتشح القسم العلوي من الأدمة بعدد من الخلايا البدينة التي توجد بشكل رئيسي حول الأوعية الدموية والملحقات . ولدى استئصال الآفات الشروية ، يمكن لحبيبات الخلايا أن تتوضع حول الخلايا في النسيج الضام .

السير : عادة ما يتراجع الشكل الشباني من الشرى الصباغي بطيئاً حتى البلوغ وقد تتوافق التظاهرات المجموعية مع تلك

السير : مزمن ، خلال سنوات ، يجب توخي الحذر عند إعطاء الإنذار فيما يتعلق بإمكانية تراجع التظاهرات الجلدية المزعجة جالياً للمريض . يمكن ظهور مضاعفات بحدوث رشاحة من الخلايا البدنية شبه ورمية في نقي العظام (مسح هيكل) أو في الأحشاء . يندر جداً ترافق ضخامة كبدية طحالية مع ورم أصفر .

المعالجة : راجع الفقرة الأخيرة من هذا الفصل تحت عنوان علاج كثرة الخلايا البدنية .

كثرة الخلايا البدنية الجلدية المنتشر

: Diffuse Cutaneous Mastocytosis

التعريف : يصيب هذا النمط غير الشائع أبداً الرُضّع ويتألف من رشاحة كتلية واسعة الانتشار من الخلايا البدنية في الأدمة .

الموجودات السريرية : تسبب الرشاحة الكثيفة من الخلايا البدنية نخانة جلدية فيلية منتشرة مع فرط تصبغ ذي حدود غير واضحة ، وتشاهد بقع أيضاً . تبدو الآفات الكبيرة المسطحة حزازانية وتكون بلون مصفر ويتضح فرط التصبغ الجلدي بشكل خاص في مناطق الجسم الأكثر عرضة للضغط الآلي . توجد عادة حكة واضحة يمكن أن تتطور بعد الفرك والخدش إلى اندفاعات شروية قد تصبح فقاعية . تعتبر كثوية الجلد الشروية نموذجية هنا .

كثرة الخلايا البدنية الاحمراري الجلدي Erythrodermic

Mastocytosis : وهو النموذج الأكثر شدة في الداء الجلدي وينجم عن رشاحة من الخلايا البدنية في كامل الجلد المغطي للجسم .

الأعراض : من الشائع حدوث تظاهرات داخلية كذلك المشاهدة في كثرة الخلايا البدنية المجموعي . وبشكل مشابه ، هناك علامات لتحرر الهستامين (يبيغ هستامين ، إسهال ، تشنج قصبات ، انخفاض توتر شرياني وقرحات هضمية) ، وتكون الحكة شديدة . يشاهد هذا الداء عادة في الطفولة الباكرة كما أنه يمكن أن يحدث في البالغين حيث يترافق لديهم برشاحات مجموعة من الخلايا البدنية .

التشريح المرضي النسيجي : تشاهد رشاحة كثيفة في الأدمة بالخلايا البدنية مترافقة مع خلايا شبيهة بالمنسجات . والصورة النسيجية في الأحشاء المصابة هي رشاحة بالخلايا البدنية مع ميل للتليف .

السير : السير بشكل عام مرقى ، والإنذار غير جيد ، ونادراً ما يشاهد هجوع عفوي . تتطور أمراض مجموعة غالباً متماشية مع حدوث تشنجات خبيثة للخلايا البدنية (شبك الخلايا

البدنية Mast Cell Reticulosis . ويمكن أيضاً أن تحدث المفومات .

كثرة الخلايا البدنية المجموعي Systemic Mastocytoses :

لا تصيب كثرة الخلايا البدنية الجلد فقط وإنما قد تصيب الأحشاء أيضاً . نادراً ما تشاهد الإصابة المجموعية بارتشاح الخلايا البدنية فقط في ورم الخلايا البدنية المعزول والشرى الصباغي الطفلي والكهلي (٥ - ١٠ ٪ من الحالات) . أما كثرة الخلايا البدنية المنتشر فتشاهد بنسبة أكبر وقد تصل إلى ٤٠ ٪ من الحالات . تعتمد الأعراض المتطورة على توضع الرشاحة الكثيفة بالخلايا البدنية .

إصابة الهيكل : عبارة عن آفات حالة للعظم موضوعة ناتجة عن رشاحة بالخلايا البدنية ، أو تحدث تغيرات بنوية ناجمة عن تليف العظام Osteofibrosis أو تخلخل العظام .

الأعراض الهضمية : نقص شبة ، إقياء ، فرط حركية معوية وإسهال كما في القرحات الهضمية . من المفترض أن هذه الأعراض تنتج عن تحرر كميات كبيرة من الهستامين من الخلايا البدنية .

الضخامة الكبدية الطحالية : تحدث عادة مترافقة مع ضخامة عقد لمفية بسبب الارتشاح بالخلايا البدنية وتشير هذه الضخامات إلى إنذار سيء .

اضطرابات دورانية : تتظاهر بتسرع القلب أو أحياناً بانخفاض أو ارتفاع التوتر الشرياني وهي ذات علاقة بتحرر الهستامين . فرط البروتينات الشحمية في الدم : يشاهد بشكل نادر جداً عند إصابة الكبد .

السير : يجب أخذ الحذر عند وضع الإنذار حيناً لا يقتصر الداء على الجلد بل يترافق مع علامات مجموعة .

كثرة الخلايا البدنية الحيث :

هو عبارة عن كثرة خلايا بدنية مجموعي (مع أو دون علامات جلدية) مع دخول الخلايا البدنية للدوران ، وظهور الخلايا البدنية جولة في الدم . ويترافق عادة مع تكاثر خلايا بدنية لا نموذجية (خبيثة) في نقي العظام . وهذا الايضاض بالخلايا البدنية غير شائع على الإطلاق .

علاج كثرة الخلايا البدنية Treatment of Mastocytoses :

يمكن لورم الخلايا البدنية الموضع أن يُستأصل ، وأي علاج آخر هو علاج غرضي . تستعمل غالباً جرعات معتدلة من

الشُعيرات . تراجع الآفات الجلدية للشرى الصباغي وبخاصة في الشكل الكهلي بالعلاج بالبوفا PUVA (علاج ضوئي كياوي) . غير أنه لم يتأكد بعد فيما إذا كان توقف الآفة مؤقتاً فقط . وفي حالة كثرة الخلايا البدنية المجموعي وبيضاض الخلايا البدنية ، فإن العلاج الموقف لنمو الخلايا Cytostatic يمكن أن يستعمل . ويفيد الكلورامبوسيل في حالات فردية . في حالات ورم الخلايا البدنية المنتثر والشرى الصباغي وكثرة الخلايا البدنية الجلدي المنتشر ، من الضروري نصيح المرضى بتجنب تحرر الهستامين وعدم تعريض أنفسهم بشكل مفاجيء للحر أو البرد (القفز إلى بركة سباحة باردة أو أخذ حمام ساخن) لأن التحرر الشديد للهستامين الناتج عن هذه الأمور يؤدي إلى حالات تشبه الصدمة (وفاة مفاجئة بسبب العرق) . وأخيراً يجب مراقبة التبينج العام بشكل جيد لدى هؤلاء المرضى .

الستيروئيدات القشرية في الأشكال الخطرة كما في كثرة الخلايا البدنية الجلدي المنتشر (حيث يوجد ميل شديد لتشكيل النُفطات) . وفي كثرة الخلايا البدنية المجموعي تعد مضادات الهستامين ذات تأثير مفيد على الحكّة والبيغ الهستاميني والأعراض المعدية المعوية . ينصح باستعمال المركبات المضادة للسيروتونين أيضاً . وفي بعض الحالات ، أظهر استعمال كل من الرزربين أو المشاركة بين مضادات الهستامين وضواد H_2 (H_2 Antagonists) مثل السيميتيدين بعض الفائدة . ينصح بالاستعمال الفموي لكرومو غليكات ثاني الصوديوم بمقدار ٤٠٠ - ٨٠٠ ملغ يومياً للوقاية من الأعراض المعوية ، ويبدو أن هذا الداء يسبب حصاراً في تحرر الهستامين من الخلايا البدنية . وعلى كل فإن كل هذه المواد لا تؤثر تأثيراً أساسياً في القضاء على الآفات الجلدية أو على التصبغ الواضح أو توسع

الفصل الرابع والستون

كثرة المنسجات الجلدية

الحميدة والخبيثة

Bengin and Malignant

Cutaneous Histiocytoses

د . شريف سالم

يتعلق هذا الفصل بالأورام الحميدة والخبيثة الجلدية التي يبدو أنها تنشأ على حساب الخلايا المنسجة ، تلك الخلية المنتمة إلى جملة البلاعم الوحيدة النوى . تعتبر بعض هذه الآفات آفات مجموعية . ومن المتفق عليه أن المنسجات تُشتق من خلايا جذعية غير متميزة في نقي العظم تدعى أرومات الوحيدة وسليقات الوحيدة (Monoblasts and Promonocytes) وهي تدخل السبيل الدموي كوحيدات . وبعد أن تغادر الوحيدات الأوعية الدموية تصبح مُنسجات قادرة على البلعمة ولذلك يمكن تسميتها هنا بالبلاعم . تحتاج هذه الخلايا إلى جهاز خلوي سليم كي تتم فعاليتها البالغة . ولذلك يمكن للبلاعم والمنسجات أن تبدي احتواها على استراز لا نوعية ، وحمض الفوسفاتاز ، وليزوزيم .. إلخ . وذلك بواسطة الطرق الخلوية الكيماوية وبعد الدراسة بالمقاطع النسيجية . يمكن لهذه الخلايا أن تبدي أشكالاً مختلفة كخلايا الصفروم (الخلايا الرغوية) ، والخلايا البُشرانية ، أو الخلايا العملاقة للجسم الأجنبي ، وخلايا نمط لانغهانس أو نمط توتون ، وذلك تبعاً للوظيفة الحيوية الخاصة للخلية

وعلى كل ، لم يُحدد بعد فيما إذا كانت المنسجات تنشأ أيضاً موضعياً في الجلد من خلايا طليعة ، متعددة القدرات ، ومن المحتمل أن تكون أرومات ليفية أو أنها تنشأ من خلايا شبكية .

لذلك فقد وَجَدَت هذه الفكرة تعبيراً لها في التسميات المختلفة للداء . وفي العديد من الأدواء ، تأخذ الخلايا المنسجة بناءً شكلياً خاصاً كما في خلايا لانغهانس في كثرة المنسجات مجهول السبب مثلاً . وإذا ما استبعدنا أدواء الخزن التي لن تناقش هنا ، يمكننا أن نميز أدواء المنسجات والأورام السليمة والخبيثة في الجلد كما يلي :

كثرة المنسجات الحميدة :

– الصفروم المسطح المتشعر Diffuse Plane

Xanthomata

– الحبيبيوم الأصفر الشبابي Juvenile

Xanthogranuloma

– الحبيبيوم الأصفر ذو البلى الحيوي Necrobiotic

Xanthogranuloma

– ورم المنسجات الشبكي Reticulohistiocytoma

– كثرة المنسجات الشبكي المتشر في الجلد والأغشية

الزليلية Reticulohistiocytosis Disseminata of Skin

and Synovia

– الداء الخلوي الشبكي الجلدي ذو المسير الحميد

Cutaneous Reticulocytosis with a benign course

– ورم المنسجات Histiocytoma

– الصفروم المتشر المرافق للبوالة التفهة Xanthoma

Disseminatum With diabetes Insipidus

كثرة المنسجات الخبيثة :

– كثرة المنسجات مجهول السبب Histiocytosis X

– ابيضاض الوحيدات Monocytic Leukemia

– كثرة المنسجات الشبكي لكروستي Crosti's

Reticulohistiocytosis

– كثرة المنسجات الخبيث Malignant Histiocytosis

– لمفوم المنسجات Histiocytic Lymphoma

– الشباك Reticulosis

كثرة المنسجات الحميد Benign Histiocytoses

الحبيبيوم الأصفر الشبابي Juvenile Xanthogranuloma

[مكدوناغ ١٩١٢] :

المرادفات : الحبيبيوم الأصفر عند الفتيان ، البطانوم

الأصفر الوحشي ، الصفروم الوحشي ، الصفروم الشبابي .

حبيبيوم الخلايا العملاقة الشبابي .

التعريف : داء حميد يحدث في الطفولة الباكرة حيث تنشأ

عقيدة أو أكثر ذات لون مصفر وشبيهة بالصفروم في الجلد ،

والأغشية المخاطية ، والعينين ونادراً في الأحشاء أيضاً . وهي

تراجع عادة بشكل عفوي خلال ١ – ٣ سنوات . (راجع

الشكل ٦٤ – ١) .

الحدوث : ليست قليلة الشيوع . يمكن للآفات الجلدية أن

تتواجد مع الولادة وهي تظهر عادة خلال الأسابيع الأولى من

الحياة . ونادراً ما تحدث بعد ذلك حتى في الكهول . لا توجد

أدلة على عوامل وراثية . وقد شوهد ترافقها مع الورام الليفية

العصبي (ازدياد تواتر بقع القهوة بجليب) .

السيببات والإمراض : هذا المرض مجهول السبب . وقد تم نفي العلاقة المفترضة بين هذا الداء وكثرة المنسجات مجهول السبب حيث تبين بالمجهر الإلكتروني عدم وجود حبيبات خلايا لانغرهانس . وهو بالأحرى داء جلدي صفرومي منسج يسبق بعلامات النهاية ، ولم توصف فيه حتى الآن تبدلات في الشحوم أو في البروتينات الشحمية في المصل .

الموجودات السريرية : تبدو حطاطات جلدية أو عقيدات مقيبة الشكل ذات لون أصفر صفرومي أو بلون بني مصفر ، تكون أحياناً ذات هامش حمامي . تحدث هذه الأشكال عادة خلال الأسابيع أو الأشهر الأولى من الحياة ، وخاصة على الرأس والسطوح الباسطة للأطراف . ينحصر وجود الداء أحياناً بورم وحيد يصل حتى ٢ سم قطراً . ونادراً ما يحدث الداء بشكل منتشر ، وعندها يكون عدد الآفات الشبيهة بالصفروم كبيراً .

يمكن أن تصاب أماكن أخرى : مخاطية الفم والعينان (القرنية ، الجسم الهدبي ، العنيفة ، ويحتمل حدوث العمى) . تشاهد تبدلات مجموعة في الرئتين ، والكبد أو الطحال (ضخامة طحالية - كبدية) ، ونادراً جداً في التأمور والخصيتين .

وقد وصف الداء التكاثري النقوي ترافق الآفة مع الورام الليفى العصبي .

الأعراض : تغيب الأعراض الموضوعية ولا توجد تبدلات في الشحوم أو البروتينات الشحمية في المصل .

التشريح المرضي النسيجي : تظهر آفات باكرة بشكل يؤر من المنسجات مع تفاعل خلوي التهابي معتدل (لمفاويات - حمضات) . وفيما بعد ، يحدث ارتشاح حبيومي بالمنسجات . وبالحلايا الرغوية ، والحلايا الرغوية العملاقة نط توتون Touton ، واللمفاويات ، والحمضات والحلايا العملاقة للجسم الأجنبي ، وهناك تليف متزايد خلال تراجع الآفة .

السير : يكون عادة خلال ستة أشهر إلى ثلاث سنوات . يحدث تراجع عفوي يترك وراءه تصبغاً ثالياً أو ضموراً معتدلاً (على الفروة بشكل حاصة موضعة لا تراجعية) ، كما تراجع الآفات الداخلية . يمكن حدوث إصابة تميل إلى الشدة في العين وتؤدي إلى العمى . وفي بعض الحالات النادرة يمكن حدوث آفات جلدية متقدمة وحتى آفات في الجملة العصبية المركزية .

التشخيص التفريقي : يظهر فيما بعد النمط IIa من فرط البروتينات الشحمية ، ويكون للصفرومات الحديدية أيضاً توضعات اصطفايية أخرى . وفي الشرى الصباغي المشبهة باللويحة الصفراء تصبح الآفات شروية تلو الرضح .

وينبغي أن يستبعد داء هاند شوللر كريستيان سريرياً ونسجياً ومناعياً ، ومن خلال الفحص بالمجهر الإلكتروني الذي يبدى غياباً للخلايا الحاوية على حبيبات لانغرهانس . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الصفروم المنتشر مع بؤلة تفهة .

المعالجة : لا شيء عادة ، وإذا ما دعت الضرورة ، يتم استئصال العقيدات المزعجة والتعامل بحذر مع آفات العين والأحشاء . تجرب الستيروئيدات القشرية في حال حدوث تطور شديد للآفة .

الحبيوم الأصفر ذو البلى الحيوي Necrobiotic Xanthogranuloma :

داء حبيومي أصفر سياجي ، يشاهد مع البارابروتينية .

ورم المنسجات الشبكي Reticulohistiocytoma :

المردفات : الحبيوم المنسج الشبكي ، ورم المنسجات ذو الخلايا العملاقة .

الموجودات السريرية : عبارة عن عقيدات محددة وحيدة ونادراً متعددة ، ذات قطر يتراوح بين ٠,٥ - ٢ سم في الرأس أو في قفا العنق تراجع عادة بشكل عفوي . تكون العقيدات قاسية ، بنية مصفرة ومتوضعة في الأدمة .

السير : سليم .

التشخيص : يوضع عادة بالفحص النسيجي التالي للاستئصال .

التشخيص التفريقي : يمكن تفريق مثل هذه العقيدة عن ورم المنسجات ، والعقيدات الجلدية ، وورم المنسجات المصفر ، والعضول الأملس الأرومي ... إلخ . يصادف الحبيوم الأصفر الشباني عادة في الطفولة فقط وتكون المنسجات الكبيرة النموذجية والخلايا العملاقة المشبهة بالمنسجات غائبة أيضاً .

كثرة المنسجات الشبكي المتثر Reticulohistiocytosis Disseminata :

المردفات : كثرة المنسجات الشبكي عديد المراكز في الجلد وفي الأغشية الزليلية ، التهاب المفاصل والجلد .

التعريف : يتصف كثرة المنسجات الشبكي عديد المراكز بوجود عقيدات جلدية مع اعتلال مفاصل عديد .

الحدوث : يصاب الكهول في كافة الأعمار وهناك سيطرة واضحة لإصابة الإناث (٣ : ١) .

الإمراض : إنه ليس بتنشؤ حقيقي ولكنه تفاعلي (؟) ، ويتضمن الداء حبيوماً حميداً في الجلد والأغشية الزليلية

والمفاصل مع صورة نسيجية نموذجية جداً ، وعلى الخصوص وجود الخلايا العملاقة النوعية المشتملة على مواد حاوية للشحوم في هيولاهما ، وليس هنالك ما يدل على فرط البروتينات الشحمية في المصل البدئي أو الثانوي .

الموجودات السريرية : تتصف الأعراض السريرية بإصابة الجلد والمفاصل .

الآفات الجلدية : يتميز الاندفاع البدئي بعقيدات مقبية الشكل مرتفعة على الجلد أو بمحطات صفراء مسمرة يمكن أن يزداد حجمها ببطء إما بنمو عفوي أو باندماجها حتى أنها يمكن أن تصل إلى قطر يبلغ عدة سنتيمترات ، وهي لا تتقرح . أما البشرة الساترة لها فيمكن أن تصبح ضامرة ومتجلبة قليلاً . ولقد وصفت حالات من التراجع العفوي ومن النكس . وإن الأمكنة الانتقائية هي المناطق حول المفصالية ، وخلف الأصابع ومفاصل اليد ، والوجه (خاصة الشفاه والمنخرين) وفي الأذنين . ويمكن مشاهدة السحنة الأسدية وفرط تصبغ الأظفار وحثلها مع حواف طولية مردها إلى إصابة الغشاء الزليلي للمفصل بين السلاميات القاصي . تشاهد بشكل شائع إصابة الأغشية المخاطية واللسان ويمكن للحنجرة أن تصاب أيضاً .

اعتلال المفاصل : يمكن للتبدلات عديدة المفاصل أن تسبق أو أن تتلو التبدلات الجلدية ، وتكون الاعتلالات المفصالية أيضاً من نمط اعتلال رثواني مفصلي (التهاب المفصل المزمن البدئي) أو يكون تآكلاً سببه تدهم الغضروف بسبب الداء . يكون لالتهاب المفاصل بعض خواص الاعتلال المفصلي الصُدافي . يبدي الفحص الشعاعي شقوقاً وتخرباً في السطوح المفصالية للسلاميات والأمشاط مع أصابع تلسكوبية Telescoping of digits (التهاب مفاصل عديد مشوه) . كما تصاب مفاصل الفقرات ومفاصل الحموض أيضاً .

الأعراض : تكون الآفات الجلدية لا عرضية ، ومن المظاهر البارزة وجود تبدلات شديدة مفصالية مع آلام خاصة حينما يكون سير الداء مخرباً . وبعد فترة طويلة . تؤدي إصابة المفصل إلى تحدد حركة مترقي .

التشريح المرضي النسيجي : تتصف الصورة بارشاح لأعداد كبيرة من المنسجات مع هويلى إيبوزينية متجانسة أو إيبوزينية دقيقة التحبب والتي تحتوي نواة أو أكثر مفصصة بشكل شاذ . يكون عدد الخلايا العملاقة عديدة النوى مختلفاً فعلاً ، وإن إظهارها لشيء هام ، وتكون الاختبارات النسيجية الكيميائية هامة أيضاً ، وتبين أن هويلى الخلايا تحتوي على مواد قابلة للذوبان في الشحوم ، وإيجابية الباس PAS ، ومقاومة للدياستاز ، وهي عبارة عن بروتينات شحمية سكرية . في مثل هذه الخلايا يمكن مشاهدة الفوسفوليبيدات والشحوم المعتلة

وذلك باستعمال التقنيات التلوينية الخاصة ، بينما يكون الكولسترول غائباً دائماً . وقد وصف الداء على أنه التهاب مفاصل وجلد شحماني بسبب الموجودات الكيماوية النسيجية النموذجية فيه . وفي الآفات الجلدية الباكورة . يمكن مشاهدة تفاعل شديد بخلايا التهابية . أما في الآفات الأكثر إزماناً ، فيسيطر التحول نحو التليف وتشاهد التبدلات النسيجية نفسها أيضاً في الغشاء الزليلي وفي العظام .

المسير : حميد ما دامت الآفات مقتصرة على الجلد فقط . يكون التهاب المفاصل العديد ذا طبيعة مخربة ومشوهة . وبشكل نادر ، يمكن مشاهدة عقيدات حبيبية مماثلة لدى فتح الجثة ، متوضعة في العقد اللمفية القصية وفي الشفاف . لا يبدو الداء مهدداً للحياة . وعلى كل حال فيمكن حدوث نقص وزن في المراحل الأخيرة وحرارة مع إصابة قلبية رئوية . وهناك ميل زائد لدى هؤلاء المرضى لحدوث التنشؤات (بحدود ١٠٪) .

التشخيص التفريقي : يجب الأخذ في الحسبان مجموعة مختلفة من الأدواء الجلدية المفصالية كالغرنالوية ، والنقرس وفرط البروتينات الشحمية من النمط II .

المعالجة : مضادات الرثية العرضية ، ويمكن تجربة حقن داخل الآفات الجلدية بمعلق بلورات ممدد من التريامسينولون أسيتونيد ، أو استئصال العقيدات المزعجة . وقد أمكن إحداث هجوع للحبيبومات باستعمال معالجة جهازية بالعوامل المؤلكلة .

كثرة المنسجات الشبكية الجلدية ذات السير الحميد Cutaneous Reticulohistiocytosis with a Benign Course [هاشيموتو وبريتزكر ١٩٧٣] .

المرادف : كثرة المنسجات الشبكية الخلقي الشافي تلقائياً .

التعريف : داء خلقي غير شائع بناتاً ، يتكون من عقيدات منسجة شافية تلقائياً ، يتوضع خاصة في منطقة الرأس عند الولدان والأطفال . تتكون الشكليات من ارتشاح أدمي كثيف تفاعلي (؟) بالخلايا المنسجة والتي تبدي صورة اندفاعات شبيهة بالنخاعين بالفحص بالمجهر الإلكتروني . تحتوي الخلايا على حبيبات لانفرهانس بنسبة ٢٥٪ . (راجع الشكل ٦٤ - ٢) .

الموجودات السريرية : يمكن مشاهدة الآفات منذ الولادة ، وخاصة على الوجه وعلى الفروة ، وعلى بقية أنحاء الجلد بشكل عقيدات وأورام مبعثرة قليلاً ، غُصّة وبلون أحمر مصفر أو أسود مزرق ، وهي مرتفعة بوضوح فوق سطح الجلد ، وأحياناً مع جُلْبَة مركزية . فيما عدا ذلك ، لا تتأثر الصحة العامة ولا توجد الآفات المجموعية لداء كثرة المنسجات مجهول السبب .

التشريح المرضي النسجي : هناك منظر ارتشاح أدمي كثيف و « فَعَال » بالوحيدات وبشبيات المنسجات مع نوى غير نظامية وأحياناً مسخية Monstrous . وترى الهيولى نيرة وأحياناً رغوية ، كما ويشاهد انسلال ملحوظ للكريات الحمر .

تظهر دراسة البنية المستدقة لهذه الخلايا أنها منسجات مع عدد كبير من الأشكال النخاعينية الصفيحية الحقيقية والكاذبة والجسيمات الدودية . إن حبيبات لانغرهانس (« مضارب التنس » ، حبيبات بيريك) الوصفية لخلايا لانغرهانس ومجموعة خلايا أدواء ككرة المنسجات مجهول السبب ، تكون موجودة بنسبة متوية بين هذه الخلايا ، وهذا ما يجعل بعض المؤلفين يعترفون بوجود داء ككرة المنسجات مجهول السبب الجلدي الشافي تلقائياً (راجع الشكل ٦٤ - ٣) .

السير : يحدث الشفاء عادة خلال ٢ - ٣ أشهر .

التشخيص : يجب أثباته نسيجياً وبالمجهر الإلكتروني .

المعالجة : لا يوجد للداء علاج .

كثرة المنسجات الحبيشة Malignant Histiocytoses :

كثرة المنسجات مجهول السبب Histiocytosis X :

المرادف : داء خلية لانغرهانس .

إن تسمية كثرة المنسجات X (ليشنتشتاين ١٩٥٣) تتضمن ثلاثة أدواء متماثلة أساسياً ألا وهي . داء أبت - ليتزر - سيوي Siwe - Letterer - Abt ، وداء هاند - شوللر - كريستيان Hand Schüller - Christian والحبييوم الحمض Eosinophilic Granuloma . تدل تظاهرات هذه الأدواء إلى وجود تكاثر للخلايا المنسجة مع حبيبات خلية لانغرهانس وتشكل حبيومات ذات خلايا شبيهة بالمنسجات مع أو دون تراكم للشحوم . ويشير الحرف X اقترافياً إلى السبب المجهول لهذا المرض .

تكون الخلايا كبيرة ، مدورة ، شبيهة بالمنسجات مع زوائد عديدة شبيهة بالأرجل الكاذبة . وتكون النواة كبيرة ، ذات شكل كلوي عادة . تشاهد النوية بسهولة ، كما تشاهد هيولى فاتحة جداً وذات حبيبات دقيقة . تبدو بعض المتقدرات بالمجهر الإلكتروني مع رياضات متفرقة ، ورياضات عديدة وجهاز غولجي جيد التطور . يلاحظ تطور الجهاز اليحلولي مع الأجسام الكثيفة ، والجسيمات ذاتية البلعمة والجسيمات الحالة الانتهاية إلى درجة أكبر أو أقل . وإن المدلولات الشكلية ذات المدلول الأكبر هي وجود ما يدعى بحبيبات خلية لانغرهانس في

هذه الخلايا النوعية الشبيهة بالمنسجات . تبدو هذه الحبيبات بشكل غير متبدل بوساطة المجهر الإلكتروني ، وهي بأشكال عصيات مدورة النهايات بطول ٨,٠ ميكرومتر تقريباً وتكون محدودة بغشاء مضاعف . وغالباً ما تبدي استقطالات هراوية المظهر شبيهة بمضرب التنس . تملك الخلايا مستقبلات لأجزاء الغلوبولينات المناعية والمتمة ، كما تشارك خلايا T بمستضد OKT-6 . ويمكن إثبات التشخيص في الحالات المشتبهة بظهور خلايا داء ككرة المنسجات X مع حبيبات خلايا لانغرهانس وذلك بوساطة المجهر الإلكتروني .

يسبق تكاثر هذه الخلايا الشبيهة بالمنسجات تشكل الحبيومات وكذلك تخزينها ، بمعنى أنه يحدث التحول إلى خلايا رغوية حاملة للدم . وتكون الخلايا إيجابية البروتين S-100 . يفترض أن مظهر الدم مع تحول الخلايا الشبيهة بالمنسجات إلى خلايا رغوية ، يعود إلى عيب إنظيمي في هذه الخلايا ، والذي يؤدي إلى اضطراب في تقويض أو استقلاب الشحوم المتلعة مما يؤدي إلى تراكمها داخل الخلايا . لقد وضع داء ككرة المنسجات X فيما مضى في مصاف مجموعة الأدواء الاستقلالية المتعلقة باضطرابات الدم ، أما حالياً ، وبشكل عام فإن الداء يعتبر حبيوماً .

وتجدر الملاحظة إلى أن داء ككرة المنسجات X يتظاهر خلال السنة الأولى من الحياة بشكل أكثر حدة مع إصابة حشوية في داء أبت - ليتزر - سيوي ، بينما تسيطر التبدلات الأكثر إزمناً في الطفولة الباكرة (داء هاند - شوللر - كريستيان) ، ويتوضع الداء في العظم ، أي : الحبييوم الحمض لدى الأطفال الأكبر سناً وحتى في الكهول . ويتضح ، ليس من الموجودات النسجية فحسب ، ولكن أيضاً من الأشكال الانتقالية لهذه الأدواء الثلاثة ، إنها تعبيرات سريرية مختلفة للداء الأساسي نفسه .

داء أبت - ليتزر - سيوي Abt - Letterer - Siwe Disease [ليتزر ١٩٢٤ ، سيوي ١٩٣٣ ، أبت ١٩٣٦] :

التعريف : شكل حاد إلى تحت حاد من كثرة المنسجات X مع تظاهرات جلدية وفيما بعد إصابة الأعضاء الداخلية أيضاً والتي غالباً ما تقود إلى الموت خلال سنة واحدة .

الحدوث : عند الأطفال عادة بين السنة الأولى والثانية من العمر .

الجدول ٦٤ - ١ : التمييز بين أدواء كثرة المنسجات X

داء أبت - ليرتر - داء هاند - الحبيوم الحمض	داء هاند - شوللر - كريستيان	متنثر حاد	تحت حاد إلى مزمن موضع - مزمن	السير
سيوي	شوللر - كريستيان	متنثر حاد	تحت حاد إلى مزمن موضع - مزمن	السير
عمر	السنوات الأولى من الحياة (عادة الأشهر التسعة الأولى)	متنثر حاد	تحت حاد إلى مزمن موضع - مزمن	السير
المهجمة الأولى	في الطفولة ، في بعض الأحيان عند الكهول أيضاً (٧٠ ٪)	متنثر حاد	تحت حاد إلى مزمن موضع - مزمن	السير
الإنتذار	سير حاد خبيث	الوفاة في ٣٠ - ٥٠ ٪ إذا لم يعالج	جيد	السير
المظاهر السريرية	حمى خمجية ، نقص وزن ، ضخامة كبدية طحالية ، اعتلال عقد لمفية أحياناً ، إصابة رئة ، فقر دم ، كثرة حمضات	الثلاثي المدرسي ، آفات انخلاقية هيكلية (الهيكل الجفافي) جحوظ عيني ، بواله تفضة ، طفالة ، التهاب أذن وسطى مزمن ، غالباً ضخامة كبد ، طحال ، وعقد لمفية ، إصابة رئوية في ثلث الحالات	أورام عظمية	المظاهر السريرية
الآفات الجلدية	دائمة الحدوث تقريباً ، بالإضافة إلى إصابة الأغشية المخاطية وهي تظهر الجذع ، الإبط ، بشكل مجموعات المنطقية الشرجية (في الفروة ، الجذع ، الإليتين) وجود صفرومات ، وهناك اضطرابات تبدلات في نزفية	في ثلث الحالات : الوجه ، العنق ، الإبط ، المنطقية الشرجية ، أحياناً التناسلية ، أحياناً وجود صفرومات ، تبدلات في الأظفار ، إصابة أغشية مخاطية	أحياناً (أيضاً على مخاطية الفم) يوجد حبيوم شبكي حمض جلدي	الآفات الجلدية
آفات الهيكل	أحياناً شائعة ومتعددة	مفردة أو قليلة العدد	مفردة أو قليلة العدد	الآفات الهيكل

التشريح المرضي النسيجي
تغلب سيطرة تفاعل تكاثري، عبارة عن ارتشاح تام تقريباً للخلايا المشبهة بالمنسجات مع حبيبات لانغرهانس

المسببات والأمراض : السبب غير معروف : تم اقتراض وجود خمج حموي تتكون الركيزة المرضية من تفاعل تكاثري مفرط التنسج للخلايا الشبيهة بالمنسجات والتي ترتشح حتى ضمن البشرة فتؤدي إلى صورة سريرية متغايرة الشكل . وُصف داء أبت - ليرتر - سيوي كشكل من داء المنسجات X في الأطفال الصغار مع سير خطير يؤدي إلى الموت السريع عند عدم تطبيق العلاج المناسب .

الموجودات السريرية : يكون الأطفال عليين بشدة ويُؤنون أعراض التسمم . والعلامات النموذجية لذلك هي الحمى ، والاضخامة الكبدية الطحالية ، واعتلال الغدد اللمفية المعم وفقر الدم المتزايد مع تمايز كريات البيض الطبيعي التعداد أو أحياناً كثرة الحمضات . وهناك أيضاً إصابة متكررة للرئتين (مظهر مرمري بأشعة X عائد إلى التبدلات الكيسية) ، وللجنب وللدماغ ولنقي العظام .

الآفات الجلدية : إن الجلد هو موضع الخلايا شبيهة المنسجات المتكاثرة ، ويحدث ذلك بنسبة أكبر مما يشاهد في داء هاند - شوللر - كريستيان ، مع استبدال كامل للنسيج الموجود أصلاً . يتكون الاندفاع البدني من حطاطات وسفية قليلاً ذات لون أصفر - بني متجلبة ، تتآكل مباشرة وتزف . ويمكن أيضاً أن تتطور الآفات العقيدية أو المتقرحة ، وتكون النزوف الحَبَرِيَّة (Petechial) غير نادرة . ينتج عن الانتشار الواسع صورة متعددة الأشكال ، تتصف بالنزوف الحبرية والاندفاعات المنتشرة على شكل حطاطات صغيرة مسطحة وصفراء وبنية اللون مع آفات جُلْبِيَّة أو حطاطية حويصلية وسفية وتبدلات تآكلية نُدْبِيَّة . وإن مناطق الاصطفاء للآفة هي الفروة والأذنان ، الوجه وبخاصة المناطق الشفوية الأنفية وحول الفموية ، والمنطقة العلوية من الجذع ولا سيما المناطق الرهمية . وغالباً ما يحدث ثُرُّ أذني كما تحدث تآكلات لثوية وتحملخل في الأسنان . (راجع الشكلين ٦٤ - ٤ و ٦٤ - ٥) .

التشريح المرضي النسيجي : تكاثر الخلايا الشبيهة بالمنسجات مع التشكل الحبيومي الأصلي ولكن دون تفاعل صفرومي . هناك أشواك مع تسرب للخلايا الشبيهة بالمنسجات . تشاهد الخلايا النموذجية مع حبيبات خلية لانغرهانس بالجهر الإلكتروني وتكون الخلايا إيجابية البروتين S-100 وإيجابية OKT-6 .

السير : يسبب الداء الوفاة عادة بعد سنة إذا لم يعالج . وتكون علامات الإنذار السيء هي الفرغرية ، وخاصة على راحتين ، وإصابة الرئتين ، وتراجع الحالة العامة .

التشخيص التفريقي : بسبب اصطفاء الداء للمناطق الزهمية (الفروة ، الوجه ، الثديين ، ووسط الظهر) يجب الأخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد المني وداء داربييه . وفي حال النزوف الجلدية مجهولة السبب في الطفولة الباكرة دون وجود الآفات الخطاطية النموذجية ، يجب أخذ داء أبت - ليتر - سيوي بعين الاعتبار . وأحياناً يجب استبعاد الجرب ولذلك تكون الخزعة ضرورية .

المعالجة : بالتعاون مع طبيب الأطفال .

المعالجة الجهازية : المعالجة العامة بنقل الدم والصادات من أجل تفادي الخمج الجرثومي أو الفطري الثانوي . كما وتعتبر الجرعة العالية من الستيروئيدات القشرية مفيدة وكذلك المعالجة بموقفات الانقسام الخلوي . وصفت حالات من هجوع ملحوظ للمرض باستعمال السيكلوفوسفاميد ، كلورامبوسيل ، ميتوتريكسات والفينيلاستين . وفي كل حالات المرضى المصابين بفرغرية مسببة عن تزايد التكاثر النقوي يجب بدء المعالجة بموقفات الانقسام مع عناية خاصة . ويمكن أن يعتبر العلاج الوريدي بالفينيلاستين شافياً (١، ٠ ملغ/كغ من الجسم أسبوعياً) .

المعالجة الموضعية : تخفيف الآفات النازة (دهون الزنك أو زيت الزنك مع ٠,٥ ٪ كليكيتول) ، محلول صباغي (بنفسجية الجنسيان ، ٠,٢٥ ٪ محلول مائي) أو رهم ستيروئيدي أو دهون عند الضرورة . لا تستخدم المراهم الدهنية . تعالج فروة الرأس لإفلال الجلبات (زيت الساليسيلات ، ستيروئيد ومضاد حيوي بشكل رهم) . وقد جربت المعالجة بالميكولوريتامين الموضعي كما في الفطار الفطراتي .

داء هاند - شوللر - كريستيان - Hand - Schüller - Christian Disease [هاند ١٨٩٣ - شوللر ١٩١٥ - كريستيان ١٩٢٠] :

التعريف : لهذا الشكل من كثرة المنسجات X سير مزمن وثلاثي سريري وصفي : آفات عظمية ، بواله تفهة ، وجحوظ عيني .

المحدوث : يبدأ هذا الداء النادر عادة بين عمر السنة والخمس سنوات ، ولكنه قد يظهر في الأطفال الأكبر والبالغين ، ونادراً جداً في الكهول .

الإمراض : لا يعد تكاثر الخلايا المنسجة مع حبيبات خلايا لانغرهانس (تفاعل تكاثري) المظهر البارز الوحيد في هذا

الداء ، ولكن يعتبر أيضاً تشكّل حبيومات الخلايا الشبيهة بالمنسجات (تفاعل حبيومي) مع خزن للشحوم (تفاعل صفرومي) مظهراً بارزاً آخر . يؤدي ما سبق إلى حدوث الثلاثية الوصفية للأعراض السريرية التي تضم التوضع العظمي ، والتوضع في الحجاج وفي الأم الجافية مع تأثيرات انضغاطية على النخامة .

الموجودات السريرية : يؤدي الارتشاح التكاثري إلى آفات رئوية وإلى ضخامة كبدية طحالية واعتلال عقد بلغمية معمم . لا يكون الداء عادة ، حاداً ولا سُعيّاً في طبيعته . ويكون التهاب الأذن الوسطى عرضاً هاماً ويدل على وجود آفات خشائية (أشعة X)

الآفات العظمية : تتناول قبة القحف بشكل خاص وترى بأشعة X (الميكل الجفراي) ويمكن للتفريس أن يسمح بمشاهدة الآفات العظمية وآفات الجملة العصبية المركزية .

البواله التفهة : تشاهد في حوالي نصف الحالات وتكون مسببة عن ضغط الآفات لمنطقة ما تحت المهاد أو لسويقة النخامة .

الجحوظ : يشاهد في حوالي ١٠ ٪ من الحالات وهو ناجم عن الارتشاح بالخلايا المشبهة بالمنسجات في الحجاج .

الجلد والأغشية المخاطية : تشاهد الآفات في ٣٠ ٪ تقريباً من الحالات وهي مختلفة الأشكال : بقع حمراء بنية ، بقع حبرية ، وحطاطات صغيرة متوسفة ومتجلجة ذات لون أصفر فاتح إلى بني مسمر ، وتحدث صورة مشابهة لالتهاب الجلد المني أو داء داربييه . يكون التوضع الانتقائي للآفات في الفروة ، وجانبي الوجه ، والمناطق الزهمية من الجذع وكذلك في المناطق التناسلية الشرجية . وغالباً ما يحدث خمج جرثومي أو فطري ثانوي . يحدث التراجع على شكل ضمور أو نذبات . أما الميل لحدوث الآفات النزفية فيكون أقل نسبة عما هو في داء أبت - ليتر - سيوي ، إلا أن الآفات الصفرومية قد تشاهد . تُذكر هذه الآفات بالصفرومات المنتثرة وتكون مؤلفة من اندفاع عقيدي حطاطي واسع الانتشار بلون أصفر مسمر أو محمر وبخاصة في الأجناف ، وجانبي العنق ، والحفرتين الإبطينيتين وجوانب الجذع . يمكن للارتشاح أن يطل الأغشية المخاطية وبخاصة مخاطية الفم وأحياناً المنطقة الشرجية التناسلية ويمكن أن تتظاهر على شكل ارتشاحات مؤلفة مع تقرحات . تتواجد هذه الآفات عند الكهول أيضاً .

التشريح المرضي النسجي : يبدى الآفات الجلدية الباكرة تزايداً في المنسجات الفتية متوضعة بشكل مسيطر حول الأوعية الدموية في الأدمة العليا (المرحلة التكاثرية) . ويقدر ما تتقدم الآفات ، يمكن مشاهدة عدلات وحمضات ولمفاويات

ومصوريات . ويمكن للرشاحة الحبيبية أن تغزو عميقاً نحو النسيج الضام في الأدمة (المرحلة الحبيبية) . يمكن إظهار الشحوم داخل الخلايا (المرحلة الصفروية) . تتحول المنسجات إلى خلايا رغوية باحتوائها على قطرات دقيقة شحمية مختزنة ، كما أن مشاهدة الخلايا الرغوية العملاقة أمر ليس بنادر . تكون الشحوم المختزنة عبارة عن كولسترول ، وشحوم فوسفورية ، وحموض شحمية حرة مع غليسريدات ثلاثية . وبسبب التفاعل الخلوي الالتهابي المرافق ، تبدو الصورة عديدة الألوان أكثر منها صفرواً حقيقياً . وأخيراً يميل التليف المتزايد ليحل محل النسيج الضام (المرحلة الليفية) وباعتبار أن التراكم الشحمي هو من طبيعة كولسترولية فقد اعتُبر الداء داء خزن للكولسترول . وعلى كل حال ، فإن خزن الشحوم هو أمر ثانوي ويسبقه دائماً تكاثر خلايا لانغرهانس الشبيهة بالمنسجات .

المسار : شوهد تراجع عفوي للداء ، إلا أن الوفاة تحدث عادة إذا لم يعالج الداء . يكون إنذار هذا الداء الزمن أفضل حيث يترقى مرور الزمن .

التشخيص التفريقي : أكثر ما يتضمن : التهاب الجلد المني وداء داربييه أو داء هيلي هيلي إذا لم يتظاهر الداء سوى في الثنيات . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التدن القرحي إذا ما كانت الآفات حبيبية قرحية في المخاطيات والمناطق الشرجية التناسلية . وكذلك الأدوية الدموية والتنشؤات الخبيثة ويجب كذلك استبعاد الورام الأصفر المنتثر مع بواله تفهة . ويجب إجراء الخزعة وتأكيد التشخيص بالمجهر الإلكتروني رالدراسة الخلوية المناعية (OKT-6, S100) حين الحاجة .

المعالجة :

الجهازية : تم تحقيق نجاح مقبول بمشاركة مقادير معتدلة من الستيرويدات القشرية (٤٠ ملغ بردينزولون تقريباً ، أو نبدأ بمقادير معادلة من الستيرويدات الأخرى) مع موقفات الانقسام الخلوي كالمتوتركسات ، السيكلوفوسفاميد ، الفينبلاستين أو الأزاثيوبرين . وتتطلب معالجة البواله تفهة بالفازوبريسين .

الموضعية : تعالج الآفات الندية والمتقرحة اعتماداً على حالتها السريرية بضمادات رطبة ، ومحاليل ملونة ، وصبغات أو رهميات حاوية على الستيرويدات القشرية ، أو دهون الزنك (مع ٠,٢٥ - ٠,٥ ٪ من الكليوكينول) وخاصة للآفات الموجودة في المناطق ما بين الأفوات . من الهام إجراء المراقبة تحسباً للخمج الجرثومي أو الفطري - الثانوي (المبيضات البيض) . تعالج آفات الجلد بأشعة X الخفيفة وبالتشعيع للآفات العظمية أو للمنطقة النخامية حيث يمكن أن يؤدي إلى تراجع الداء . ويفيد

الميكولوريتامين موضعياً في شفاء التقرحات .

الحبيوم الحمض في العظم Eosinophilic Granuloma of Bone

التعريف : شكل حميد عادة من داء كثرة المنسجات X ، يشاهد في العظم وبشكل أندر في الجلد مع/أو الأغشية المخاطية . ويعد عادةً واحداً من أعراض داء هاند - شوللر - كريستيان - وليس له علاقة بالحبيوم الوجهي مع كثرة الحمضات .

الحدوث : نادر ، تكثر مشاهدته عند الأطفال في سن ١ - ٥ سنوات .

الأسباب والأمراض : السبب غير معروف ، أما فيما يتعلق بالأمراض : فهو عبارة عن خلايا مشبهة بالمنسجات مع حبيبات خلايا لانغرهانس ، وحمضات عديدة ، وخلايا كثيرة أخرى كما هي الحال في التفاعل الحبيومي لداء كثرة المنسجات X .

الموجودات السريرية :

التبدلات العظمية : تظهر بشكل بؤر معزولة أو متعددة وهي الأقل شيوعاً حيث تبدو بالأشعة على شكل وضوحات قد تؤدي إلى كسور عفوية . وحينما تشاهد مثل هذه الآفات في المنطقة النخامية يمكن أن تحدث بواله تفهة .

الآفات الجلدية : وهي توافق ما يشاهد في داء هاند - شوللر - كريستيان . وتتطور كآفات مرتشحة النهاية شبيهة باللوبيجات « جيدة التحدد ، تميل للتقرح بشكل مؤلم أو كحطاطات صفراء بنية . وإن الأماكن الانتقائية هي الفروة ، المنطقة الصدغية وبخاصة أيضاً المنطقة الشرجية التناسلية حيث يمكن أن تتظاهر على شكل آفات مرتشحة بشدة مؤلمة متقرحة وقد تبقى لفترة طويلة حتى يتم تأكيد تشخيصها بالفحص النسيجي . وقد لوحظت حطاطات متفرقة مع جلبات كتلك المشاهدة في داء أبت - لير - سيوي .

آفات مخاطية الفم : شائعة الحدوث ، تبدو على شكل رشاحات عقيدية منبسطة أو مسطحة مع ميل للتقرح .

العشريح المرضي النسيجي : تفاعل حبيومي مع تراكم واسع لمنسجات لانغرهانس وخلايا النهاية أخرى وعلى الخصوص عدد كبير من الحمضات . لا يشاهد تراكم الشحوم عادة في الجلد لكنه غالباً ما يشاهد في الآفات العظمية . وفي الحالات المشكوك بها قد يحتاج التشخيص للدراسة بالمجهر الإلكتروني مع دراسات الأضداد (OKT-6, S-100) .

الإنذار : جيد عادةً ، وبخاصة بسبب الهجوم العفوي الذي قد يشاهد خلال عدة سنوات ، إلا أنه شوهدت عدة حالات من السير نحو الوفاة .

التشخيص التفريقي : مماثل لداء هاند - شولر - كريستيان .
المعالجة : كما هي الحال بالنسبة لداء هاند - شولر - كريستيان . تعالج الآفات العظمية المفردة شعاعياً . وتتطلب الارتشاحات الجلدية تشعيعاً منخفض الطاقة (أشعة X الخفيفة) . ويمكن أن يوصى باستئصال الآفات المفردة .

ايضاض الوحيدات Monocytic Leukemia :

يعزى ايضاض الوحيدات إلى داء تنشؤي مجموعي لجملة وحيدات النوى البلاعم . يفترض وجود خلية جذعية مشتركة للسلاسل وحيدة النوى والحيبات ، ولذلك يمكن فهم وجود أنماط انتقالية بين الايضاضات الوحيدة ، والايضاضات النقيانية الوحيدة والايضاضات النقيانية . ومن أجل التظاهرات الجلدية (انظر الصفحات آخر الفصل ٦٢) .

كثرة المنسجات الشبكية لكروستي Crosti's Reticulohistiocytosis [كروستي ١٩٥١] :

المترادفات : كثرة المنسجات الشبكية ، متلازمة كروستي ، شبك كروستي .

التعريف : لمفومات خبيثة تتكون من ارتشاح لمفاوي يكون عادة على الظهر عند الكهول ، ويتخذ سيراً بطيئاً مترياً وممتاً في حده الأقصى . يناقش هذا الداء هنا فقط لأسباب تاريخية إذ أنه يدرس في فصل للمفومات (راجع الشكل ٦٤ - ٦) .

الموجودات السريرية : يبدي الداء تفضيلاً للذكور حيث يكون ٧٠٪ من المرضى رجالاً ، ويصابون بعد الأربعين من العمر . ومن الخواص الوصفية له أن يبدأ على الظهر حيث يتشكل ورم مفرد أحمر بنفسجي ، ويكون حاكاً بشكل قليل جداً أو غير حاك البتة ، وقد يكون محاطاً بحمامى حلقية . وأحياناً ، تتطور مجموعة من الأورام الصغيرة ، وفي بعض الأحيان تتوضع الآفات الأصلية على الثدي ، والجهة أو الفروة ، وتبقى موضوعة لسنوات دون إصابة العقد اللمفية الناحية أو الأحشاء . وبعد وقت غير محدد ، تصاب العقد اللمفية الناحية ثم تنتشر الإصابة بشكل معمم مع سير نحو الوفاة كما في اللmfومات الخبيثة الأخرى .

التشريح المرضي النسيجي : يتوافق المظهر التشريحي المرضي مع مظهر لمفومات بائية الخلايا . ليس للارتشاح الخلوي ألفة للبشرة . يتطور ارتشاح كثيف جداً في الأدمة والطبقة تحت الجلد . ويتكون هذا الارتشاح من خلايا شبيهة بأرومات اللmfاويات مع نوى كبيرة ونويات . ويمكن تعيين وظائف هذه الخلايا وبنيتها المستدقة ، في كل الأحوال ، على أنها خلايا منسجة . لذلك يعد هذا المرض مرض كثرة منسجات خبيثة

عند الوصول إلى حد معين من السير . وقد أظهرت الدراسات وحيدة النسيلة واسمات خلايا بائية كما لوحظ تشابه مع ورم لمفي كبير الخلايا في حالات كثيرة .

المعالجة : إن الأورام الجلدية حساسة جداً للأشعة .

كثرة المنسجات الخبيثة Malignant Histiocytosis [رابابورت ١٩٦٦] :

المترادفات : الشباك اللي المنسج Histiocytic Medullary Reticulosis [سكوت وروب سميث ١٩٣٩] ، كثرة المنسجات الشبكية الخبيثة ، الشباك اللا ايضاضي .

التعريف : داء حاد إلى تحت حاد يقود نحو الموت بسبب تنشؤ تكاثري لمنسجات غير نموذجية مع بلعمة للعناصر المصورة في الدم ، وخاصة الكريات الحمر ، ولا علاقة له مع مجموعة أدواء كثرة المنسجات X .

الحدوث : غير شائع بتاتاً ، والعوامل المسببة غير معروفة .

الموجودات السريرية : المظاهر البارزة هي الحمى ، واليرقان ، واعتلال العقد البلغمية ، والضحامة الكبدية الطحالية ، وقلة الكريات ، وارتشاح تقوي . وفي سياق ذلك يمكن تمييز شكل حشوي مع إصابة باكراً للجملة المكونة للدم وشكل جلدي يلاحظ في ١٠٪ من الحالات .

الآفات الجلدية : وصفت الآفات التالية :

- الحمامات المرتشحة المحددة .
- حطاطات متشرة بنية حمراء أو بنفسجية حمراء مع ميل للزف والتقرح .
- حمامى عقدية (تشكل أحياناً التظاهر الباكر) .
- طفح عديدة الأشكال (حصيبة الشكل ، صدافية ، حطاطية بقعية) .

التشريح المرضي النسيجي : رشاحة حول الأوعية خاصة ، تعف عن الأدمة الحليمية ، عميقة في الأدمة وتحت الجلد مع كتل من المنسجات اللا نموذجية إيجابية الأستراز ، بلاعم بالعة للكريات الحمر ، محبيات ، صفيحات ، هيموسيدرين وشحوم وكذلك وجود خلايا النهاية كما في داء هودجكين .

السير : يميت عادة خلال ستة أشهر .

التشخيص التفريقي : يفرق عن اللmfومات الجلدية ذات الخبائة العالية ، والإفرنجي الثانوي

المعالجة : معالجة سمية للخلايا بالمشاركة .

اللمفوم المنسج Histiocytic Lymphoma [روليت ١٩٣٠ ، روسيل ١٩٣٩] :

المرادفات : الغرن الشبكي الجلدي ، غرن الخلايا الشبكية ، الغرن الشبكي المنسج الأرومي .

التعريف : ورم غير شائع يتألف مع ميل لإعطاء نقائل ، سببه تكاثر خلايا منسجة شبكية .

الإمراض : من المحتمل أن يكون الداء مجموعة متغايرة من الأورام الخبيثة للخلايا الشبكية ، والمنسجات أو للبلاعم الوحيدة الأخرى . وفي حالات عديدة يمكن أن تكون لمفومات مناعية أرومية . ومن المهم إظهار الإنظيمات اليحلولية في الخلايا الورمية ويكون للخلايا مستضدات للوحدات مثل OKM-1 .

الموجودات السريرية : تكون الصورة السريرية متغايرة ، غالباً عبارة عن أورام مفردة ، صلبة بنية أو بنية محمرة تصل إلى حجم البندورة ، تتطور ناشئة من أعماق مختلفة في الجلد ، نامية بسرعة مع تفرح عميق في مركزها . كما يمكن أن تنشأ مجموعات من عقيدات صغيرة حمراء أو بيضاء غير مؤلمة ، أو تكون أحياناً عبارة عن منطقة ارتشاحية مفردة بحجم متفاوت . إن التوضع الانتقائي هو الوجه والعنق واللويزات . تنشأ بعد ذلك أورام جديدة وهنا يصبح من الصعب أن نقرر فيما إذا كانت الآفات ناتجة عن انتشار عبر الدم أو اللمف أم أنها توضعات عديدة البؤر لهذه الآفات . تصاب الأحشاء والهيكلي بشكل ثانوي ، ويمكن حدوث غزو للدم بالخلايا الشبيهة بالوحدات .

التشريح المرضي النسيجي : تحت بشرة طبيعية ومحددة بطبقة من النسيج الضام غير مصابة ، يحل محل الأدمة كاملة ونزولاً

حتى الطبقة تحت الجلد ارتشاح بمنسجات أو بخلايا شبيهة بالمنسجات شبكية . كما وتشاهد خلايا شبكية نيرة كبيرة (صورة السماء المرصعة بالنجوم) وترى كذلك ظاهرة البلعمة للكريات الحمر . وفي الأشكال الأكثر نضجاً ترتبط الخلايا الورمية بشبكة ألياف ولوعة بالفضة (تلوين غوموري) .

السر :- لا يكون الإنذار مؤسماً منه بالكامل حينما تعالج الأورام المنفردة ، أما في الأورام الأكثر امتداداً فتكون الوفاة محتومة .

التشخيص التفريقي : اللمفومات الجلدية ذات الخبائث العالية ، الفطار الفطراتي المفاجئ أو غرن كابوزي .

المعالجة : استجابة جيدة للتشعيع X ، يمكن استئصال الآفات الصغيرة مع هامش أمان واسع ، وفيما بعد ، معالجة موقفة للانقسام مشاركة ، كما هي الحال في اللمفومات عالية الخبائث ، مثلاً مع COP [(سيكلوفوسفاميد - أونكوفين - فينكريستين) بردينزولون] وبخاصة مع COP - BLEO (مع بليومييسين) وكذلك MEV [ميتوتركسات ، اندوكسان (سيكلوفوسفاميد) ، فنكريستين] .

الشباكات الجلدية Cutaneous Reticulosis :

لقد استخدم تعريف الشباكات الجلدية لوصف تكاثرات تنشؤية مجموعة مستقلة غير تراجعية لخلايا منشؤها من الجملة الشبكية البطانية ، والشبكية المنسجة أو الجملة الشبكية البرآنية في الجلد .

نحن نعلم الآن أن معظم ما كان يوصف كشباكات جلدية يجب اعتباره لمفومات خبيثة وايضااضات وحيدات ، وإن ما تبقى من شباكات جلدية هو عبارة عن تكاثرات خبيثة مجموعة يحتمل نشوؤها على حساب الخلايا المتفصنة والخلايا الشبكية القوتية ، وهذا أمر نادر الحدوث جداً .

الفصل الخامس والستون

المتلازمات الموابكة للأورام

Paraneoplastic Syndromes

د . صالح داود

يستعمل مصطلح المتلازمات الموابكة للأورام للدلالة على الآفات الجلدية المرافقة للأمراض الخبيثة الحشوية ، ولهذا فهي تعتبر ذات أهمية تشخيصية وذات دلالة على هذه الأورام . والآفات الجلدية ليست ذات صلة مباشرة بالورم الخبيث حيث أنها لا تمثل نقائل ورمية .

ويختلف إمرض المتلازمات الموابكة للأورام من حالة إلى أخرى : فيمكن أن يكون تفاعلاً أرجياً جليدياً نحو المستضد الورمي أو نتيجة وسطاء Mediators ، أو بيتيدات أو هرمونات مفرزة من الأورام .

وتظهر الأورام والآفات الجلدية معاً في نفس الوقت أو تباعاً

خلال فترة وجيزة . ويستمر تواجد كل من الورم والآفة الجلدية بعد تشكلهما .

وليس من النادر ترافق بعض الخبايا بأفات جلدية نوعية ذات دلالة كبيرة عليها ، مثل ، السرطانة الغدية وتترافق بداء الشوك الأسود ، أو بمتلازمة غامل Gammel . وقد تكون الآفة الجلدية شائعة نسبياً أو نادرة : مثال ، تفران النهايات لبازكس - دوبري Bazex - Dupre . وفي حالات الأورام الخبيثة الوراثية (مثال : متلازمة غاردنر) فإن الآفات الجلدية لا تتطور دائماً بشكل مترامن مع الأورام ، وقد لا تأخذ سيراً موازياً لهذه الأورام .

ويميز الأدب الطبي بين شكلين من المتلازمات الموابكة للأورام :

- شكل يسمى بالمتلازمات الموابكة للأورام الإجبارية Obligate ، ويعني ظهورها وجود ورم خبيث .
- وشكل آخر ويسمى بالمتلازمات الموابكة للأورام الاختيارية Facultative والتي نادراً ما تترافق بأورام خبيثة .

الجدول ٦٥ - ١ : المتلازمات الموابكة للأورام

المشاركة	الورم الخبيث أو المرض الأساسي	الموجودات الجلدية
* الموابكات الجلدية للأورام التي ترافق الأورام الخبيثة إلى حد بعيد :		
١٠٠٪ غالباً	أشكال مختلفة من السرطانات الغدية في الأحشاء على الأغلب في المعدة: ٦٤٪ - أورام في البطن (غير المعدة) ٢٧٪ - أورام خارج البطن : ٩٪	- الشوك الأسود الخبيث
١٠٠٪ غالباً	سرطانة السبل التنفسية العليا أو السبل الهضمي العلوي أو نقائل سرطانية في العقد المتصفية والرقبية وتشاهد فقط لدى الذكور في أعمار فوق ٣٨ سنة	- تفران النهايات الموابكة للأورام (بازكس وآخرون ١٩٦٥)
١٠٠٪ غالباً	سرطانة غدية (الثدي ، الرثان ، الأمعاء) ، وغالباً أورام غير غدية تركيب عديدات البينيد	- الحمامي المتلفة الزاحفة (متلازمة Gammel ١٩٥٢)
١٠٠٪ غالباً	سرطانات : المثانة ، المرارة ، الرثان ، القصبات ، السبل المعدي المعوي	- فرط أشعار وبري كسبي (مرادفه : داون الخبيث)
١٠٠٪ غالباً	سرطانات : المعنكة ، التهاب المعنكة المزمن المتكلس دون ورم	- متلازمة الغلوكاغونوم (Becker ١٩٤٢) Glucagonoma المرادفات : التهاب الجلد بالعقديات السطحي المتعلق (Rothman ١٩٢٥) ، الحمامي الهاجرة المنخرة في خلايا - α في ورم المعنكة الموابكة للورم الخامس الجلدي الإجباري (Rockle ١٩٧٧)

المشاركة	الورم الخبيث أو المرض الأساسي	الموجودات الجلدية
		• الموابكات الجلدية للأورام التي ترافق الأورام الخبيثة بنسب متفاوتة :
شائعة	داء هودجكين ، لمفوم لاهودجكين ، سرطانة	– السماك الكسبي ، التقرانات أو الإكزيمة المعممة
شائعة	سرطانة القصبات – الورم المتوسطي الجنوبي	– ثخن الجلد والسمحاق الكسبي وجلد الرأس المتلفف (المرادفات : متلازمة تورين – سولنت – كول
شائعة	سرطانات المري – الرئتين – المعدة	– التقرانات الراحية الأنحسية المكتسبة
شائعة	ايضااضات الدم	– متلازمة بلوم
أحياناً	سرطانة (أورام في حوالي ٢٠٪ من هذه الحالات)	– الفقاعاني الفقاعي
غير شائعة	نموذج ورمي غير محدد	– التهاب الجلد الحلي الشكل
شائعة	سرطانة : الرئتين ، الثدي ، المبيض ، المعدة ، التهاب الرئتين الخلالي المنتشر المبيت	– التهاب الجلد والعضل عند الكهول
شائعة	سرطانات متشكلة على بقع الطلوان في الفم أو الناحية التناسلية	– خلل التقرن الولادي (متلازمة : زنسر – كول – انغمان)
نادرة	سرطانة المعدة ، الأمعاء ، الثدي	– متلازمة الوحمة البشرية (أولندورف وكورث) ، المتلازمة الشبيهة بالورامات العدسية
نادرة	سرطانة وسفية الخلايا في الأغشية المخاطية	– انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الكسبي
نادرة	سرطانة غدية	– التأليل المثية الطفحية والنبشات (علامة ليزر – تريله 1890)
نادرة	سرطانات المبيض : اعتلالات غاما غلوبولين وحيدة النسيلة	– الحمامى كمواكبة للورم
نادرة	داء هودجكين ، لمفوم لاهودجكين ، سرطانة	– الحمامى الحلقية النابذة
نادرة	ايضااض دم لمفاوي مزمن ، لمفوم خبيث	– الأخرية
شائعة	سرطانات القولون	– داء السليلات العائلي ، داء السليلات القولوني . المرادفات : كيسات بشرية مرافقة لتلازمة غاردنر (Cripps, Deric, Busny, Gardner and Richards)
نادرة	النقيوم المتعدد	– فرط التقرن خيطي الشكل في ورم المصوريات
نادرة	داء هودجكين : اللمفوم التأني اللاهودجكيني	– الداء المخاطيني الجريبي ، الأشكال الثانوية أو العرضية
شائعة	أورام سرطاوية (كارسينويد) ، سرطانة المعدة	– البيخ (سيروتونين)
نادرة	نمط ورمي غير محدد ، لمفوم خبيث ، داء هودجكين ، سرطان ثدي	– حلاً نطاقي معمم
شائعة	سرطانات : الثدي ، القولون ، الدرق	– متلازمة الأورام العابية المتعددة (Weary) . المرادفات : الورام الحليمي في الشفتين والحلقوم (Loyd and Dennis) ، متلازمة كاودن
نادرة	ورم توقي ، لمفوم ، ونادراً سرطانة	– الفقاع الشائع والفقاع الورقي

المشاركة	الورم الخبيث أو المرض الأساسي	الموجودات الجلدية
نادرة	سرطانة ، داء هودجكين ، لمفوم لاهودجكيني	– حكة ، حكاك ، شرى
نادرة	ورم المصوريات ، لمفوم لاهودجكين ، سرطانة قصبات	– تصلب جلد كاذب
نادرة	ورم المصوريات ، اعتلال غلوبولين ، ابيضاض دم	– تقيح الجلد المواتي (المرادفات : التهاب الجلد التقرحي)
شائعة	غرن ، سرطانة المعدة أو القصبات ، أورام أخرى	– كثرة المنسجات الشبكي (المرادفات : التهاب المفاصل الجلدي الشحماني)
نادرة	كثرة المصوريات ، ورم المصوريات	– وذمة مخاطية تصلبية
شائعة	ورم المصوريات ، الغلوبولينات الكبرية ، لمفوم بائي الخلايا لاهودجكيني	– آفات جلدية مرافقة لورم محدث لبروتينات قرية : تزررق شبكي ، شرى البرد ، ظاهرة رينو ، الفرغرية ، نخر
نادرة	ورم المصوريات	– البثر تحت الطبقة المتقرنة (سيندون – ويلكنسون)
نادرة	سرطانات : المعشكلة ، الأمعاء ، الجهاز البولي	– التهاب الوريد الخثاري المهاجر

الفصل السادس والستون

مبحث أمراض المستقيم وطب الجلد

Dermatological Proctology

د . عبد الحكيم عبد المعطي

إجراءات الفحص في الاضطرابات الشرجية المستقيمة :

إن فحص المريض بوضع الانحناء **Stooping Position** يقتصر في أحسن الأحوال على إظهار الآفات الخارجية التوضيع (المعاينة الخارجية **External Inspection**) . وقد ثبت أن لوضيع الانسداح **Lithotomy Position** بشكل خاص فائدة كبيرة عند فحص المنطقة الشرجية . ومع ذلك يفضل بعض الأطباء فحص هذه المنطقة بالوضيع الجانبي **Lateral Position** ، أو بوضيع الركبي **Knee - Elbow Position** ، لكن هذا الوضع قد يسبب إزعاجاً كبيراً للمريض . وإذا أردنا استخلام ميناء الساعة لتعيين الموجودات السريرية في الناحية الشرجية (كقولنا مثلاً إن الآفة تتوضع في الحلقة الشرجية عند الساعة الثالثة) ، فإننا يجب أن نضع المريض دائماً بوضيع الانسداح ، أي أن العجان في هذا الوضع سوف يكون عند الساعة ١٢ .

المعاينة Inspection : يمكن بواسطة المعاينة تمييز التعطن والآفات التآكلية للمذح ، والتحرز ، وتوسف الإكزيمة الشرجية المزمنة ، والشقوق ، والنواسير الخارجية ، واللقوم الحليمومي المؤتف ، والمطاط البوفاني **Bowenoid Papulosis** ، والخطاطات التضحية للقموم المنبسط في سياق الإفراخي الشانوي ، والزوائد الجلدية (الزغات) ، والأورام الجلدية ، والوسوف الطويقية الشكل **Collarette - like** مع البثرات الهامشية التوضيع في داء المبيضات حول الشرج . وإذا ما طلب من المريض أن يشد بلفظ فإنه من الممكن أيضاً رؤية الكتل الباسورية ، أو تدلي الشرج ، أو شقوق الشرج .

الفحص الإصبعي Digital Examination : يمكن الجس بواسطة السبابة المستورة بالقفاز والمطلية بالوذلين حتى مسافة أعظمية تقدر بنحو ١٠ سم . يُستخدَم الفحص الإصبعي لتقييم مقوية المصرة الشرجية ، ولكشف الفجوات (الفضوات) في المصرة الشرجية ، ولقحص سطح المخاطية المستقيمة (للتحري عن وجود العقيدات ، أو الأورام ، أو التقرحات) ، ولفحص المؤثة أو القسم المهلي **Portio Vaginalis** . وفي الأحوال النظامية ينقل الشرج عفوياً وبشكل فوري بعد سحب الإصبع الجاس . هذا ويجب فحص السبابة الجاسة بعد سحبها للكشف عن أية آثار مخاطية لوجيحية أو دموية عالقة بها . تُسبب الشقوق الشرجية ألماً شديداً وانغلاقاً تشنجياً في المصرة الشرجية ، ولذلك يجب في هذه الحالة علم إجراء الفحص الإصبعي إلا بعد إجراء التنيج الموضعي ، ويمكن تعيين موضع الشق الشرجي بإيلاج ماسحة قطنية **Cotton Swab** في الفوهة الشرجية ، فتبدي بعد سحبها خطأً دموياً في جهة الشق الشرجي .

يقوم أطباء الجلد بالتعاون مع أطباء الجهاز الهضمي والأطباء الجراحين من أجل تشخيص وعلاج اضطرابات الجهاز الشرجي المستقيمي (**Anal Symptom Complex**) . تُشكل البواسير واختلاطاتها ، بالإضافة إلى الجلادات الشائعة في الناحيتين الشرجية وحول الشرج ، الحالات الأكثر أهمية في مبحث أمراض المستقيم . هذا وتعد اضطرابات الجهاز الشرجي المستقيمي المعقد وظيفياً شائعة جداً ، فحوالي ٧٠٪ من مجمل البالغين تحدث عندهم أعراض مستقيمة أو شرجية . يمكن تشخيص هذه الآفات عادة بالاعتماد على القصة السريرية الدقيقة ، مع استخدام طرائق الاستقصاء الطبي المعتدلة الكلفة والمتعددة نسبياً .

القصة السريرية والأعراض :

تشكل القصة السريرية الدقيقة عاملاً هاماً في تشخيص الاضطرابات المستقيمة كما هي الحال في ميادين الطب الأخرى . ينبغي على الطبيب أن يسأل مريضه عن الأعراض التالية في الناحية الشرجية : الحكمة ، وحس الحرق ، والنضح **Exudation** ، والتتن **Fetor** ، والألم التشنجي ، وخروج الدم الأسود أو الأحمر اللماع عفوياً أو أثناء التغوط . ومن المهم أيضاً الاستفسار عن عادة التغوط فيما إذا كانت طبيعية أو كان هناك أي تبدل واضح حديث فيها ، كما يُستفسر عن الإمساك والإسهال ، وسلس البراز ، وعن استعمال المليينات (أو الإفراط في استعمالها) . هذا ويجب أن تشمل القصة السريرية أيضاً معلومات عن الأدوية المجموعية وخاصة التهاب الأمعاء ، والاعتلالات الكبدية ، والأدواء الاستقلابية ، وفقدان الوزن دون سبب ظاهر . يمكن للقصة العائلية أن تكشف في بعض الأحيان عن وجود أهبة عائلية للإصابة بالبواسير أو الدوالي ، أي وجود « ضعف في النسيج الضام » . يجب أن تشمل القصة أيضاً معلومات عن الفحوصات والاستقصاءات المستقيمة السابقة ، والمعالجات الجراحية وغير الجراحية ، والأدوية التي استعمالها المريض . كما ينبغي على الطبيب فحص مريضه للبحث عن علامات التآب أو الصدف .

باسورية إضافية (سواتل Satellites) (راجع الشكل ٦٦ - ١) .

الإمراض :

تعد البواسير من الآفات المستقيمىة الأكثر شيوعاً . يلعب العامل الوراثى دوراً مؤكداً في نشوئها ، بالإضافة إلى العوامل المسببة الهامة التالية : الإمساك المزمن (وما يرافقه من شد مديد أثناء عملية التغوط) ، والإفراط في استعمال المليينات ، ونادراً ما يكون سببها الإسهال . قد يتعزز حدوث البواسير أيضاً باتباع بعض العادات الغذائية كتناول وجبات كبيرة غنية بالمواد الدسمة ، أو باستهلاك كميات كبيرة من الكحول لدرجة إحداث التبيغ Hyperemia ، أو ربما بالجلوس أو الوقف المديدين ، كما تُساعد العوامل الهرمونية والدينامية الدموية Hemodynamic على حدوث البواسير أثناء الحمل ولم يعد يعتبر الضغط الراجع Back pressure الناجم عن أوردة الحوض في حالات تشمع الكبد أو أورام الحوض الصغير عاملاً سببياً هاماً في حدوث البواسير .

ومن جهة أخرى ، يؤدي مرور الكتل البرازية القاسية في حالات الإمساك المزمن إلى تأذي التصريف الدموي للجسم الناعظ Erectile Body عبر التدفق المصري Sphincteral outflow ، ويعتبر هذا عاملاً إمراضياً هاماً ، فقد يؤدي إلى حدوث توسع زائد ثابت وأذية جدارية في التليفات الوعائية للجسم الناعظ ، ثم إلى ضخامة هذا الجسم الناعظ أخيراً .

الموجودات السريرية :

تُقسم البواسير إلى ثلاث درجات .

البواسير من الدرجة الأولى : تبرز واحدة أو أكثر من العقد الحمراء الداكنة داخل القناة الشرجية ، لكنها لا تبرز أبداً وراء الخط المشطوي Pectinate line ، أي أنها تتوضع دائماً على مسافة ٥ سم على الأقل فوق الحلقة الشرجية . هذا ولا يمكن جس هذه العقد بواسطة الفحص الإصبعي لقوامها الرخو ، فتكشف فقط بتنظير المستقيم ، وقد تنزف قليلاً لكنها لا تسبب أي ألم .

البواسير من الدرجة الثانية : وهي تليفات وعائية عقيدية يمتد بعضها إلى القناة الشرجية ، ويمكن أن تتدلى أثناء عملية التغوط ، ولكنها تراجع عفواً بعد ذلك ، هذا وتصبح الآفات مجسوسة عند حدوث التليف المترقي فيها ، وترقى عند ذلك قليلاً .

البواسير من الدرجة الثالثة : تتمدد التليفات الوعائية على نحو شديد ، وتشكل في بعض الحالات عقداً متطاولة تبرز في اللمعة

تنظير المستقيم Proctoscopy : مناظير المستقيم Proctoscopes أنابيب بطول ٨ - ١٥ سم وبأشكال مختلفة . فبعضها ينتهي برؤوس مفتوحة بشكل مائل ، وبعضها له جوانب مثقبة ، وبعضها الآخر يكون على شكل مناظير جوفية Specula . تُضاء هذه المناظير بعد إيلاجها داخل الشرج ، وتسمح بتشخيص الآفات التالية : الكتل الباسورية ، والتبدلات الالتهابية في مخاطية المستقيم ، والأورام السليمة كالسلائل Polyps أو اللقمومات المؤتفة الداخلية ، والأورام الجيئية كالسرطانات .

وعند وجود أدنى شك بتوضع آفات على مسافات أبعد من مجال الرؤية المنظار المستقيمي ، فإنه يجب الاستعانة بتدابير تشخيصية أخرى حالاً ، مثل تنظير المستقيم والسيني Rectosigmoidoscopy . أو تنظير القولون Coloscopy ، أو التصوير الشعاعي ، أو التصوير المقطعي المحوسب Computed Tomography ، وذلك لتفي سرطانة المستقيم أو القولون .

البواسير Hemorrhoids :

المترادف : Piles « بواسير » .

لمحة تشريحية :

هي ليست بدوالٍ في الناحية الشرجية (أي توسعات في الضفيرة الوريدية) ولكنها ضخامات مرضية في التليفات الوعائية للجسم الكهفي المستقيمي Corpus Cavernosum recti . يقع هذا الجسم الناعظ تحت الغشاء المخاطي في الثلث القمي (القهفي) Cranial Third من قناة الشرج ، وينتمي وظيفياً إلى عضو الحصر (الاحتباس) العضلي الوعائي الشرجي المستقيمي Anorectal angiomuscular continence organ . تتميز الأوعية الدموية في هذا الجسم الكهفي بكونها ذات لمعات واسعة ، وجدران رقيقة ، فتشبه تلك الموجودة في الأعضاء التناسلية الناعظة عند الذكور . تتغذى هذه الأوعية عن طريق ثلاثة من الشرايين الانتهاية تعبر جدار المستقيم على مسافة تقدر بحوالي ٥ سم فوق الحلقة الشرجية ، أي عند مستوى الخط المسنن Dentate line الذي يُدعى أيضاً الخط المشطوي Pectinate line ، ويحدث هذا العبور من الشرايين الثلاثة عادة عند الساعة الثالثة والسابعة والحادية عشر (بوضع الانسداح) . لذلك تحصر هذه المناطق الثلاث من جدار المستقيم الأماكن المفضلة لتشكل الكتل الباسورية . تنزف هذه الكتل دماً أحمر فاتحاً عند حدوث أقل أذية ، وقد يتطور هذا النزف أحياناً إلى نزف نافوري شديد . قد تسبب الفروع الشريانية عند الساعة الثالثة والسابعة بوضع الانسداح عقيدات

على نحو غير عكوس . تتدلى العقد أثناء عملية التفوط ، وقد تسبب في النهاية تدلي الشرج (الثانوي) المزمن Chronic (Secondary) anal prolapse حيث نشاهد في هذه الحالة بروز الثنيات المخاطية المحقنة الحمراء المزرقمة مع العقد المتطاولة خارج الفوهة الشرجية . هذا وتُتلف البنية الشرجية بشكل كبير ، ويُؤكد ذلك الفحص النسجي . كما تتأذى الآلية المُصرِّية الشرجية على نحو شديد (راجع الشكل ٦٦ - ٢) .

الأعراض :

العلامات الرئيسية الهامة للبواسير هي : النزف ، والألم ، والتدلي Prolapse . تترافق البواسير من الدرجة الأولى على نحو خاص بنزف دموي أحمر فاتح ، وقد يصبح هذا النزف نافعياً أثناء عملية التفوط . تترافق البواسير من الدرجة الثانية بالصمل التشنجي Spastic Rigidity ، والقساوة في القناة الشرجية ، كما تكون مصحوبة بالألم أثناء عملية التفوط وخاصة إذا أصبحت العقد الباسورية محتقة أو مخثورة ، وهذه اختلاطات ممكنة الحدوث . قد تسبب البواسير من الدرجة الثالثة (خاصة بوجود التدلي الشرجي Anal prolapse) تأذي الحصر الشرجي Anal continence ، والإفرازات الدائمة والإكزمية الشرجية المزمنة الواضحة ، والحكة الشديدة .

الاختلاطات :

تُسبب الإفرازات الناجمة عن بواسير الدرجة الثانية أو الثالثة تخريشاً دائماً في الناحية حول الشرج ، وهذا قد يُسبب مذحاً ، أو إكزيمة شرجية مزمنة .

وعدا عن ذلك فكثيراً ما تؤدي الأدوية الشرجية (المرامم أو الحمولات الباسورية) إلى حدوث تحسس بالتماس (إكزيمة شرجية أرجية مزمنة) ، ويحدث هذا التحسس بشكل خاص تجاه السواغات (الكحول الصوفي Wool alcohol ، وزبدة الكاكاو Cocoa butter ، وبلسم البيرو Balsam of Peru) ، أو مضادات الحكة (البنزوكائين ، والهلاماليس « بندقة الساحرة أو شجرة الحمام » Hamamelis) ، والمتول ، والفنول) ، أو مضادات الجراثيم (اليود ، والريزورسينول Resorcinol ، والزئبق والنيوميسين) .

قد تؤدي التتحات النازة ، وخاصة تلك الناجمة عن التهاب المستقيم المزمن ، لحدوث تعطن في الناحية حول الشرج ، وهذا قد يُسبب مذحاً شرجياً مزمناً ، أو حكة شديدة ، أو إكزيمة شرجية تخريشية (لا أرجية) . وليس من النادر حدوث أحماج إضافية بالمبيضات البيض ، تنشأ عادة في سياق داء المبيضات المعوي . هذا ويُعزز كل من المذح المزمن والإكزيمة الشرجية المزمنة انتشار اللقمو المُوَلف الشرجي وحول الشرج .

قد يحدث أيضاً خُثار فجائئ في البواسير . ويتصف هذا الخُثار الحاد لما حول الشرج Perianal thrombosis بظهور عقيدات مؤلمة جداً ، تبرز من الحلقة الشرجية وتأخذ اللون الأسود المزرق ، وقد يبلغ حجمها حبة الكرز .

التشخيص التفريقي :

يجب عدم الخلط بين البواسير والخطاطات النازة للقموم المنبسط (التفتيش : العلامات الأخرى للإفرنجي ، والتحري عن اللولبيات المسببة باستخدام المجهر ذي الساحة المظلمة ، وإجراء الاختبارات المصلية للإفرنجي) .

كما أنه من الأهمية بمكان الانتباه أيضاً إلى عدم تفسير الأعراض والعلامات السريرية لسرطانة المستقيم أو الشرج على أنها بواسير غير مؤذية .

يُفرَّق التهاب المستقيم المرافق للبواسير عن السيلان المستقيمي ، وعن الخمج المستقيمي بالمتدثرات . ويشمل التشخيص التفريقي عند حدوث التقرح : الحلا البسيط الأكال Phagedenic Herpes simplex ، والآفات الأولية للإفرنجي ، والحلا البسيط التقرحي في سياق الخمج بحمة العوز المناعي الإنسانية HIV ، والحييوم اللمفي الزهري . يشمل التشخيص التفريقي عند حدوث التواسير : التهاب الأمعاء الناحي (داء كرون) ، والتهاب القولون التقرحي . وأخيراً يجب تمييز البواسير عن العد المقلوب Acne Inversa ، وعن السل تحت الجلد المُتوسِّر Tuberculosis subcutanea et fistulosa ، وهي آفة نادرة جداً .

المعالجة :

المعالجة التصلبية Sclerotherapy : تستجيب بواسير الدرجة الأولى ، وخاصة بواسير الدرجة الثانية منها (وبخاصة في مراحلها الباكرة) بصورة جيدة للمعالجة التصلبية ، فيُستعمل لهذا الغرض الكينين Quinine كداة مُصلبة (يُمدد ٢٠ مل من ال Quinine dihydrochloride مع الماء المقطر ليصبح المقدار الكلي ١٠٠ مل ، ويُستعمل هذا المحلول الممدد مُعقماً) . هذا ويجب إجراء الفحص الإصبعي قبل البدء بأي علاج تصلبي ، ثم يركز منظار المستقيم على العقيدات الباسورية ، وتُزرق قطرات قليلة من المادة المصلبة (٠,٢ - ٠,٥ - ٠,٨ مل) بواسطة حقنة قَطَّارة خاصة Dropper syringe لها قنية طويلة مُزوَّاة المقدمة Angled ، ويتم هذا الحقن بشكل دقيق وتام تحت الغشاء المخاطي في قاعدة العقدة الباسورية . هذا وينبغي أن تقتصر المعالجة الأولى على عقيدة باسورية واحدة فقط لكي نخبر مدى التحمل عند المريض ، ويمكن بعد ذلك إجراء المعالجة التصلبية بفواصل أسبوعية تقريباً مع علاج عدة

الشرجية ، والتفاعلات التخريشية المزمنة ، والمؤثرات بالتماس . Contact allergies

الموجودات السريرية :

يمكن أن تتجلى الإكزيمة الشرجية بأي شكل من أشكال الإكزيمة المعروفة ، ابتداءً بالشكل الحاد الناز ، وانتهاءً بالشكل المزمن المتحزز ، وغالباً ما تترافق هذه الإكزيمة بحكة شديدة . قد تكون الإكزيمة الشرجية المزمنة شكلاً من أشكال التهاب الجلد التأتبي .

الاختلاطات :

كما هي الحال في البواسير ، (اختلاطات البواسير) .

التشخيص التفريقي :

تُفرّق الإكزيمة الشرجية عن الصدف الشائع حول الشرج ، وعن الخزاز المسطح ، والخرزاز التصليبي الضموري ، وداء باجت خارج الثدي ، والتهاب الجلد التأتبي ، وكثرة المنسجات X ، والفقاع التنبتي ، وداء هيلي - هيلي - Hailey .

المعالجة :

يُعد التخلص من الإفرازات الناتجة عن المستقيم العابرة للقناة الشرجية الإجراء العلاجي الأهم في الإكزيمة الشرجية . وقد أدت بعض العلاجات المصلية Sclerosing Treatments ، بما فيها المستعملة في علاج البواسير المهملة سريراً ، إلى تحسن لافت للنظر . هذا ويجب الاعتناء التام بنظافة المنطقة الشرجية ، فتُغسل هذه المنطقة بعد كل عملية تغوط وتُجفف بعناية ، كما يجب الامتناع كلياً عن استعمال المراهم ذات النسبة المرتفعة من الدهون ، وخاصة تلك التي تبين أنها مُستأرجات Allergens باختبارات الرقعة Patch tests . تستجيب الإكزيمة الشرجية الحادة النازة بشكل جيد للرفادات الرطبة ، أو لطلائها بالمحاليل الصباغية (بنفسجية الجنسيان ١,٠٪ - ٥,٠٪ ، محلول مائي) ، مع أنه توجد صعوبة كبيرة في تطبيق هذه العلاجات من الناحية العملية أما الستيرويدات القشرية فإنها تؤدي عادة إلى تحسن سريع في الأعراض ؛ وتُطبق لفترات قصيرة على شكل دهون ، أو رغوة Foam ، أو مُستحلب ، كما يمكن استعمالها بشكل عجينة Paste في الحالات تحت الحادة . (راجع الشكل ٦٦ - ٣) .

ينبغي وضع قطعة من القطن ، أو قماش الموسلين Muslin ، أو الشاش في الطية الشرجية كي تبقى النواحي الجلدية المتقابلة جافة . كما ينبغي معالجة المبيضات البيض عند اكتشافها في البراز باستعمال النستاتين Nystatin ، أو

عقيدات في كل جلسة ، ويتطلب الأمر عادة ٨ - ١٠ جلسات ، وقد يكون ضرورياً إجراء معالجات داعمة بفواصل عدة أشهر أو حتى سنوات في بعض الأحيان .

عند وجود الأرجية Allergy تجاه مادة الكينين ، وهذا ما يحدث عند حوالي ١٪ من المرضى ، فإنه يمكن استبدال الكينين بمادة مُصلية أخرى هي زيت الفينول Phenol oil بتركيز ٥٪ . كما يمكن الاستعانة أيضاً بالمواد المستعملة في المعالجة التصليبية للدوالي ، مثل مستحضرات اليود والمنظفات Detergents .

المعالجة القرية Cryotherapy : تعتبر بديلاً للمعالجة التصليبية ، فيؤدي تطبيق المسبار القرى Cryoprobe إلى تخريب العقيدة الباسورية وذلك بإحداث النخر القرى Cryonecrosis ، ويُستعمل لهذا الغرض الآزوت السائل (- ١٩٦ درجة مئوية) ، أو الأكسيد الآزوتي Nitrous Oxide (- ٨٠ درجة مئوية) ، أو ثاني أكسيد الكربون (- ٥٠ درجة مئوية) .

التخثير بالأشعة تحت الحمراء Infrared Coagulation :

يمكن استعمال الضوء تحت الأحمر لتخثير البواسير باستخدام تقنية البصريات الليفية Fiber Optics .

المعالجة الجراحية : تحتاج البواسير الضخمة ، وخاصة بواسير الدرجة الثالثة منها ، وكذلك تدلي الشرج الصرغ Prolapse ، لإجراء العمل الجراحي من قبل جراح مُختص خبير في مبحث أمراض المستقيم Proctology ، تؤدي عملية Whitehead ، التي تتألف من استئصال حلقي غير فيزيولوجي لكامل الجسم الناعظ ، إلى تأذي واضح في عملية الحصر Continence . لذلك حلّ محلّها في الوقت الحاضر عملية Milligan - Morgan ، التي تعتمد على استئصال قطعة إسفينية الشكل من الباسور ، مما يسمح بالحفاظ على مساحات جلدية ومحاطية تكفي للحصول على نتائج وظيفية جيدة .

الإكزيمة الشرجية Anal Eczema :

التعريف : مذح حاك مزمن في الناحية الشرجية .

الإمراض : تنجم هذه الحالة عادة عن التلوثات أو الإفرازات الناتجة عن التهاب المستقيم المرافق للداء الباسوري ؛ فقد تؤدي هذه الإفرازات إلى حدوث تخريش تآكلي تعطي في النواحي الجلدية المتلامسة حول الشرج . قد يعتبر الشرج القمعي من الشكل المنخفض عميقاً عاملاً تشريحياً مؤهباً لحدوث المذح حول الشرج . هذا ويساعد على حدوث الإكزيمة الشرجية أيضاً الاضطرابات الهضمية ، وسوء العناية الصحية بالناحية

الأمفوتريسين ب Amphotericin B بطريق الفم ولمدة أسبوع واحد تقريباً .

الأرغوتية المواتية الشرجية الجلدية Anocutaneous Gangrenous Ergotism [Wienert و Grussendorf : ١٩٨٠]

التعريف : داء معروف في الوقت الحاضر ، ينجم عن الإسراف في استعمال الحملات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين Ergotamine لعدة سنوات ، ويتصف بظهور تقرحات مزمنة ومؤلمة .

الحدوث :

نادر جداً . ومع ذلك يبدو أن الحالة أكثر شيوعاً مما هو متوقع وأنها في الغالب لا تُشخص ، مع أن القصة السريرية تكون وصفية جداً ، فهي تُكشِف عن استعمال المريض للحملات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين لمعالجة الشقيقة عادة ، ومن هنا فإن الحالة قد تكون أكثر شيوعاً عند النساء .

الإمراض :

يبدو أن معالجة الشقيقة لفترة طويلة من الزمن بالحملات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين ، إلى جانب وجود آفات جلدية صغيرة غير ملحوظة في النواحي الجلدية وحول الشرج ، قد تؤدي إلى حدوث تضيق في الأوعية الدموية يملأه الموات الثانوي والتقرحات . تحدث هذه القرحة العميقة في الناحيتين الشرجية وحول الشرج ، وتترافق بمفرزات مخاطية قيحية ، وقد تمتد في بعض الحالات حتى مستوى عضلة المصرة الشرجية . تتصف هذه القرحة بكونها مؤلمة جداً عند اللمس ، وذات حدود واضحة ، ولا تترافق بارتشاحات عميقة أو ب تلف في الأنسجة التحتانية .

التشريح المرضي النسجي :

تُبدى الصورة النسيجية التهاباً لا نوعياً يترافق بشحانة وارتشاح في جدر الأوعية الدموية ، وقد نجد في بعض الأحيان أوعية دموية مسدودة .

السير :

يتصف هذا الداء المؤلم بسيره المزمن إذا لم يُعرف السبب . يؤدي التوقف عن استعمال الحملات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين إلى خمود سريع وتام للآفات .

التشخيص التفريقي :

تُفرّق الأرغوتية المواتية الشرجية الجلدية عن التقرحات الأخرى الممكن حدوثها في الناحية الشرجية كتلك المرافقة لداء

كرون ، والإفرنجي ، والحلأ البسيط في سياق العوز المناعي الثانوي (حمة العوز المناعي الإنسائية HIV ، واللمفوم الخبيث) ، والتدرن ، وكثرة المنسجات X ، والحبيبوم اللمفي الزهري ، والأورام الخبيثة .

المعالجة :

تكون بالتوقف عن استعمال الأرغوتامين مع بعض التدابير العلاجية العرضية .

الشق الشرجي Anal Fissure :

التعريف :

شق شعبي في القناة الشرجية شبيه بالقرحة ، ذو قابلية ضعيفة للشفاء .

الإمراض :

قد يساعد على حدوث الشق الشرجي : البراز القاسي ، والبواسير ، والتهاب الوريد الخثاري ، والتشنجات الإقفارية Ischemic spasms في القناة الشرجية . كما يمكن أن تتطور الشقوق الشرجية بدءاً من التآكلات السطحية .

الموجودات السريرية :

يتمد الشق الشرجي عادة من الخط المشطوي Pectinate line حتى حدود الجلد الخارجي دون أن يمتد إليه . وهو ذو قاعدة صلبة ، ويُقدر طوله بنحو ١ سم ، وقد يصل عرضه حتى ٥ سم . وغالباً ما توجد طية جلدية مقابل سطح الشق تُدعى باسم « طية الحارس Sentinel fold » ، وتعتبر من العلامات الهامة الدالة على وجود الشق . تتوضع الشقوق الشرجية غالباً عند الساعة السادسة بوضع الانسداد Lithotomy Position .

العرض الرئيسي في الشقوق الشرجية هو الألم التشنجي الشديد جداً ، إما أثناء التغوط أو بعده ، وقد يكون من الشدة لدرجة إحداث الهلع Panic قبل كل حركة معوية ، وهذا قد يفضي إلى تأثيرات نفسانية هامة لا يستهان بها . تُجرى الاستقصاءات الشرجية فقط بعد إجراء التينج الموضعي ، وذلك بسبب الانغلاق التشنجي الدائم في المصرة الشرجية .

المعالجة :

غالباً ما يؤدي توسيع الشرج بعد إجراء التينج الموضعي أو العام إلى تحسن ملحوظ في الشقوق الشرجية ، والشيء نفسه ينطبق على زرق مادة مُصلبة ، أو معلق ستيرويدي بلوري ممد تحت الآفة . ومن المعالجات التي يُنصح بها أيضاً بضع المصرة

الشرجية الوحشي أو الأنسي ، أو استئصال الشق الشرجي ، أو المعالجة القرية . هذا وتؤدي المعالجة التصليية الناجحة للبواسير عادة إلى إزالة الشقوق الشرجية المرافقة في الوقت نفسه .

الخُثار حول الشرج Perianal Thrombosis :

المترادف : الخُثار الوريدي الشرجي الحاد .

التعريف :

جُلمطة Colt وريدية ، خُثارية ، مؤلمة جداً ، تتطور بشكل حاد في المنطقة حول الشرج . قد تحدث أحياناً خُثرات متعددة . (راجع الشكل ٦٦ - ٤) .

الإمراض :

يؤدي الضغط الناتج عن عملية التغوط (وخاصة عند تأذي التصريف الدموي بوجود البواسير) ، والجلوس المديد لحدوث تهتكات في جدران الأوردة حول الشرج ، مما يؤدي إلى تشكل الأورام الدموية و/أو الخُثرات .

الموجودات السريرية :

يشعر المريض ببروز كتلة من الفوهة الشرجية ، قد تبلغ حجم حبة البكرز ، وتسبب له ألماً شديداً جداً . يتفاوت لون هذه الكتلة بين الأحمر المزرقي والأسود . هذا ويجب عدم إجراء الفحوصات الشرجية إلا بعد إجراء التبنيج الموضعي .

المعالجة :

يؤدي الاستئصال الجراحي باستعمال التبنيج الموضعي أو

بلونه ، وإزالة الدم المتخثر إلى تحسن الأعراض بشكل فوري ، ويُفضل أن يكون الاستئصال باكراً قدر الإمكان ، كما يجب استئصال جزء من الجدار المتوسع الكيسي الشكل بواسطة المقص لمنع انغلاق الجرح بشكل باكر ، إذ أنه يؤدي لحدوث النكس . تُطبق المراهم المطهرة بعد الاستئصال الجراحي ، ويُغسل الناحية الشرجية بمحلول برمنغنات البوتاسيوم الممدد .

الزغفات (الزوائد الجلدية) الشرجية Anal Tags :

وهي طبقات جلدية رخوة غير مؤلمة ، تتوضع خارج الشرج ، أي أنها لا تكرر أو تصغر بالجهد أو الضغط ، وتتلو غالباً الخُثرات حول الشرج . تُشكل الزوائد الجلدية الكبيرة الحجم نسبياً عائقاً أمام الاعتناء بنظافة المنطقة الشرجية ، وهذا قد يُساعد على استمرار الإكزيمة الشرجية المزمنة . يمكن إزالة الزوائد الشرجية بواسطة المشروط ، أو بواسطة سكين نفوذ للحرارة Diathermal Knife وذلك بعد إجراء التبنيج الموضعي .

النواسير الشرجية والخراجات حول الشرج Anal : Fistulas and perianal Abscesses

غالباً ما تُسبب النواسير الشرجية والخراجات حول الشرج النجيج Discharge ، وسلس البراز ، والحكة الشديدة ، والإكزيمة الشرجية المزمنة ، والألم الشديد أحياناً . وقد يصعب تشخيص هذه الآفات ، فيُستحسن لذلك التعاون مع خبير بطبابة المستقيم Proctologist لتشخيص مواضع هذه النواسير أو الخراجات على نحو دقيق ، ومعالجتها بالشكل الأمثل .

الفصل السابع والستون

المعالجة الموضعية للجلاطات

Topical Treatment of Dermatoses

د . عبد الرحمن القادري

– المعالجة الموضعية غير النوعية : المعالجة بالأسس (السواغات ، الحوامل) .

– المعالجة الموضعية النوعية : استعمال الدواء أو المواد الفعالة .

الأساسيات في المداواة الجلدية الموضعية

Fundamentals of Topical Dermatopharmacology

يلغ سطح الجلد من ١,٥ – ٢م^٢ ، ولذا فهو عضو كبير هام لامتصاص المستحضرات المطبقة موضعياً . وهذا يمكن أن يحدث بطريقتين : الأولى عبر البشرة ، أما الآخر فيكون عبر جنور الجريسات . وقد تصل المواد الفعالة بواسطة ذلك الامتصاص إلى داخل الجسم ، سواء عن طريق اللمف أو الدم وتؤثر مجموعياً ، كما يحدث في التسمم بحمض الصفصاف والحمض التالي لتطبيق وذلين حمض الصفصاف على مناطق واسعة من الجلد ، كما وإن الأحداث التالية ذات أهمية :

– التحرر *Liberation* : أي تحرر المادة الدوائية من العقار الموضعي على سطح الطبقة القرنية .

– الامتزاز *Adsorption* : الربط الفيزيائي الكيميائي السطحي أو التصاق الدواء أو المستحضر الموضعي ببنية الجلد ، وخاصة مع الطبقة القرنية . هذا وغالباً ما تعمل الطبقة القرنية كمؤنة احتياطية للدواء . مثال : الستيروييدات القشرية المختلفة ، التي تنطلق ببطء من هناك إلى الطبقات الأعمق من الجلد .

– النفوذية *Penetration* : ينفذ الدواء عن طريق الطبقة القرنية إلى البشرة الحية في حين تبقى البقية المتبقية من الدواء على سطح الجلد (معدل الطرح) .

وتعمل الطبقة القرنية ، كمنطقة حائلة تجاه الأدوية المختلفة ، وخاصة الطبقة المتاخمة ما بين الطبقات السفلية للطبقة القرنية والطبقة الحبيبية (المنطقة المولدة للقراتين) . فالشحوم والإنزيمات التقويضية المتعددة كالاسترازات والفوسفوليبيدات تكون في فعاليتها العظمى في هذه الطبقة ، وتعمل على تحطيم الأدوية كإسترات الهدروكورتيزون .

– الاحتراق (التوغل) *Permeation* : ويتضمن الحدوث المعقدة للنفوذية عبر البشرة وجريبات الجلد لمادة أو أكثر . كما وتعارض هذه النفوذية العديد من الأنظمة ، وذلك بسبب وظيفتها المعيقة في الجلد : كاستحلب سطح الجلد من الشحميات والعرق ، الطبقة القرنية ، المنطقة المتقرنة في قاعدة الطبقة القرنية ، البشرة الحية ، منطقة الغشاء القاعدي للموصل

إنه لأمر غريب جداً أن يقتصر في معالجة الأمراض الجلدية على المعالجات الجهازية فقط . إذ من الغالب أن تقوم تلك المعالجة على مشاركة الإجراءات الجهازية والموضعية معاً ، وكثيراً ما تكون المعالجة الموضعية كافية بمفردها . ولذا كان ضرورياً على الأطباء الإلمام بالخطوط العامة في تطبيق الأدوية في المعالجات الموضعية للأمراض الجلدية .

وليس هناك مثيل للمعالجة الموضعية للأمراض الجلدية في الحقول الطبية الأخرى . ويجب أن نعتاد على قبول الفكرة القائلة بعدم وجود علاج موضعي يكون محتملاً في جميع الأمراض الجلدية أو أنه ذو فائدة مضمونة . كما أنه لا يوجد شكل مطلق من المعالجة الموضعية . فقد تحدث المعالجة الموضعية نتائج جيدة في العديد من الحالات ، غير أنها قد تفشل ، أو تؤدي إلى تفاقم الآفة في الحالات الأخرى . وإن من بين الأسباب المتعددة لذلك الفشل أو التفاقم : السواغ ، أو الأساس ، في المعالجة الموضعية ، كالمسحوق والدهون والرهيم والمرهم ، والذي قد يقع عليه الاختيار بشكل غير صحيح . ومن أسباب الفشل أيضاً ، المواد التي قد توجد في السواغ كمواد فعالة ، أو السواغات التي قد يتحسس المريض منها مما يؤدي إلى حدوث التهاب جلد تماسي أرجحي حاد .

وتوخياً لإحراز معالجة مثالية ، فإنه يجب تعلم المعالجة الموضعية في الجلاطات مع الانتباه الكبير لكل التفاصيل ، والخبرة الفائقة . ويتجلى ذلك بما يلي :

– معلومات عن الأساس (السواغ ، الحامل) وتركيبه ، وفعليه الفيزيائي والدوائي الجلديين .

– معلومات عن الأدوية والمواد الفعالة المشتركة ، البنية الكيميائية ، والكيميائية الفيزيائية والتأثيرات الدوائية الجلدية .

– معلومات عن الاستطباب الصحيح فيما يتعلق بتدابير المعالجة الموضعية .

ولمعرفة هذه المعلومات نقسم هذا الفصل إلى :

– الأساسيات في المداواة الجلدية الموضعية .

البشري الأدمي ، النسيج الضام مع العناصر الأساسية للحمية المتوسطة ، وجدران الأوعية الدموية واللمفية . هذا وإن النفوذية خلال الجلد محدة أساساً بالعوامل النوعية للجلد نفسه ، والبنية الجزئية ، والسلوك الكيميائي - الفيزيائي ، وتركيز المواد النفوذة .

– الامتصاص *Absorption* : يتم امتصاص المواد بعد نفوذها ويجري تمثيلها في الأوعية الدموية واللمفية .

– هذا ويمكن إحراز معلومات دقيقة جداً عن الفائدة الحيوية للدواء المطبق موضعياً وذلك باستخدام الطرائق الحديثة للإجراءات وخاصة النظائر المشعة . كما يعتمد الامتصاص ، والنفوذية ، والاختراق ، وامتصاص الدواء من سطح الجلد إلى داخله على وظائف الجلد المختلفة .

عمر المريض : تتصف جلود الأطفال بنفوذية كبيرة ومتميزة نسبة إلى جلد الكهول . وتبعاً لذلك فإن امتصاص السموم يكون أسهل عند الأطفال ، كما لو عولجت مناطق واسعة من الجسم بكمادات مرطبة من حمض البوريك أو بالوذلين الصنفاقي . ويظهر عند الأطفال أعراض تأذ للجملة العصبية المركزية نتيجة امتصاص الهكساكلورفين .

المنطقة الجلدية : إن المنطقة من الجلد التي يطبق عليها الدواء ، تلعب دوراً هاماً في درجة اختراق وامتصاص الدواء الجلدي . فكلما ازدادت كثافة الأشعار ، أو جريات الغدد الزهمية كلما ازداد الامتصاص . ويكون الامتصاص كبيراً في جلد الصنفين (١٠٠ ضعف مقارنة مع مناطق الجلد الأخرى) . كما تعدد سماكة الطبقة القرنية أيضاً عاملاً حاسماً ، إذ يكون اختراق الأدوية ، كالستيروئيدات مثلاً ، قليلاً نسبياً على الراحيتين والأخصمين ، وفي الأمراض الجلدية مفرطة التقرن . وعلى الأطباء الجلديين معرفة ذلك بشكل جيد حين معالجتهم للإكزيمة مفرطة التقرن أو الإكزيمة المنشقة على اليدين . هذا ويمكن الحصول على نفوذية أفضل بانتخاب الأساس الملائم .

التغيرات المرضية للطبقة القرنية : يزداد امتصاص الدواء بوضوح بعد إزالة الطبقة القرنية بواسطة شريط لاصق أو بعد إزالة الدهن . كما يحدث ازدياد في الامتصاص إذا ما تبدل التقرن نفسه . وهكذا مثلاً ، فإن الامتصاص يزداد في الآفات الصدفية عدة مرات نسبة للجلد السوي ، كما أن الامتصاص يكون أكبر بسبب تفرق الخلايا المتقرنة المتبدلة وغياب العائق .

إمالة الطبقة القرنية وحرارة الجلد : لكلا العاملين تأثيرات هامة في نفوذية المواد المطبقة على سطح الجلد ، إذ يزداد نفوذ الستيروئيدات القشرية مثلاً ما بين ١٠ – ١٠٠ مرة وذلك عند إمالة الطبقة القرنية ، والذي قد يتم تحت ضماد كيم . ويحدث

الفعل الانسمامي للأنترالين (ديترانول) في المناطق المذحية ، رغم أن تركيزه يكون حسن التحمل في المناطق الأخرى من الجلد . وحين يُعاق تبخر الماء من سطح الجلد ، تزداد رطوبة الطبقة القرنية (تأثير انتباجي تورمي) ودرجة نفوذتها .

الإمداد الدموي الجلدي (*Cutan. Blood Supply*) : إن فرط الإمداد الدموي للجلد (فرط الدموية) يزيد عموماً من امتصاص الدواء المطبق موضعياً .

تأثير الأساس (السواغ ، الحامل) : تكون المركبات نفوذة في الجلد في حالة ما إذا كان الدواء ذوباً في الأساس . وهذا يعني وجوب اختيار السواغ المناسب لكل دواء والموافق للشكل الدوائي المرغوب فيه . وأكثر من ذلك يجب أن نتذكر بأن الأساس (بعد تطبيقه على الجلد) قد يكون مؤثراً على الطبقة القرنية وذلك بتغير مقدار الماء المتبخر والحرارة المنبعثة من الجلد (يزيد في الإمالة) . هذه التغيرات نفسها قد يكون لها تأثير على اختراق الدواء ، علماً بأن العديد من الأدوية يمكن أن تخترق البشرة بفاعلية أكبر حينما تطبق على شكل مستحلب ، أي في سواغ (دهن في الماء) ، مما لو طبقت على شكل مرهم دهني صاف . وإن لكل من الوزن الجزيئي ، والبنية الكيميائية ، وخواص المادة القابلة للذوبان ، والتركيز ، وإلفتها بأساس المرهم إلخ ... تدخلاً على التأثير النهائي للمواد الفعالة .

وقد يتحرك الدواء بسهولة من الطبقة القرنية إلى المناطق العميقة من الجلد نتيجة النفوذية ، كما أن المشاركة مع حمض الصفصاف أو البولة قد تحسن النفوذية . وتمتلك البشرة وظائف إعاقية مختلفة ، كما أن للعديد من الأدوية خاصة مقوضة للإنظيمات (الأكسدة ، الإرجاع ، الإمالة ، تشكّل الغليكوزاميدات ، المعالجة بالسولفا ، المعالجة بالثيل ، الاقتران) ، سواء على الجلد أو داخله . وعلى سبيل المثال : فإن الأنترالين يتأكسد في القسم العلوي للبشرة متحولاً إلى مادة غير مؤثرة ، ولهذا السبب فإنه لا يوجد له تأثيرات جانبية مجموعة فعلية . ومن المحتمل إحراز فعل موضعي دون تأثيرات مجموعة أو عكوسة اعتياداً على النمط الدوائي المرغوب به . وهكذا فإن إمكانية الوصول إلى معالجة موضعية نوعية يعتمد على معرفة بنية الجلد إضافة إلى استقلاب الدواء والتحول الحيوي له .

المعالجة الموضعية اللا نوعية :

المعالجة بأساسات (سواغات) جلدية

Treatment with Dermatological Bases

يعتبر انتقاء الأساس الأكثر ملاءمة مطلباً رئيسياً في المعالجة الموضعية المثالية ، علماً بأن الأساس يدعى أيضاً « السواغ »

Vehicle ، أو « الحامل Carrier » . هذا ولا تقوم الأساسات الجلدية بمهمة حوامل لضم الدواء أو تصنيعه فحسب ، مثال : حمض الصفصاف (دواء) في الودلين (أساس) ، بل تبدي تأثيرات علاجية أيضاً بسبب خواصها الفيزيائية – الكيميائية . ولذلك فإن السواغ هو دواء بمحد ذاته . فالودلين قد يسبب زيادة في الانقسام الخلوي وشواك بشروي . وإن للأساس الجلدي المتقى بشكل صحيح فعلاً شاف ، في نفس الوقت الذي يؤدي فيه استعمال « أساس » غير صحيح إلى تفاقم المرض .

وغالباً ما يكون تركيب الأساس معقداً جداً ، وقد تكون بعض مكوناته مستأرجات بالتماس ، ولذا كان من الضروري إجراء اختبار على الحالات الفردية لتبيان إمكانية تحمل المريض للأساس الخاص ، ولتبيان مدى ملائمة في معالجة التغيرات الجلدية . هذا ولا يعتبر شاذاً الشروع بالمعالجة الموضعية بالأساس فقط دون إضافة مواد فعالة عليه ، وذلك بغية إحراز نتيجة علاجية جيدة ، ومن ثم يمكن إضافة العناصر الجلدية الفعالة المختلفة بعد ذلك : كأن تضاف الأدوية إلى الأساس الذي ثبت تحمله . هذا وتوجه التقانة الدوائية (Pharmaceutical Technology) خاصة نحو هذه النقطة . ونذكر على سبيل المثال : تأمين الستيروئيدات القشرية في الوقت الحاضر في سواغات مختلفة للاستعمالات الموضعية من دهونات ومعالجين ورهيمات ومراهم ومراهم دهنية وهلامات ومحاليل غولية .

المحاليل المائية Aqueous Solutions :

التعريف : تحضر هذه المحاليل من الماء ، بمساعدة الإضافات مثل الحافظات ، الدواري Buffers أو المذيبات ، أو دون مساعدتها .

ونذكر مثلاً على ذلك محلول برمنغنات البوتاسيوم المظهر (١ : ٣٢٠٠٠ في الماء) والمستخدم في الضمادات الرطبة وذلك بغية الحصول على تبخر سريع للمحاليل من الجلد ، هذا وقد يضاف تركيز مخفف (٢٠ - ٣٠ ٪) من الغول (الإيثانول) إلى المحاليل المائية . علماً بأن المحاليل Aqueous Solutions تطبق بأشكال علاجية مختلفة .

الحمامات Baths :

كثيراً ما توصف هذه الحمامات دافئة (٣١° - ٣٥° ستغراد) أو حارة (٣٦° - ٤٠° ستغراد) وقد توصف جزئية أو شاملة لكامل البدن .

التأثير الدوائي : للحمامات تأثير منظم حيث أنها تطري وتخل التراكمات كالجلبات والوسوف والمفرزات وبقايا المراهم .

ويزداد تميّة الطبقة القرنية في الحمامات الطويلة الأمد نتيجة للانتفاخ . هذا وقد تضاف مواد فعالة إلى الحمام .

التأثيرات الجلدية : يؤدي الإكثار من الحمامات ، وخاصة عند استعمال المنظفات إلى جفاف الجلد نتيجة لاستنزاف المكونات المنحلة في الماء في الطبقة القرنية .

الاستطبابات : يشار بالحمامات الجزئية أو الكاملة لتنظيف وإزالة التراكمات المرضية على الجلد . كما يستطب بالحمامات العلاجية بعد أن يضاف إليها مضادات الالتهاب ، زيوت ، معقمات أو مواد حالة للقرنين .

السريّر المائي Hebra Waterbed : وهو حوض طويل ، ويجرى على شكل دائم من الحمام الكامل ، وقد أصبح استخدامه نادراً في الوقت الحاضر . وهو سريّر مائي مصمم على شكل أرجوحة شبكية خاصة يمكن استعماله كحمامات مستمرة في معالجة الجلادات ذات الضياع البشري الواسع ، كما في الفقاع الشائع أو الحروق المتقيحة . ويمكن إجراؤه للمرضى الذين لا يمكنهم استعمال الحوض العادي أو المألوف لأسباب فيزيائية ، حيث يمكن رفعه بواسطة منضدة لتطبيق حمام مهدىء ومنظف ومعقم وذلك لبضع ساعات .

الضمادات الرطبة Wet Dressing :

ويعرف هذا النمط من الضمادات بالكدمات الرطبة . وتركب هذه الضمادات من الموصلين الرطب ، أو من طبقات متعددة من الشاش المغسول ، تطبق على جلد المريض بعد ترطيبها مراراً بمحلول مائي .

التأثير الدوائي : تقوم الكدمات الرطبة الباردة بإنقاص التورم ، كما أنها مضادة للالتهاب وتخفف للحكة نتيجة البرودة الحديثة بالتبخر . كما تعمل الضمادات الرطبة كجيرة تؤمن الراحة لجزء من الجسم . وهي ملائمة للتطرية ، وفي إزالة التراكمات ، مثل الجلبات والوسوف أو المفرزات ، بغية تنظيف القرحات المغطاة بالمفرزات وإحداث تظهن الجروح السطحية . علماً بأنه يجب إعادة ترطيب الضمادات بانتظام بسبب جفاف العصابة Bandage الرطبة السريع .

التأثيرات الجلدية : قد تنزع المكونات المنحلة في الماء من الجلد بواسطة التناضح Osmosis وذلك إذا ما استعملت الضمادات الرطبة لأيام عديدة متكررة ، إضافة لإحداثها جفافاً في المناطق المعالجة من الجلد . كما أنها قد تحدث تعطيناً وزيادة في نمو الجراثيم .

الاستطبابات : يستطب تطبيق الضمادات الرطبة في معالجة الآفات الجلدية الفقاعية – الحويصلية السطحية ، التجلبة والنازة والمتلبة ، أو الآفات الجلدية التآكلية Erosive . كما

وتستخدم في تنظيف الآفات المتقرحة والحث على التجب Granulation . هذا ويتضمن الجدول (٦٧ - ٣) المحاليل المستخدمة في الضمادات الرطبة واستطبائها .

الضمادات الرطبة المغطاة (الضمادات الرطبة الجلدية لمايوكلينيك Mayo Clinic) : يطبق على الجلد قطع مطواة من الشاش المغسول (انظر الجدول ٦٧ - ٢) وبعدها تغطى بنسج قطني ناعم معيق للتبخر . هذا وترفع الضمادات وترطب كل ٣ ساعات ، ويعاد تطبيقها باستمرار .

التأثير الدوائي : إن للضمادات الرطبة المغطاة تأثيراً مخففاً للالتهاب في الجسم ، كما أنها تُنقص الحكّة والألم ، وهي مبردة ومضادة للالتهاب . أما التأثير الثانوي فهو إزالة الوسوف والمفرزات والجلبات .

التأثيرات الجمانية : قد تؤدي الرطوبة المستمرة إلى بعض التعطين . وقد يساعد في عدم إحداث التعطن قترات الجفاف ما بين الضمادات .

الجدول ٦٧ - ١ : استطببات الحمامات الجلدية والمواد المضافة الفعالة

المواد الفعالة	المستحضرات التجارية	التأثير الدوائي	الاستطببات
المواد السطحية	Dermowas	منظف	حلّ الوسوف والجلبات
الفعالة	Seba med	قابض	منظف كما في الجلادات الالتهابية
	Liquid Sebopona	مجفف	المتجلبة والنازة
الشحوم	Alpha Keri Balneo Conzen Balneum Hermal F Domol Liquidin oil Linola oil Bath Kerasol Cordes Oil bath Mello bath Oleobal	منظف ، إعاضة الدهون ، مضاد لانعدام الزهم	انعدام الزهم جلادات انعدام الزهم السمك إكزيمة تأتبية إكزيمة مزمنة أو تحت الحادة معالجة ضوئية

المطهرات	Chinosol Potassium Permanganate	منظفة مطهرة	إزالة الروائح ، مثال الفقاع الشائع الجلادات التأكلية النازة - التآكلات المذحية الجلادات الحمجية أو السطحية
القابضات	Salhumin bath (Salicylic acid and humic acids) Oak bark ext. Tannolact Tannosynt Camomile ext.	قابضة ، مضادة للالتهاب ، مجففة	الجلادات الالتهابية للدين والقدمين ، الإكزيمة النازة ، فرط التعرق
المطريات	Aveenobath Aveno - oilated Soyalaid Topfer Clay skin bath	قابض خفيف ، مضاد لالتهاب	الإكزيمة تحت الحادة وجلادات النهاية أخرى المخففة للجلد ، كما ويشار بمزجها بالشحوم
القطران	Balnetar Lavatar Ichtho - Bad Polytar Zetar emulsion	مضاد لالتهاب ، مضاد للحكة	إكزيمة مزمنة - صداف إكزيمة شرجية أمراض حكاكية الحزاز المسطح

التأثير الدوائي : للضمادات الرطبة مع المراهم نفس الفعل المعهود في الضمادات الرطبة ، إلا أنه يتحسن التأثير المزليل للجلبات والوسوف بسبب الحيلولة دون الجفاف السريع الناجم عن المراهم أو الرهيمات المحبة للدهن . ومن المحتمل أن تكون التأثيرات المضادة للالتهاب أكبر من جراء تزويد الطبقة السفلى بالستيروئيدات القشرية التي تحتويها المراهم أو الرهيمات المحبة للدهن .

التأثيرات الجمانية : يمكن السيطرة على التعطّنات الزائدة بواسطة قترات الجفاف ما بين الضمادات .

الاستطبابات : تتطابق استطبابات الضمادات الرطبة مع المراهم في الأصل مع استطبابات الضمادات الرطبة ، وخاصة في معالجة التغيرات الجلدية عند المرضى الذين يعانون من انعدام الزهم أو من جفاف الجلد ، وفي الحالات التي يتوجب فيها إزالة التراكمات بسرعة .

الضمادات الرطبة الكتيمة Occlusive Wet Dressing :

نطبق الضمادات الرطبة كالعادة ثم نمنع التبخر بتغطيتها بمواد كتيمة مثل ييللروت كامبريك Billroth Cambric أو القماش القطني أو الكتاني ، أو المطاط أو المواد اللدنية Plastic . هذا ويجب أن نغطي الطبقة الكتيمة بالشاش أو الموصلين الرطب تغطية كاملة . ويمكن أيضاً تدفئة الضمادات الرطبة الكتيمة بدثار مدفأ عند الرغبة في الحصول على ضمادات كتيمة حارة .

التأثير الدوائي : للضمادات الرطبة الكتيمة فعلاً هاماً في إحداث التورم وفي زيادة حرارة الجلد من جراء حصرها للدفع والماء المنطلقين من سطح الجلد . كما ويؤثر فرط التبيغ على الأمراض التي تتوضع في العمق مثل التهاب الأوردة أو خمج الهلل العميق أو الأمراض العامة كالآفات المفصليّة أو التهاب القصبات من خلال المنعكس الحشوي الجلدي .

التأثيرات الجمانية : هنالك خطر التعطن أو تخريش الجلد إذا ما استعملت الضمادات الرطبة الكتيمة بكثرة ، كما أن هناك خطراً كبيراً من الخمج ، ولذا فإن هذه الضمادات لا تستعمل إلا تحت المراقبة .

الاستطبابات : تستعمل الضمادات الرطبة الكتيمة في معالجة التهابات العميقة والسطحية وفي القرحة الآكلة Phagedena (الدمامل ، داء الشعرويات العميقة) ، و التهاب الأوردة التي يكون فيها التبيغ مرغوباً .

المحاليل الغولية (الكحولية) : Alcoholic Solutions

هي محاليل تتكون عادة من مزيج الإيثانول (٥٠ - ٧٠ ٪) والماء أو الإيزوبروبانول

الكبريت	Liquidin	مجفف	الجلادات الحاكّة
	Sulfur		الالتهابية تحت الحادة
	Sulfur bath	مظهر	أو المزمنة ،
			تقيحات الجلد ،
			المث Seborrhea

حالات	Sodium	حالة للطبقة	السّماعات
الطبقة	Chloride -	القرنية	الإكزيمة المزمنة التأتبية
القرنية	(Ide 3% -	مجففة	
	5%		
	addition)		

الجدول ٦٧ - ٢ : الضمادات

الضمادات الرطبة :

الضمادات الرطبة المفتوحة (رطبة حتى الجفاف) : شاش مغسول ، الموصلين الرطب ، والتي يجب ترطيبها مراراً من جراء تبخرها السريع .

الضمادات الرطبة المغلقة : يغطي الشاش المغسول أو ضمادات الموصلين الرطب بملاءة قطنية ، تعيق التبخر (ضمادات Mayo الجلدية) .

الضمادات الرطبة الكتيمة : يغطي الشاش المغسول أو ضمادات الموصلين الرطبة بغطاء كتيمة (ملاءة مطاطية أو لدنية Plastic ، كما يمكن لوسادة دافئة أن تجعل هذا الضماد رطباً كتيباً دافئاً .

الضمادات الجافة :

لصوقة : شاش موصلين ، شبكة (شريطة Permicer) .
غير لصوقة : اللدائن (Vigiton, Opsite, Plastic)
(Tefla) .

غرائية مائية : (Debrisan, Duoderm) .

كتيمة : ضمادات روبرت جونز Robert - Jones .

الاستطبابات : التهاب الجلد السطحي ، جلادات متقيحة ، الأمراض الفقاعية الحويصلية .

الضمادات الرطبة مع المراهم Wet Dressing with Ointment :

تغطي المنطقة المراد معالجتها أولاً بمزهم أو برهم محب للدهن ، ثم بعد ذلك ، تطبق ضمادات رطبة . ويمكن لبس بيجامة رطبة لفترة محددة عوضاً عن العصابات Bandages عندما يكون المرض واسع الانتشار كما في الإكزيمة التأتبية المعممة .

المحدول ٦٧ - ٣ : محاليل الضمادات الرطبة

المخلول	المكونات	التمديد	الاستطبانات
ماء الحنفية	ماء بدرجة حرارة الغرفة	كما هو	التهابات الجلد الخفيفة
خلات الألمنيوم (محلول Burrow)	أوكسيد الألمنيوم ١,٣ ٪ (حمض الخل ٥ ٪ يعطي محلول خلات الألمنيوم ٥,٣ ٪)	مخفف ١ : ١٦ أو ١ : ٣٢	التهابات الجلد
تحت خلات الألمنيوم	تحت خلات الألمنيوم ٨ ٪	مخفف ١ : ١٦ ، ١ : ٣٢	التهابات الجلد
ألويت Aluwets (Stiefel)	هكساهيدرات كلوريد الألمنيوم	كما في التعليمات	التهابات الجلد
حبوب ، مسحوق بلوبورو Blueboro (Dome)	محلول بورو Burow المعدل	ممدد ١ : ٤٠	التهابات الجلد
دومبورو الخل Vinegar	حمض الخل ٤ - ٥ ٪	ممدد ١ : ١٠٠	التهابات الجلد
ماء داليور (محلول Sweitzer)	كبريتات النحاس ١٠ غ/لتر كبريتات الزنك ٢٠ غ/لتر كافور ٢ غ/لتر	ممدد ١ : ١٦ ، ١ : ٣٢	قابض مضاد للجراثيم مضاد للحمات الراشحة
مسحوق داليدوم (Dome)	كبريتات النحاس	كما في التعليمات	قابض
برمنغنات البوتاسيوم	KMnO_4 ٠,٦ ٪	ممدد ١ : ١٦ أو ١ : ٣٢	قابض ، ومؤكسد مضاد للجراثيم
نترات الفضة	١ : ١٠٠٠ - ١ : ١٠٠٠٠٠	كما هو	خمج سلبي الفرام
محلول Vleminckx	محلول مشبع من بولي سولفيد الكالسيوم وثيوسلفات الكالسيوم	ممدد ١ : ٣٢	كادات حارة في العد العد الندي
Vlemdome	بولي سولفيد الكالسيوم ٦٠,٥ ٪ ثيوسلفات الكالسيوم ٤,٥ ٪ كبريت ٤,٥ ٪	كما هو في التعليمات	كادات حارة ، العد
Vlemasque	محلول الجير الكبريتي ٦ ٪ غول (كحول) في الصلصال ٧ ٪	كما هو	العد

المحلل	المكونات	التمديد	الاستطبانات
شينوزول	٨ - كبريتات الكينوليتول	١ : ١٠٠٠	الخمج
محلول Dab	٥٠٠ ملغ نيوماسين/١ ١٠٠٠ ملغ بولي مكسين/١ ٨٠ ملغ جتتاماسين/١ ساليين نظامي	كما هو	خمج - المعالجة لفترة قصيرة فقط

تمتلك هذه الوصفة خواصاً مطهرة جيدة . وعلى كل ، فإن التحسس لليود يشكل معضلة أحياناً .

محلول آرنينج (*Arning Solution*) : وهو محلول رسمي في دستور الأدوية الأمريكي ، ويستعمل في معالجة الفطارات السطحية ، أو الإكزيمة المزمنة ، وخاصة في المنطقة التناسلية الفرجية . أما مساوئه فهي تلوين الجلد والملابس بالصبغة البنفسجية الزرقاء الشديدة . هذا وإن هناك محلولاً آخر لآرنينج لا يتضمن علي صبغة الجاوي (*Benzoin Tincture*) ، وهو أفضل تحملاً من الأول لأن خطر حدوث التحسس التماسي أقل .

Rx. Anthrarobin 2.0

Tumenol 8.0

Ether 20.0

Benzoin tincture 30.0

MDS Arning Solution

Rx. Anthrarobin 1.0

Tumenol

Glycerol áá 3.0

Ethanol 60% - 20.0

M. D. S. Arning solution without benzoin tincture

محلول كاستيلاني (*Castellani's Solution*) : وهي صبغة ذات لون أحمر غامقاً تتكون من حمض الفوكسين والفينول المائع ، وحمض البوريك والأسيتون والريزورسينول . ولهذا المحلول تأثيرات مجففة ، مضادة للالتهاب ، مضادة للجراثيم . وهو فعال بشكل واضح في الحالات المذحية النازة ، والإكزيمة المذحية ، والصداف المذحي (الثنيات) ، وأحماج القدم سلبية الغرام ، كما أنه ذو فعالية كبيرة في الفطار المذحي بالمبيضات . ومن المهم الإشارة إلى أن محلول كاستيلاني يتضمن حوالي ١٠٪ من الريزورسينول ، وهذا قد يكون مسؤولاً عن بعض التفاعلات اللا تحملية والتهاب الجلد الأرجي التماسي ، كما أنه

(٢٥ - ٣٥ ٪) والماء ، والتي من خلالها تنفذ الأدوية الجلدية ذات الفعل المضاد للحكة ، والقابضة ، والحالة للقرنين ، والمبيغة ، والمضادة للالتهاب ، والمضادة للجراثيم .

التأثير الدوائي : إن المحاليل الغولية مذبة للدهون ، وهي تتبخر بسرعة . ولذلك فلها تأثير مجفف عدا عن إزالتها للدهون وفعلها المطهر الذي يعتمد على تركيز تلك المحاليل .

التأثيرات الجانبية : تستخدم المحاليل الغولية بشكل خاص في معالجة الأجزاء المشعرة من الرأس وعلى الوجه ، واليدين والقدمين ، وفي المناطق المذحية ، ويوصى بها في معالجة المث . ولها مضاد استطباب وهو حالة انعدام الزهم .

الصبغات الجلدية *Dermatological Tinctures* : وهي محاليل غولية في أساس ، إذ تتركب من أساس (حامل ، سواغ) ودواء جلدي ، ويكون معظمها على شكل محاليل سائلة جداً في حرارة الغرفة ، لأدوية أو لخلصات دوائية إضافة إلى مذيب غولي أو مذيبيات سائلة أخرى ، أو مخففات مائية لها . وتستعمل الصبغات *Tinctures* عادة في الآفات الجلدية الموضعة فقط وفي معالجة التآليل .

التأثير الدوائي : تتبخر الصبغات بسرعة تاركة النسبة العالية من المواد الفعالة في مناطق استعمالها لتنفذ إلى طيات الجلد .

التأثيرات الجانبية : من المتوقع حدوث تحريش للجلد ، وخاصة عند استعمالها المديد من جراء تخفيفها وفعل الدواء الجبول فيها

محلول اليود : يجب عدم استخدام صبغة اليود بشكلها المركز ، وإنما تستخدم فقط بعد تخفيفها بالإيتانول .

Rx. Iodine Solution 3.0

Ethanol 60% to 100.0

M.D.S. Diluted iodine Tincture

يجب أن يستعمل بحذر عند الأطفال .

محلول كاستيلاني عديم الصباغ : يحضر هذا المحلول دون حمض الفوكسين . وبما أن حمض البوريك لم يعد مستعملاً ، فإنه يمكن تصنيع محلول كاستيلاني دون حمض البوريك أيضاً .

صبغات الثآليل (Wart Tinctures) : وتحتوي هذه الصبغات على مواد مبيدة للحمات Verrucidal (أدوية كاوية أو مثبطة للتكاثر الخلوي) ضمن محاليل غولية . وتستخدم موضعياً فقط وعلى مناطق مؤوفة صغيرة (يحذر من أن امتصاصها العام له تأثيرات جانبية) . ولذا يجب إحاطة الآفة بمعجونة الزنك . كما يجب أن تستعمل هذه المحاليل بعد تقليم الثآليل .

Rx. Poclophyllin 2.5

Ethanol 60% to 50.0

MDS. Wart tincture

للاستعمال الخارجي فقط مع وضع معجونة الزنك في المناطق المحيطة

Rx. Liquified Phenol 2.0

Ether 10.0

MDS: دهون لمس الثآليل فقط

صبغة البودوفيللين *Podophyllin Tincture* : قد تستعمل صبغة البودوفيللين في معالجة الحالات ما قبل السرطانية (التقرانات السفعية ، داء بوفن البدئي ، أو اللقمومات المؤنفة (Condyloma acuminata) . هذا وإن صبغة البودوفيللين بتركيز ٢٥٪ لا يجوز أن يعالج بها أكثر من مساحة ٧ سم^٢ من سطح الجلد . وعند معالجة اللقموم بها يجب غسلها بعد حوالي ٢ - ٣ ساعات .

Rx. Podophyllin 12.5

Ethanol, absolute to 50.0

MDS: صبغة البودوفيللين (٢٥٪)

المستحضرات التجارية : الـ Duofilm (١٥٪ حمض الصفصاف ، ١٥٪ حمض اللين في كولوديون لين) ، وهناك شريط حمض الصفصاف ٤٠٪ (40%: Salicylic Acid) .
(Plaster)

الطلاءات Varnishes : وهي شكل خاص من الصبغات ، إلا أنها تنقلب بعد جفافها إلى طبقة رقيقة جداً (فيلم Film) . وهكذا يمكن للطلاءات من جلب أدوية مختلفة إلى مناطق موضوعة وضيقة من الجلد دون أي تلويين . وأكثر حداثة من هذا ، فقد استخدمت المكاثير Polymers التركيبية أيضاً في تصنيع الطلاءات التي تجف إلى طبقة رقيقة جداً (فيلم Film) عند إرذاذها على الجلد . كما أن ثمة طلاءات للجروح وذلك

لتغطية الجرح دون عصابة ودونما حاجة لتثبيت هذه العصابة . تطبق الطلاءات عادة على الموضع المحدد للجلد المصاب بواسطة فرشاة . وهكذا يتشكل غشاء شبيه بالجلد ملتصق به بشدة بعد جفاف المذيب . ويكون للتأثيرات الجانبية الناجمة عن الامتصاص أهمية قليلة بسبب صغر مساحة المناطق المستورة بالطلاء . وإليك أهم الأساسات المستعملة في الطلاءات :

التروماتيسين Traumaticin : وهو محلول الطيرخي Gutta Percha أو (الكاوتشوك) في الكلوروفورم .

الكولوديون Collodion : وهو محلول البيروكسيلين Pyroxilin في الغول والإيتر .

الكولوديون المرن Flexible Coll. : وهو محلول البيروكسيلين في الغول والإيتر مع إضافة زيت الخروع (Castor oil) بنسبة ٣٪ .

تستعمل الطلاءات خاصة في معالجة الثغرات الجلدية المحددة مثل الثآليل والأثقان والأشنان .

المستحضرات التجارية Cantharone : وهو طلاء الذراع Cantharides .

Rx. Salicylic acid 1.0 – 2.0

Lactic acid 1.0

Flexible Collodion to 10.0

MDS Corn Collodion

الاستطبابات : تستعمل الطلاءات لمعالجة الآفات الفردية للصداف . وقد يكون الأنترالين (ديثرانول Dithranol) ١٠ ، ١٪ أو أكثر مع الكولوديون أو التروماتيسين علاجاً جديراً بالاهتمام لمعالجة الصداف بعد إزالة الوسوف .

الرذاذات Sprays :

وتقوم على إرذاذ أو نثر مادة فعالة بواسطة مضخة آلية . ويكون فعل الإرذاذ على الجلد سطحياً ، مبرداً ، وقصير الأمد .
الاستطبابات : يستفاد من الرذاذ كمطهر سطحي أو كمسحوق يحتوي على أكسيد الزنك أو رذاذات المرهم (Ointment Sprays: Desitin) . وللرذاذ مكانة معتبرة في معالجة التأذيات الجلدية السطحية ، وتطهير المناطق الجلدية وفي معالجة قرحات الاستلقاء Decubitus والجدوع الباترة . وتستعمل رذاذات الستيروئيدات القشرية في معالجة الحماى الحادة ، مثل حرق الشمس .

المساحيق Powders :

هي جزيئات حبيبية جافة ، قابلة للتبعثر . ويمكن استعمال

مسحوق طلقي دهني MDS

Rx. Tannic acid

Salicylic acid 1.0

Talc

Zinc Oxide 50.0

مسحوق حمض الصفصاف التنيكي للأخماج الخمثارية والمذح

MDS

Rx. Bismuth Subgallate 5.0

Zinc Oxide, Crude 10.0

Talc to 50.0

مسحوق تحت غلات البزموت : MDS

Rx. Tannic Acid 3.0

Talc

Zinc Oxide 50.0

مسحوق قابض لمعالجة التهاب الحشفة التآكلي MDS

المساحيق النباتية : إن الممثل الرئيسي لهذه المساحيق هو كل من نشاء القمح ونشاء الرز ، وهما لا يستعملان في معالجة المناطق المذحية (الثنيات) من الجلد . أما ذرة الغبيراء Zea Sorb فتحتوي على ميتيل السللوز وليس لها تلك المساوى .

المساحيق ذاتية الذوبان Self - Dissolving Powders : هي أدوية تطبق على شكل مسحوق لأنها تذوب لوحدها - ومرد ذلك على الأغلب للأساس اللاكوزي - في المفرزات الرطبة . أما من الناحية العملية فتصلح هذه المساحيق لمعالجة الجروح والحروق والتقرحات ، وفي المعالجة المضادة للجراثيم .

رذاذ المسحوق Powder Spray : يشكل رذاذ المسحوق طبقة على غاية من الرقة على سطح الجلد ، مثال : ضُبوب Aerosol النيومايسين .

مسحوق الفراش : شكل خاص ولطيف من المعالجات الجلدية ، حيث ترش ملاءة (غطاء) الفراش كاملة بمسحوق ، ثم يُقَلَّب المريض على المسحوق المغطى للملاءة . ويوصى بهذه الطريقة العلاجية في الأمراض الالتهابية السطحية ، والحادة ، والمعممة ، وغير المختلطة بنجيج ، أو نفاطات أو تشكلات تجلبيه .

الدهونات Lotions :

إن الدهونات أو الدهونات المخفوقة Shake Lotion هي معلقات Suspensions لمواد صلبة في الماء أو في مزيج الإيتانول المائي ، حيث تكون الدهونات ذات نظام ثنائي الطور . وهي بناءً على ذلك تدعى أيضاً بمزيج المسحوق المائع Liquid Powder Mixtures . وبسبب انفصال الدهون عند تركه إلى

المساحيق الغبارية (التعفيرية) من وعاء التعفير . أما في المساحيق المكتنزة ، فإن لجزيئات المسحوق الصلبة عملاً في الأساس نصف الصلب ، ويستفاد منها في معالجة الاحتكاك فقط . وقد تتضمن المساحيق على عوامل علاجية نوعية كالصادات .

التأثير الدوائي : للمساحيق تأثير مبرد ، وحافظ ، ومضاد للالتهاب ، ومضاد للاحتكاك ومجفف للجلد من جراء وجود سطوح التماس الواسعة ، مع جزيئات المسحوق . ويمكن للمساحيق أن تمتص مقادير ضعيلة من المفرزات ، وتطري الجلد وتجعل الأظفار ناعمة (تأثير صاقل) .

التأثيرات الجانبية : للمساحيق تأثير سطحي فقط ، ولها تأثير مجفف عند استعمالها لفترة طويلة ، لأنها تمتص الماء والدهن من سطح الجلد . وتبعاً لذلك ، فإن المصابين بانعدام الزهم لا يتحملون استعمال المساحيق لمدة طويلة . كما أن المعالجة بالمساحيق تكون غير فعالة في الحالات الجلدية المرتشحة ، والشديدة الالتهاب ، ويجب تجنبها في الجلادات المتأكلة النازة والمتجلبة بشدة ، لأنها تؤدي إلى تجلب أسهل مع خطر حدوث خمج ثانوي .

الاستطبابات : تطبق المساحيق في معالجة الطفحيات الحمامية الحادة طالما لا نجد فيها ارتشاحاً ولا تترافق بآفات ثانوية .

المساحيق المعدنية : وتتضمن بشكل عام على الطلق Talc (ماءات عديد سيليكات المغنيزيوم) ، أو أكسيد الزنك ، كاؤلين ثقيل ، أو أكسيد المغنيزيوم ، ثاني أكسيد التيتانيوم . ومن الاستطبابات الخاصة - في منطقة القلفة مثلاً - ويمكن أن تتضمن هذه المساحيق على تحت نترات البزموت أيضاً . هذا وقد يسبب الطلق أو النشاء أحياناً حبيبومات في الجلد المفتوح . ويمكن أن يضاف العديد من المواد الفعالة إلى المساحيق ، مثل : الصادات ، المطهرات ، ومضادات الفطور .

Rx. CMTZ Powdre

Corn Starch 50.0

Magnesium Carbonate 2.0

Talc 24.0

Zinc Oxide 24.0

مسحوق تعفيري MDS

Rx. Talc

Zinc Oxide 50.0

مسحوق طلقي تعفيري MDS

Rx. Zinc Oxide 20.0

Wool Fat 5.0

Talc to 100.0

Rx. Zinc Oxide

Talc áá 20.0

Glycerol

Purified Water áá to 100

دهون الزنك MDS

هذا وقد تضاف الأدوية مثل المطهرات والستيرويدات القشرية والقطران والكبريت إلى الدهونات المخفوقة . علماً بأن العديد من المستحضرات التجارية لمعالجة العد قد تم تحضيرها على هذا الأساس .

Rx. Clioquinol 0.5

Aqueous Zinc Lotion to 100.0

دهون الكليو كينول MDS

Rx. Ichthammol 5.0

Zinc Lotion to 100.0

دهون الإكثامول MDS

Rx. Liquor Carbonis detergens 5.0 – 10.0

Aqueous Zinc Lotion to 100.0

دهون السائل الكربوني المنظف MDS

Rx. Menthol 0.5

Phenol 0.75

Lime Water 60.0

Olive Oil 60.0

Zinc Oxide 10.0

دهون شامبرغ MDS

Rx. Cinnabar 0.5

Precipitated Sulfur 5 – 10.0

Resorcinol 2.0

Alcoholic Zinc Lotion to 100.0

دهون الزنجفر لمعالجة العد الشائع أو الإكزيمة المثية MDS

Rx. Prednisolone 1.0

Alcoholic Zinc Lotion to 100.0

دهون الپريدنيزولون MDS

Rx. Resorcinol 2.60

Sodium biborate 1.63

Starch 7.50

Calamine 7.50

Alcohol 70% q. s 120.0

دهون نوملاند MDS

المستحضرات التجارية : تتميز دهونات الكالامين (الشكل الصيدلاني المتاح في دستور الأدوية الأمريكية USP) والمسمى

طورين : مائع وصلب ، يجب خض المستحضر قبل تطبيقه ، ومن هنا جاءت تسميته بالدهون المخفوق أو المخضوض . كما أن استعمال تسمية الطلاء الجاف جاء من جراء إمكانية تطبيق المستحضرات على الجلد بواسطة فرشاة حيث يجف بعد ذلك . ويمكن أن تغسل الدهونات بالماء . هذا ويشد التصاق تلك الدهونات بإضافة الغليسيرول أو اللثا Mucilages أو الغول الصوفي إليها ، ويمكن تبعاً لذلك الحصول على تراكيب لزجة .

ويرجع الاستعمال المزوق لمصطلح الدهون إلى نظام تعدد الأطوار والذي يتدفق في حرارة الغرفة . ويتم ذلك بإضافة أسس محبة للماء لإنتاج مستحلب محب للماء (مثل حليب نيفيا Nivea Milk أو مستحلب الأوسرين Eucerin emulsion) .

التأثير الدوائي : للدهونات المخفوقة تأثيرات مبردة ، مقيضة ومجففة ، ومضادة للالتهاب السطحي . أما فعلها المضاد للالتهاب فيكون أكبر من فعل المساحيق وذلك لأنها تحب على الجلد مشكلة طبقة رقيقة من المسحوق الملصق بعد تبخر الجزء المائع من الدهون (متتجة تبريداً بالتبخر) .

التأثيرات الجانبية : إن الدهونات غير ملائمة في معالجة الآفات الجلدية المتجلبة والنازة ، وذلك لأن طبقة المسحوق الملصقة والتي تشكل على سطح الجلد تؤدي إلى خطر إعاقة المفرزات وإلى الأبحاج الثانوية .

ويوصى بالدهونات بتطبيقها لفترة قصيرة فقط عند المرضى ذوي الجلود الجافة بسبب فعلها المجفف الإضافي . أما فعلها المضاد للالتهاب فيقتصر على التغيرات الجلدية الارتشاحية . ويتضمن المزيج المخفوق الشائع الاستعمال دهون الزنك الأبيض المائي (دهون الزنك) ودهون الزنك الأبيض الغولي ، ودهون الزنك الطري (مع أساسات متعددة) .

Rx. Zinc Oxide

Talc áá 20.0

Glycerol 30.0

Ethanol 60%

Distilled Water áá to 100.0

دهون الزنك الغولي MDS

Rx. Multibase

Zinc Oxide

Talc áá 25.0

Glycerol 15.0

Ethanol 60% 15.0

Distilled Water to 240.0

دهون الزنك الطري MDS

Gelatin 15.0

Water 35.0

MDS هلام الزنك

المستحضرات التجارية : يكون هلام الزنك في العادة جاهزاً على شكل عصابات Bandages منها عصابة هلام الزنك ، وعصابة معجونة Dome (عصابة هلام الزنك الرطبة المرنة) .
الاستطبانات : نستخدم العصابات الكتيمة في معالجة التهاب الجلد المتفعل ، كما نستخدم العصابات الضاغطة في معالجة قصور الأوردة المزمن والقرحات الدوائية .

الشرائط اللاصقة Plasters :

هي في الأساس مواد لدنية Plastic قابلة للالتصاق على الجلد ، وتتضمن كأساس على أملاح الرصاص لحموض دهنية ، ودهون وزيت وشموع إلخ ... ويمكن اعتبار الشرائط اللاصقة كمستحضرات تلتصق على الجلد كطبقة صلبة ، وقد تكون محتوية على أدوية .

الشرائط اللاصق الرصاصي Lead Plaster : ويتربك من مرهم الدياكيلون Diachylon الذي يستعمل بعد إضافة حمض الصفصاف (٥ - ٢٠ ٪) في المعالجة الحادة للقرنين وذلك في تقرانات اليدين والقدمين .

Rx. Salicylic acid 5.0 - 10.0 - 20.0

Diachylone Ointment to 100.0

مرهم هيرا بمحض الصفصاف MDS

عصابة الشرائط اللاصقة (Elastoplast, Band-aids)
Bandage Plasters : وتتركب من قماش لدني ، أو من صفيحة Foil مع غطاء لاصق يتحملة الجلد ، الذي يمكن أن يكون مجروحاً ويغطي بالقطن أو الكتان إلخ ... تُصنع هذه الشرائط اللاصقة المرنة تجارياً وتكون متضمنة على أوكسيد الزنك وراتنج Resin ، ولانولين ومطاط ، كمكونات أساسية . وهي لا تحتوي على أملاح الرصاص . وغالباً ما تستعمل اليوم المكاثرات Polymers أيضاً . وقد تطبق المواد الفعالة مباشرة على الجلد على شكل شريط لاصق . .

الاستعمال : غطاء يلتصق بنفسه .

الاستطبانات : النفطية السريعة للجروح ، عصابة شريط لاصق ، عصابة لاصقة . ويحتوي بعض هذه الشرائط على مواد فعالة ، مثل الشرائط اللاصقة الروماتيزمية ، والشرائط الحاوية على حمض الصفصاف والمستعملة في معالجة التقرانات ، كما تستخدم الشرائط التي يضاف إليها الستيرويدات القشرية في معالجة التغيرات الجلدية الموضعية المحددة .

Caladryl بأن لها نماذج جاهزة ومعايرة . أما الدهون المزوقة والموضوعة تحت الاستعمال ، فتتضمن على زيت نيفيا ، دهن شيرد Shepard ودهون حمض اللوز .

الدهونات ذات الإضافات النوعية :

دهونات العد : دهن الزنجفر (Cinnabar) ، ومنها مستحضرات تركيبيية كمحلول الفانو كسيد Vanoxide ومحلول Oxy - 5 ، ومحلول أكسيديرم Acnederm ومحلول Fostex ومحلول Loroxide ومحلول Clearasil .
الصادات : التراسكلين ٥ ٪ ، إريترومايسين ٥ ، ٠ - ٢ ٪ ، كليندامايسين ١ ٪ .

مضادات الحكة : كافور ٥ ٪ ، فينول مائع ٢ ٪ .

المطهرات : كلوكينول ٥ ، ٠ - ١ ٪ ، هكساكلورفين ٥ ، ٠ ٪ ، محلول Neo - Pyodron المخفف فوق (Hydroxybenzoate, Chlorphenesin, dequalinium) .

التآين : حمض التنيك Tannic Acid (١ - ٢ ٪) .

الستيرويدات القشرية : هيدروكورتيزون ١ - ٥ ٪ (Texacort - Hytone, Dermacort, Cortdome) .

الكبريت : كبريت مصعد ٥ - ١٠ ٪ (Fostex) ، دهن Acnederm المخفف () .

القطرانات : إكسامول ٥ ٪ ، محلول قطران الفحم الحجري (٥ - ١٠ ٪) السائل الكبروني المنظف .

الاستطبانات : يستطب بالدهونات المخفوقة Shake Lotions في معالجة الجلادات الالتهابية السطحية ، الحادة وتحت الحادة (الطفحيات الحمائية ، التهاب الجلد التماسي الحاد ، النخالية الوردية إلخ ...) . ويمكن للدهونات المخفوقة أن يكون لها أهمية كبيرة في تخفيف النفاطات البدئية (كخلل التعرق Dyshidrosis) . كما تصلح الدهونات المخفوقة خاصة لتكون أساساً في معالجة الجلادات المثية والمذحية (الثنية) بسبب تأثيراتها المجففة .

هلام الزنك Zinc Gelatin :

وهو مادة هلامية مائية يجب تميعها بالتسخين قبل تطبيقها . ويستعمل هلام الزنك لتحضير ضمادات هلام الزنك الدائمة (المثبتة) . ويتميع هلام الزنك في الماء الساخن لكنه يتصلب في درجة حرارة الغرفة . ويتربك من أوكسيد الزنك والغليسيرول والهلام والماء حسب الوصفة المذكورة :

Rx. Zinc Oxide 10.0

Glycerol 85% 40.0

مثال : مرهم الغليسول غير الشاردي .

Rx. Wheat Starch 10.0 Parts

Water 15.0 Parts

Glycerol 100.0 Parts

Ethanol 96% 5.0 Parts

Finely Powdered Tragacanth 2.0 Parts

مرهم الغليسول MDS

المستحضرات التجارية : هي هلامات محتوية على إضافات .

Akneroxid Gel, Bensagel, المستحضرات المضادة للعد :

Clinesfar Gel, Benzagel, Desquamex, Panoxyl – Gel .

الصادات والمطهرات Terracortril Gel : (أو كسي تراسيكين ، بولي ميكسين – ب ، والهدرو كورتيزون) .

الستيروئيدات القشرية : Uticort Gel, Topicort Gel, Lidex Gel, Benisone Gel .

مضادات فطرية : Fungiplex Gel .

مضادات الحكة : Estar Gel, Camphophenique Gel .

حالات القرنين : Hydrosalic Gel, Kerolytic .

مزيلات التصنيع : Solaquin Gel .

الامتطابات : تستخدم الهلامات المائية عادة لتأثيراتها المضادة للحكة والمبردة ، حيث تطبق موضعياً في معالجة التهاب الجلد الضيائي ، وعضات البعوض ، والطفحيات الشروية الحكة أو الحمامية ، هذا وإن فعلها على الجلد يكون سطحياً جداً .

الأساسات [السواغات] الدوابة في الماء (الهلامات الشحمية) (Water – Soluble Bases (Lipogels) : وهي سواغات شفافة أيضاً ، لكنها خالية من الماء ، وتتضمن دهونا أو مواد دهنية كالبرافين وماءات الفحم وبولي إيثيلين غليكول (Carbowax) ، لانولين ، وحمض الصفصاف الغرواني ، وهي أساسات تمتص الماء ، وتطبق على شكل رهيئات أو هلامات قابلة للغسل .

المستحضرات التجارية : Plastibase, Propylene Glycol, Cetaphil (Texas), Unguentum Cords, Vehicle, N (Nitrogena) .

المعاجين Pastes :

وهي مراهم تحتوي على كمية كبيرة من المسحوق . ويمكن أن تعرف المعاجين على أنها جملة ذات طورين أو معلقات ذات تركيز عالٍ . وهي تحتوي على مزيج من مكون مسحوق

التأثيرات الجمانية : قد تحدث الشرائط اللاصقة تخريشاً جلدياً يعرف بتخريش الشرائط اللاصقة أو التهاب جلد تماسي حاد ، وذلك لاحتوائها على راتنج . وقد تؤدي إلى حدوث أخماج جلدية ثانوية عند تطبيقها المديد ، ونادراً ما تحدث نقص تصبغ ثابت .

المستحضرات التجارية :

شريط حمض الصفصاف اللاصق : يحتوي على حمض الصفصاف بتركيز ٤٠٪ ويستعمل لتطرية فرط التقرن الموضع من شش أو ثفن ، ومن ثآليل وثآليل مسطحة (Gutlplast) . الشريط اللاصق الرثوي : ويحتوي على زيت راتنج الفليفلة وخلصات نباتية أخرى أو مبيغاً (Rheumaplast, Capsiplast, ABC – Pflaster) . وينصح باستعماله في معالجة الحالات الرثوية .

شريط الستيروئيدات القشرية اللاصق : ويحتوي هذا الشريط على الستيروئيدات القشرية مع المادة اللاصقة . وله استطبائاته المحددة (Sermakafolie, Cordran tape) .

الهلامات Gels :

وهي عبارة عن سواغات شفافة حاوية على الماء ، حيث يمكن أن تمتزج فيه الأدوية .

الهلامات المائية Hydrogels :

وهي هلامات غنية بالماء وخالية من المواد الدهنية أو الشحوم . وتتركب من مواد قابلة للانتفاخ بالماء لتعطي أساساً مخاطياً أو قابلاً للتهلب (Brushable) . وتصنع تجارياً من مواد تشكل هلاماً عضوية كالبيتيل سيللوز ، كاربوكسي ميتيل سيللوز ، وحمض الألجنيك Alginic Acid أو البولي أكريليت Poly Acrylate كأساس .

أما ما يدعى بالمراهم الخالية من الدهن فهي المراهم المستعملة في تكوين غروانيات Colloids قابلة للانتفاخ مثل الجيلاتين والصمغ العربي وصمغ الكثيراء (مخاطين نباتي) ، بكتين أو التيلوز tylose والتي تشكل مع الماء والغليسول هلاماً شفافاً أو أساساً جيلاتينياً . وتلعب هذه الهلامات المائية دوراً هاماً في المزوقات .

التأثير الدوائي : إن للهلامات المائية دوراً مبرداً ، ومضاداً للالتهاب السطحي ، كما أن لها تأثيراً مضاداً للحكة وهي نفوذة للحرارة والماء والمفرزات ويمكن غسلها بالماء .

التأثيرات الجمانية : للهلامات المائية تأثير مجفف عند تطبيقها بشكل مديد . وتبعاً لذلك فهي أقل ملائمة للجلد الجاف . أما الحللات الزهمية فتتحمل هذه الهلامات بشكل حسن .

Rx. Zinc Oxide
Talc áá 25.0
Yellow Petrolatum to 100.0
معجونة الزنك MDS

Rx. Zinc Oxide
Wheat Starch áá 25.0
White Petrolatum to 100.0
معجونة الزنك (أو معجونة لاسار) MDS
علماً بأن معجونة لاسار الحقيقية تحتوي على ٢٪ حمض
الصفصاف

Rx. Zinc Oxide
Talc áá 30.0
White Petrolatum to 100.0
معجونة الزنك الصلبة MDS

Rx. Zinc Oxide
Talc áá 15.0
Arachis Oil 10.0
Soft Ointment to 100.0
معجونة الزنك الطرية MDS

Rx. Zinc Oxide
Talc áá 25.0
Soft Ointment to 100.0
معجونة الزنك مع اللانولين MDS

Rx. Olive Oil 30.0
Zinc Paste to 100.0
معجونة الزنك الطرية MDS

Rx. Bismuth Subgallate 10.0
Zinc Oxide
Talc áá 25.0
linseed Oil 20.0
lanolin to 100.0
المعجونة المجففة للحلل التعرق MDS

Rx. Zinc Oxide 15.0
Olive Oil 10.0
Lanolin to 50.0
معجونة الزنك الطرية MDS

المستحضر التجارية :

معجونة الزنك الطرية : Desitin Oint, Zinc Oxide Oint
USP, Hermal paste .
معجونة الزنك : (متاحة تجارياً تحت هذا الاسم) .

ومرهم أو رهيم ، أما مقدار المسحوق المكون فلا يقل عن ١٠٪ . ويمكن أن نميز أصنافاً مختلفة من المعاجين استناداً على تركيز المكون المسحوق فيه :

معجون عادي : تكون نسبة المسحوق المكون إلى المرهم هي ١ : ١

معجون قاسي : وتكون نسبة المسحوق المكون إلى المرهم هي ١ : ٢ .

معجونة طرية : وتكون نسبة المسحوق المكون إلى مرهم الأساس هي ١ : ٢ .

التأثير الدوائي : للمعاجين تأثيرات مبردة ، مضادة للالتهاب ، ماصة للمفرزات (مجففة) وواقية للجلد . ويكون للمعاجين القاسية فعل مبرد أصفر ، لكن فعلها الحافظ للحرارة والواق للجلد يكون أعظمياً .

المعاجين القاسية : تصلح المعاجين الصلبة أو القاسية لتغطية حواف التقرحات الركودية بشكل خاص ، كما تفيد لمنع حصول تعطين أو تفاعل إكزيمائي تماسي خلال المعالجة الموضعية للتقرحات . وينصح في تطبيقها لحماية الجلد حالة الاضطراب للاستلقاء المديد .

المعاجين الطرية : تناسب المعاجين الطرية الجلد ، وذلك لفعلها الكبير المضاد للالتهاب وفعلها المطري الممتاز ، لكن خواصها الحافظة للحرارة تكون أقل من المعاجين الصلبة . وهي تلائم المرضى غير المصابين بمث نموذجي أو الذين لا يعانون من انعدام الزهم الشديد .

التأثيرات الحفانية : تمتلك المعاجين الصلبة تأثيراً حافظاً للحرارة بشكل خاص ولذلك فهي مضادة للاستطباب في حالات التهاب الجلد الحاد ، وحالات الجلد التقرحية أو التآكلية ، علماً بأنه قد يحدث خمج جرثومي ثانوي تحت المعجونة المغطية . هذا وقد تؤدي المعاجين المحبة للدهن إلى حبس الحرارة مع إحداثها لتفاعلات على شكل خلل التعرق في الراحتين والأخصصين . ويجب أن لا تستعمل المعاجين على الرأس بسبب التصاقها بالأشعار وصعوبة إزالتها . هذا وتحتوي العديد من المعاجين على غول الشمع الصوفي أو اللانولين . علماً بأن تلك العناصر تزيد فعل المعاجين الماص للمفرزات ، كما وتزيد إمكانية تطبيقها ، غير أن أهميتها تبرز من خلال كونها كمستضدات بالتماس كامنة ، وإنه قد يتوقع تبعاً لذلك ، إحداثها لتفاعلات غير محتملة . هذا وإن معجونة الزنك مع الودلين النقي لا تعمل كمستضد بالتماس .

المعاجين المعيارية Standard Pastes : إن هذه المعاجين هي معجونة الزنك ، معجونة الزنك الطرية والمعجونة الجافة .

معاجين تحتوي على مضافات نوعية : .

مضادات الفطور : منها Sterosan Paste الحاوية على كلور كينالدول ، ومنها التالية :

Rx. Precipitated Sulfur 10.0

Soft Zinc Paste to 100.0

معجونة الزنك الكبريتية لمعالجة الفطور الشعروية العميقة
MDS

مضادات الصدف : الأنترا لين Anthralin (Dithranol) في تركيزات متزايدة من معجونة الزنك المحتوية على حمض الصفصاف (معجونة لاسار مع ٢٪ حمض الصفصاف) ، معجونة Stielasan أو معجونة Lasan .

المطهرات : كلوكينول ٠,٥ - ١,٥ ٪ ، كلور كينالدول أو معجونة ستيروسان Sterosan .

الكبريت : هناك معجونة الزنك بالكبريت وحمض التانيك ، لها فعل مجفف ومضادة للجراثيم ، ويمكن أن تعالج بها أكرزيمة اليدين المزمنة .

Rx. Tannic Acid 1.0

Precipitated Sulfur 2.0 - 10.0

Soft Zinc Paste

Soft Ointment áá to 100.0

معجونة الزنك بالكبريت وحمض التانيك MDS

معاجين حافظة : Kerodex, Hydrope, Siliderm, Covicone .

الاستطبابات : يُشار بالمعاجين القاسية لتغطية التقرحات وإحاطتها ، وخاصة تقرحات الساق وقروح الاستلقاء . كما يوصى بالمعالجة البديئة بالمعاجين مع/أو دون مضافات فعالة مناسبة وذلك في الحالات الجلدية تحت الحادة أو المزمنة ، وخاصة في الإكزيمة المترافقة بارتشاحات شديدة أو بتحرز ثانوي ، وفي الحالات الالتهابية تحت الحادة أيضاً . وتفيد المعاجين الطرية ، وخاصة عند الاقتراب من الشفاء الكامل ، لحالات التهاب الجلد التماسي . إذ يمكن تطبيقها بعد انقضاء طور المعالجة بالضمادات Dressing أو الرهيمات المبردة . ويشار بالمعالجة عند عدم تحمل المراهم . ويكون التحمل للمعاجين الطرية حسناً في حالة انعدام الزهم . ولكن يجب تجنب استعمالها في حالات المث .

إن المعاجين مهمة أيضاً في المعالجة ثنائية الطبقات ، حيث تعني تطبيق معالجتين خارجيتين معاً . ففي الإكزيمة الثابتية مثلاً تطبق على الأماكن المصابة رهيمات محتوية على ستيرويديات قشرية ، وبعد ذلك ، تغطي الطبقة المذكورة من الرهيمات

بمعاجين طرية . تزال المعاجين الطرية بالزيوت أو بالبارافين المائع بشكل حسن ودون فرك عنيف .

الزيوت Oils :

إن الزيوت الطيبة هي مستحضرات تحتوي أدوية منحلّة في زيت دسم ، أو معلقات لمساحيق في الزيت أو الأساس الدهني ، وهي مائعة بدرجة حرارة الغرفة .

التأثير الدوائي : تستعمل الزيوت في تزييت الجلد وإزالة بقايا المعالجات الجلدية مثل المراهم والمعاجين والدهونات ، ولتطرية التراكمات مثل الجلبات والوسوف ، كما تفيد في المعالجة المضادة للالتهابات السطحية الخفيفة ، وخاصة عند الأطفال .

التأثيرات الجانبية : لا يشار باستعمال الزيوت عند الكحول المصابين بالمث أو بجلادات مثية .

الزيوت المعدنية Mineral Oils : وهي ماءات فحمية مشبعة من النفط ، وأهم أنماطها المعروفة هي البارافين المائع والبارافين المائع الخفيف . هذه الزيوت المائعة ، والتي لا تصبح زنجخة Rancid كإضافات للمراهم الطرية كمراهم أو دهون الشفة .

Rx. Light Liquid Paraffin 10.0 - 20.0

Ointment Base to 50.0

دهون طري للشفة MDS

مرهم الشفة التجاري : Bepanthen with Sunscreen, Ilvido .

الزيوت النباتية Plant Oils : إن هذه الزيوت في معظمها ثلاثية الغليسيريديت لحمض زيتي أو لحموض مشبعة أخرى ، أو لحموض دسمة غير مشبعة ذات سلاسل طويلة مختلفة .

زيت الزيتون Olive Oil : وهذا كثير ما يستخدم كسواغ :

Rx. Zinc Oxide

Olive oil áá to 100.0

زيت الزنك MDS

Rx. Tumenol 5.0

Zinc Oxide

Olive oil áá to 100.0

زيت الزنك مع التومينول MDS

Rx. Talc 35.0

Olive Oil to 100.0

زيت الطلق MDS

Rx. Olive Oil

ويعتبر زيت فول الصويا Soya bean Oil والزيت السائل (Isopropyl Myristate) من أهم زيوت الحمام الطبية ، ومنها (Lubath ، Oleobal ، Domol ، Alpha Keri) ، Robathol ، Nutraspa ، Mellobath ، Lubrasol ، (Norell Bath Oil ، Ultraderm ، Tolakol ، Surfoll) .

المراهم والمستحلبات Ointments and Emulsions :

مستحضرات مائعة أو طرية تطلب للاستعمال الخارجي بتطبيقها أو دككها ، وتمتلك خواصاً فيزيائية أو كيميائية مختلفة استناداً إلى تركيبها . وهي تلعب دوراً مهماً لكونها حوامل للدواء في المعالجات الجلدية الموضعية . ولا يوجد ثمة تسمية منسقة لهذه الزمرة من جراء تركيبها المعقد جداً ، وغير المعروف أحياناً . ومن الناحية الجلدية هناك أهمية كبيرة في الممارسة للتعرف على هذه العوامل الجلدية من خلال تراكيبها الكيميائية ، وتميز فعلها الدوائي Pharmacological على الجلد ، لأن انتخاب السواغ الملأم في معالجة الشكايات الجلدية يتحدد بذلك . وهكذا مثلاً ، فإن المراهم الستيرويدية يمكن تحضيرها على أساسات مختلفة من قبل مصانع الدواء (مرهم دهني ، رهيم ، مستحلب ، هلام) . ويجب على أطباء أمراض الجلد معرفة القاعدة لانتخاب الأساس (السواغ) الملأم لحالة الجلد . كما يجب عليهم معرفة ما إذا كان ذلك الأساس متضمناً على مستضد كامن بالتماس مثل (اللانولين ، أغوال الشمع الصوفي ، العوامل المستحلبة ، العطورات ، الحافظات إلخ ...) والذي قد يؤدي إلى تفاعل غير محتمل في الحالة المعالجة .

وتتركب الأساسات المختلفة من سواغات مع مكونات أساس ، أما الرئيسية منها والمستعملة حالياً فهي :

ماءات الفحم : مثل الودلين ، البارافين اللزج أو المائع والبولي إيثيلين غليكول .

الأغوال : مثل الغليسيرول ، السوربيتول ، القول السيتيلي Cetyl Alcohol ، الكولسترول البولي إيثيلين غليكول .

الحموض : مثل الحمض الدهني Stearic Acid أو حمض النخل .

الأسترات : مثل ثلاثي غليسيريد إيزوبروبيل Isopropyl Myristate ، الشموع .

العوامل المستحلبة لمختلف الأنماط .

المثبتات Stabilizers : كالحافظات ومضادات الأكسدة . ومن المهم جداً التحذير من إمكانية فعل السواغات المختلفة أيضاً كمستضدات كائنة بالتماس .

lime Water 44 to 100.0

يجب خضنه قبل الاستعمال MDS

زيت فستق العبيد السوداني Arachis Oil : وهو زيت الفول السوداني ويعتبر مكوناً هاماً للأساسات الدهنية .

زيت لبا Lappa Oil : وهو زيت جذر نبات الأرقطيون (راعي الحمام) ويستخدم في تصفيف الأشعار ، كما يستعمل كمضافات للشامبوات Shampoos .

زيت اللفت Rape Oil : يستخدم هذا الزيت أيضاً في المستحضرات الدوائية المختلفة .

زيت الخروع Castor Oil : يستخدم كمضاعفات لمقويات الشعر الغولية .

زيت الزنك : يستعمل خاصة في حالات الجلد الالتهابية المغطية لمناطق واسعة من البدن . ونظراً للامتصاص السريع لمكون الزنك الزيتي بالضادات وأقمشة السرير فإن الذي يبقى هو المكون المسحوق لزيت الزنك على الجلد . وهكذا تتشكل رسوبات سطحية جافة ، مضادة للالتهاب . وتبعاً لذلك فيجب إعادة تطبيق زيت الزنك عدة مرات في اليوم .

التأثيرات الحساسية : إحداث جفاف في الجلد مع طول فترة المعالجة .

الاستطبابات : يستعمل زيت الزنك خاصة في طفحية الحفاض عند الرضع وصغار الأطفال ولعلاج الالتهابات أيضاً ، وجلادات المناطق الكبيرة كما في معالجة الإكزيمة المذحية (إكزيمة الثنيات) .

زيت حمض الصفصاف : يستعمل هذا الزيت لتلين الوسوف أو الجلطات المتوسفة المتوضعة على الرأس .

Rx. Salicylic Acid 3.0

Olive Oil to 100.0

زيت حمض الصفصاف MDS

الزيوت الحيوانية :

زيت السمك Cod Liver Oil : يدخل هذا الزيت في تركيب العديد من المراهم التي تفيد في معالجة الجروح والتقرحات والحروق : مثل ضمادات Medicone و Desitin ومستحلب سكوت Scott .

زيوت الحمام Bath Oils : كثيراً ما تستعمل الزيوت كمضافات للحمام ، ذلك أن الحمام والرشاش Showers كلاهما يؤدي إلى جفاف الجلد ، وتعيض زيوت الحمام عن الدهن للجلد الجاف . ويشار بزيوت الحمام للمرضى الذين يعانون من حالة انعدام الزهم أو المصابين بالتهاب جلد تأبسي .

ولأغراض عملية بحتة يمكن تصنيف مختلف أنواع المراهم والمستحلبات كما يلي :

المراهم الدهنية أو نفورة الماء Fatty or Hydrophobic Ointments :

تكون هذه المراهم عملياً لا مائية ، محبة للدهن ، نافرة للماء ، ذات أساسات عالية الدهن ، قابلة للتفتت في درجة حرارة الغرفة ، تتلين أو تذوب عند ارتفاع حرارة الجو ، ولا يمكن غسلها بالماء ، ولذلك فهي تقي الجلد من المواد المحبة للماء . وهي تتركب من زيوت معدنية ، أو نباتية ، أو حيوانية ، أو من زيوت صناعية خاملة .

التأثير الدوائي : تشكل المراهم الدهنية طبقة ساترة كيميائية على الجلد ، ولها خواص مدفئة وحابسة للماء ، ومطرية للجلد ، كما أنها تحض على نفوذ الدواء الذي يملك إما خاصية حالة للقرنين (مثل حمض الصفصاف) أو خاصية مضادة للالتهاب (مثل الستيرويدات القشرية) .

التأثيرات الجانبية : تحدث أثناء المعالجة بهذه المراهم الدهنية إعاقة كبيرة في تحرر كل من الماء والحرارة . وهذا يمكن أن يزيد الالتهاب وخاصة في حالات التهابات الجلد الحادة ، ويجب توقع حدوث طفوح خلل التعرق Dyshidrotic Eruption عند تطبيق هذه المراهم على اليدين والقدمين ، وخاصة في الطقس الحار ، بسبب انسداد أفتية الغدد العرقية الناتجة . وقد يحدث خمج ثانوي إذا ما انسدت الجريبات . ويكون تحمل المراهم الدهنية أقل عند المرضى المصابين بمث أو بجلادات مثية .

الاستطبابات : إن مجال استطباب المراهم الدهنية ضيق تماماً ، فهي تستخدم في إزالة الوسوف (مثل وذلين حمض الصفصاف) ، وفي معالجة فرط التقرن وإكزيمة اليدين المتشققة (مثل مراهم الستيرويدات المحتوية على دهن) . وتستخدم أخيراً في معالجة المرضى المصابين بانعدام الزهم ، وحالات جفاف الجلد مثل السمك والإكزيمة التأتبية . علماً بأن هذه المراهم مضادة للاستطباب في الآفات الجلدية الالتهابية الحادة .

المراهم Ointments : المراهم عوامل تتلين وتذوب في حرارة الجسم ، ويمكن تطبيقها أو دلكها على الجلد . وتتضمن من الناحية الكيميائية سواغات دهنية محبة للدهن ، نافرة للماء ، وهي تخرج بالدهون دون تحديد ، ولها خاصية امتصاصية للماء ، ولكن بشكل لطيف .

ويستعمل مصطلح « المراهم » أيضاً للمستحلبات المحبة للدهن من غط الماء في الزيت (م/ز) (W/O) مثل الرهيمات المحبة للدهن . وتخرج هذه الجملة ثنائية الطور أيضاً بالدهون وهي قابلة لامتصاص مقدار قليل من الماء (يصل حتى

٣٠٪) . أما الكريمات المزوقة مثل الرهيمات المسائية « رهيم الأوسيرين Eucerin ، نيفيا ، Linola Fett ورهيم Keri Lipo Cordes - فهي أمثلة على ذلك ، حيث أنها متعددة الامتناس وحاملة للماء عندما تكون الإماهة مكافئة .

التأثير الدوائي : تشابه في تأثيرها المراهم الدهنية ، فهي مشحمة ، ومطرية وتشكل غطاءً كثيفاً ، مع حفظها للحرارة وحبسها للمفرزات (خطر الحمج الثانوي) ، كما أن لها تأثيراً مبرداً خفيفاً ، ولا يمكن غسلها إلا بصعوبة .

التأثيرات الجانبية : لهذه المراهم ميلٌ لتحريض الالتهاب في حالات التهابات الجلد الحادة بسبب تأثيراتها الكثيفة ، كما أنها تحض على إحداث خلل التعرق على الراحتين والأخصين في الصيف .

الاستطبابات : أكثر ما تستخدم المراهم في التهابات الجلد المزمنة (صداف ، إكزيمة مزمنة) ولتطرية الوسوف والجلبات أو لتشجيع المرضى المصابين بانعدام الزهم أو الجلادات منعومة الزهم . ولا يجوز تطبيق المراهم عند المصابين بالمثل أو الحالات المثية ، كما لا تطبق في الحالات الالتهابية الحادة .

الرهيمات Creams : وتطلق على المراهم المتضمنة على الماء . إلا أن هذه التسمية لا يمكن تقييدها بنمط واحد . ويتركب الرهيم في الأساس من مستحلب كجملة ذات طورين للماء والمواد الدهنية . هذا ويمكننا تمييز نمطين من المستحلبات أو الرهيمات :

مستحلبات من غط الماء في الزيت (م/ز) : وهي عبارة عن قطرات من الماء موزعة بطور زيتي خارجي متجانس (مواد دهنية) . هذا وإن الزبدة ، والرهيمات ، وrehيمات المزوقات الليلية من هذا النمط من المستحلب . ويدعى هذا النمط حسب أساسه بالرهيم المحب للدهن بسبب إمكانية امتصاصه للدهن . وتمتلك هذه الرهيمات خواصاً منفرة للماء وتصرف كمهم بشكل جوهري ، وكمثال على ذلك هناك Cold Cream USP (مرهم ماء الورد) .

مستحلبات من غط الزيت في الماء (ز/م) : وهي عبارة عن قطرات من الزيت أو الدهن موزعة في طور مائي خارجي . وفي الحقيقة في حليب البقر ، والعديد من المزوقات المرطبة أو الرهيمات النهارية تكون من هذا النمط ، ويدعى هذا النمط حسب أساسه ، بالرهيم المحب للماء من جراء قدرته الماصة للماء ، كما أنه قابل للفصل بالماء ، لكنه لا يمتزج بالدهن . ويملك هذا الرهيم خواصاً دوائية تختلف عن الرهيمات المحبة للدهن .

التأثير الدوائي : تحتوي الرهيمات المحبة للماء ، أي مستحلبات ز/م على مواد دهنية وماء كافٍ (يصل حتى ٧٠٪) ومواد مستحلبة . ولا تمتلك أسس هذه الرهيمات خواصاً دهنية كما أنه

مضادات الاستطباب : لا يجوز تطبيق هذه الدهونات في حالات التهابات الجلد المزمنة ، أو عند وجود جلطات أو توسف وذلك بسبب فعلها السطحي والجفف . وتعتبر مضادة استطباب عادة بالنسبة للمصابين بانعدام الزهم وحالات جفاف الجلد مثل السماك .

التركيب والصُّيغ

Composition and Formula

المواد الدهنية المعدنية :

البارافينات : وهي ماءات فحم مشبعة تنتج عن تقطير النفط ، وكثيراً ما تدخل في تركيب أساسات المراهم ، وهي كتيمة منفرة للماء وذات خواص شبيهة بالوذلين .

البارافين المائع والبارافين المائع الخفيف : وهي تفيد لكونها لزجة أو كوذلين مائع شديد السيولة (زيت معدني) . ويفيد أيضاً البارافين الصلب .

الوذلين (Petrolatum (Vaseline) : ويستحصل كفضلات من النفط المقطر ، ومن هنا جاءت تسميته **Petrolatum** ، ويتجمد بدرجة حرارة ما بين ٣٨° و ٥٦° . وهو مادة سادرة (عديمة التخرب) ، لينة ، وغير مؤرجة وتمتزج مع معظم الأدوية وتبقى ثابتة فترة طويلة . وباعتبار أن الوذلين لا يمتص الماء بشكل خاص فهو عندما يغطي الجلد يمنع انطلاق الحرارة وتحرير الماء ، مما يساعد على الاحتباس ، كما أن له فعلاً ملطفاً . وقد يؤدي استعماله المديد ، متضمناً المزوقات المضاف إليها ، إلى ما يسمى بالجلد الوذليني **Vaselinoderm** .

الوذلين الأصفر : وهو مفضل على الوذلين الأبيض في المعالجات الجلدية ، وذلك لأن إضافة المواد القاصرة ، ولو بمقادير زهيدة . قد يؤدي إلى تحريش الجلد . ويدخل الوذلين في تركيب عدد من المستحلبات .

المراهم الودلينية Petrolatum Ointments : وتتضمن الوذلين USP والوذلين أليف الماء ، حيث أن هذا الأخير يأخذ مقادير كبيرة من الماء لاحتوائه على الكولسترول وعلى غول ستيريلي **Stearly alcohol** وشمع أبيض .

المرهم الطري Soft Ointment : وهو غمط بدئي لمرهم دهني يتركب من أجزاء متساوية من الوذلين الأصفر واللاتولين .

مرهم لزقة الرصاص لهر Diachylon Oint (Hebra) : ويتركب من ٣ أجزاء من الوذلين وجزعين من لصوق الرصاص **Lead Plaster** . وهو مرهم كثير الدهن ويفضل استعماله في

ليس لها تأثيرات كتيمة . إلا أن لها تأثيراً مبرداً ومضاداً للالتهاب ينجم عن تحرر الماء (مبردة بالتبخر) ، وهي تلتصق بالجلد الرطب وتنفذ بسرعة إلى الجلد ، وهي قابلة للغسل بالماء . وتتطلب هذه الرهيمات إضافة مواد حافظة لها بغية وقايتها من نمو الجراثيم .

التأثيرات الجلدية : لهذه الرهيمات تأثير مجفف ، وأحياناً حاك عند تطبيقها لفترة طويلة وذلك بسبب ميلها للتبخر ، وهي تخرض على حدوث الجفاف والتوسف في حالات جفاف الجلد أو انعدام الزهم .

الاستطبابات : يوصى بهذه الرهيمات في الجلادات الالتهابية الحادة أو النازة في جميع حالات الإصابة بالمش . ويتحملها عادة المرضى المثين بشكل حسن .

مضادات الاستطباب : يوصى بعدم استعمال هذه الرهيمات عند المصابين بانعدام الزهم وفي حالات جفاف الجلد مثل السماك ، والتهاب الجلد التأتبي ، كما أنها غير مناسبة لإزالة التراكمات (وسوف ، جلطات ، فرط تقرن) .

المستحلبات المائعة (الدهونات) - Liquid Emulsion (Lotions) : ليست المستحلبات سوى مزوقات شديدة الميوعة ، ومن المهم تمييز هذه المستحلبات من الدهون الأبيض أو الدهونات المخفوقة ، وهي ذات أساسات سائلة ، حليلية اللون والكثافة ، وتتكون في الأساس من ماء مع عوامل محدثة للاستحلاب ومواد دهنية قليلة ، أي أنها مستحلبات محبة للماء من غمط ز/م . كما أن لها أهمية معتبرة في المزوقات لكونها منظفة وتستخدم كدهونات للجسم . أما في الطب ، فهي أساسات مألوفة وتستخدم كحوامل للستيروئيدات القشرية ، وفي معالجة الحالات الجلدية وتأهيلها . ويجب إضافة الحافظات لهذه المستحلبات لمنعها من التلوث الجرثومي والتفكك .

التأثير الدوائي : تملك هذه الأساسات فعلاً سطحياً جداً على الجلد . إذ أن لها تأثيراً زيتياً خفيف مع فعل مبرد نتيجة تحرر الماء من المستحلب التالي لانتشاره على الجلد ، محدثاً تأثيراً مضاداً للالتهاب في الجلادات الحامية الالتهابية الحادة . وهي لا تثبط انطلاق الحرارة أو المفرزات أو تحرر الماء ، وتمتاز بالتصاق جيد على الأغشية المخاطية والتآكلات .

التأثيرات الجلدية : لهذه الدهونات فعل مجفف للجلد لدى استعمالها لمدة طويلة بسبب تحريشها السريع .

الاستطبابات : تطبق في أمراض الجلد الالتهابية الحادة الناعمة أو المنفضة ، كالتهاب الجلد التماسي الحاد ، وخلل التعرق الحاد ، وإكزيمة خلل التعرق . وتصلح أيضاً لمعالجة المناطق المذحية والأمراض الالتهابية للمخاطيات .

المعالجة الحالية للقرنين على راحتين والأخصصين ، و هو نادر الاستعمال .

الدهون الصناعية : وهي عبارة عن مواد دهنية مثل : دي ميتيل بولي سيلوكسان Dimethylpoly – Seloxane تضاف إلى المراهم الدهنية والمراهم الواقية للأنسجة (Covicone, Silicoderm) . كما تستعمل أيضاً استرات حمض الزيت في صنع أساسات المراهم مثل (Oleyl Oleate DAB – Cetiol, Isopropyl myrisate, Isopropyl Palmitate) .

الشحوم النباتية والحيوانية : وهي عبارة عن ثلاثية الغليسريدات لحموض دسمة عالية (دسم وزيت) أو استرات لحموض دسمة عالية مع أغوال دهنية . أما لزوجتها فتعتمد أساساً على وزن الجزيئات ودرجة التشبع . وهذه الشحوم شديدة الدهن ، غير أن تأثيرها الكيم أقل من تأثير المواد الدهنية المعدنية ، وهي قليلة الالتصاق على الجلد الرطب . كما أنها لا تغسل بالماء بشكل جيد ، أما محاسنها فهي أنها شبيهة بدسم الجلد . وأما مساوئها فهي حساسيتها الشديدة للتأكسد في بعض الحالات ، ولأن استقرارها يجعلها زنتجة . إلا أن الشحوم التالية لا يزال لها دور مهم .

شحم الخنزير *Pig Lard* : يعامل شحم الخنزير مع حمض الجاوي ٢٪ لمنع التزنخ . ويستعمل شحم الخنزير الجاوي في تحضير مراهم الرأس .

Rx. Salicylic Acid 5.0

Dissolve in Olive Oil q.s.

Benzoinated Lard to 100.0

لتطرية الجلبات والوسوف على الرأس MDS

إن هذه الصيغة ، طرية وهي تزيل الوسوف والجلبات بشكل جيد ويمكن غسلها بالصوابين والمنظفات وهي لا تلتصق على الفروة مثل الودلين .

الزيوت النباتية والحيوانية : وقد جاء ذكرها سابقاً .

شحم الصوف *Wool Fat* : وهو عبارة عن شحم صوفي مائي .

شحم الصوف اللا مائي *Anhydrous Wool Fat* : يمكن أن يمتص شحم الصوف اللا مائي المنقى بقدر حوالي حجمه ماء وهكذا يتشكل المستحلب الدهني من نمط م/ز ، مثل الرهم أليف الماء . وتنجم هذه المقدرة عن تضمنه لعوامل الاستحلاب من الغول الصوفي الشمعي .

اللانولين : يتكون هذا الأساس المحب للدهن من ١٣ جزءاً من شحم الصوف اللا مائي مع ٤ أجزاء ماء و ٣ أجزاء بارافين

مائع . ويمكن لللانولين أن يشكل مستحلباً دهنيًا م/ز مثل الرهم المحب للدهن وذلك من جراء امتصاصه المحدود للماء . ومن المهم أن نذكر إمكانية حدوث تفاعل أرجي تماسي عن اللانولين .

الأوسيرين *Eucerin* : عزل لايفشوتز Liefschutz جزيئات غول شحم الصوف من شحم الصوف وأسماها بالأوسيرين . وهو يصنع دوماً كأساس ماص للماء . ويتركب الأوسيرين اللامائي من ٩,٥ جزءاً من مرهم البارافين و ٠,٥ جزء من الأوسيرين . ويستطيع أن يمتص حوالي ١٠٠٪ ماء .

ناطف الحوت *Spermaceti* : وهو عبارة عن زيت نطف الحوت ويتكون من بالمينات الإيثيل Ethyl Palmitate ، أي يشبه ما في شمع اللانولين الصناعي (مزيج من السترين وغول العالميتين) أي غول دهني عالٍ . وتكون مراهم اللانولين مستحلبات مع كبريتات ستيريل أستيل الصوديوم . وهي تصلح أيضاً لضم الماء وهكذا يمكن أن تستخدم في صنع المستحلبات .

مرهم غول الصوف *Wool Alcohol Oint* : ويحتوي على غول الصوف وغول Cetyl Stearyl وودلين أبيض . يمتص هذا المرهم الماء ليكون مستحلباً دهنيًا (م/ز) محباً للدهن : مرهم غول الصوف المائي .

المرهم المستحلب *Emulsifying Oint* : يحتوي هذا المرهم المحب للماء على غول ستيريلي متيلي وودلين أبيض وبارافين لزج ، ويمكن الحصول على مستحلب ز/م أليف للماء بإضافة كمية لا بأس بها من الماء . مثل : الرهم القابل للغسل ، والمرهم المستحلب المائي .

مستحلبات الماء في الزيت (*Water in Oil Emulsions*) : وهي مستحلبات محبة للماء وتدعى مثل هذه الأساسات الدهنية اليوم بالرهيمات أو المراهم المحبة للدهن (المراهم المستحلبة) . وتتركب من دهون مختلفة ، ويحدث تشكل المستحلب عندما يضاف العامل المستحلب ويطرح الماء .

المستحلب النافر للماء *Aquaphor* : يتركب أساس هذا المستحلب من جزء من الأوسيرين وجزء من الماء ، وهو غير مخرش ، ويتضمن ماءً ، ورهماً محباً للدهن ذو تحمل حسن وخاصة في الجلد عديم الزهم .

مرهم *Leniens* : وهو مرهم مبرّد ويتكون من التركيبة التالية : Rx. Yellow Beeswax 6.5

Spermaceti 8.0

Arachis Oil 60.0

Glycerol Monostearate 0.5

Distilled Water 25.0

خواص ربط وهنية ضعيفة . إنّ المستحضرات نصف الصلبة القابلة للانتشار هي رهيئات ، أما المستحضرات ذات القوام المائع فهي المستحلبات أو الدهونات ، في حين تكوّن الأجسام الصلبة المعاجين الطرية . وأخيراً فإنّ المستحضرات القابلة للانتشار هي رغوات غازية Gases Foams . وعادة ما تكون رهيئات المزوقات النهارية أو المطريات هي مستحلبات ز/م . وبسبب احتواء هذه المستحلبات على الكثير من الماء ، فإنها تتعرض للتفكك الجرثومي ، وتحتاج بسبب ذلك لإضافة مواد حافظة ، ويمكن أن يحدث فيها تنافر ، إلا أن المهم أن تكون كل من الرهيئات والمستحلبات معلبة في حاويات مناسبة أو أنابيب Tubes بحيث لا يمكن أن يحدث من خلالها تبخر الماء .

ومن أجل تحضير الرهيئات أو المستحلبات ، يمكن استعمال عوامل مستحلبة غير مشرّدة مثل بولي إيثيلين غليكول أو التوين Tween ، أو عوامل مستحلبة مشرّدة مثل اللانيت N Lanette (٩ أجزاء غول ستيرول ، ستيل ، وجزء من كبريتات ستيرول الصوديوم) أو كبريتات لاريل الصوديوم Sodium Lauryl Sulfate أو أملاح الأمونيوم ثلاثي الإيتانول لحموض دسمة غير مشبعة .

المرهم المستحلب Emulsifying Oint (كتاب الأدوية الألماني DAB8) : يحتوي هذا المرهم على غول ستريل أستيل مستحلب ، وبارافين مائع لزج ووذنين أبيض . هذا وينجم عن نزع الماء رهيم أليف للماء : مرهم مستحلب مائي .

Rx. Emulsifying oint DAB8 30.0

Distilled Water to 100.0

مرهم محب للماء مائي MDS

وهذه مميّغ أخرى :

Rx. Sodium Lauryl Sulfate 1.0

Propyl glycol 12.0

Stearyl alcohol 25.0

Petrolatum 25.0

Water 37.0

Methyl hydroxybenzoate 0.025

Propyl hydroxybenzoate 0.015

مرهم محب للماء MDS USP

Rx. Lanette N 10.0

Spermaceti 5.0

Arachis oil 10.0

Nipagin 0.5

Distilled Water to 100.0

رهيم بارد MDS

مرهم مبرد MDS

مرهم غول الصوف المائي : ويتركب من أجزاء متساوية من كلّ من مرهم غول الصوف والماء .

مراهم العوامل المستحلبة المركبة : وتحتوي إما على استرات حمض بولي إيثيلين غليكول الدهني ، مثل : سترات البولي إيثيلين ٤٠٠ أو استرات حمض الزيت سوربتان بولي إيثيلين غليكول (Polyethylene glycol, Tween 80) وهي تصلح لصنع مستحلبات م/ز الدهنية مثل الرهيئات Sorbitan Oleate أليفة الماء كما أنها سهلة الغسل .

المستحضر التجاري : يتكون مرهم كوردس Ung Cordes من استرات حمض بولي إيثيلين غليكول الدهني ، واسترات مولعة بالفليسيرول ، وماءات الفحم البارافيني وشحم الصوف . أما مستحلب م/ز ، فيتشكل بإضافة ٢٠ - ٣٠٪ من الماء .

Rx. Citric acid Sol 0.5% 30.0

Glycerol 10.0

Ung Cordes to 100.0

مرهم قابل للغسل على الجلد MDS

جليكولات البولي إيثيلين في الاستعمالات الموضعية : يتكون معظم تلك الجليكولات من أساسات إيتيرية متعددة الأكاسيد لدرجات عالية مختلفة من التكوثر Polymerization ، وبالتالي تشكل جليكولات البولي إيثيلين (Carbowax Polywax) ذات وزن جزيئي ما بين ٢٠٠ - ٦٠٠٠ . أما قوامها فيختلف ما بين المائع والشمعي . وهي لا مائية وذات دهن محدد ، وقابلة للذوبان غير محددة . هذا وإن قابليتها للغسل بالماء ذات محاسن عظيمة لأنها تصلح خاصة في معالجة أمراض الرأس لإمكانية إزالتها بالماء من الفروة ، كما أن لها تأثيراً مجففاً عند استعمالها المتعدد وتحملها المصابون بالث بشكل حسن عادة . وقد يحصل تنافر إذا ما تضمنت أدوية ما .

الاستطبابات : تطبيق بشكل أساسي في معالجة حالات الفروة ، كما تفيد في معالجة الحالات الالتهابية تحت الحادة . ومثالها مرهم بولي إيثيلين غليكول .

Rx. Polyethylene Glycol-800

Polyethylene Glycol 1500 44 to 100 g

مرهم بولي إيثيلين غليكول MDS

مستحلبات الزيت في الماء : وهي الرهيئات محبة الماء والمستحلبات عبارة عن مستحلبات من غط (ز/م) وهي تحتوي على الماء دائماً ، وتبدي بشكل أكبر قابلية لامتصاص كمية من الماء غير محددة . وهي ذات فعل دهني قليل وتملك

القواعد في انتخاب السواغات المناسبة : يجب على كل طبيب أن يستفيد من خبرته الخاصة . وينصح باستخدام أساسات (حوامل وسواغات) قليلة معروفة بالتفصيل . ويجب أن تذكر دوماً بأن للأساس نفسه تأثيراً دوائياً على الجلد ، علماً بأن انتخاب السواغ غير الملائم قد يؤدي إلى تأخر الشفاء ، أو إلى سورة Exacerbation الجلاد المعالج ، أو إلى أرجية بالتماس إضافية ، قد يُحبط الفعل المقصود للأدوية المتضمنة . ولا شك أن انتخاب الأساس الملائم يحض على الشفاء ويعتمد ذلك على ما يلي :

- نمط الجلد (حالة إفراز الغدد الزهمية) .
- درجة حدة التغيرات الالتهابية الجلدية .
- شكلياء الأدوية الجلدية المعالجة .

نمط الجلد : يجب ، من حيث المبدأ ، انتخاب الأساس ذو الفعل المغاير ، وهكذا ، وعلى سبيل المثال ، لمعالجة المرضى المثيين (ويشكلون حوالي ٥٠٪ من المرضى) ، أو المصابين بجلادات مثية ، يتم انتخاب أساسات خالية من الدهن ، أو ذات دهن خفيف كالمساحيق ، والمخاليق الغولية والدهونات المخفوقة أو المعاجين الصلبة . كما أن المستحلبات أو الرهيمات المحبة للماء ذات تحمل حسن عندهم . ويوصى بشكل أقل في حالة الجلد المني : تطبيق أساسات عالية الدهن مثل مرهم الدهن اللا مائي (كالوولين والمرهم الطري) ، أو المستحلبات المحبة للأدهان كالأوسيرين المائي أو مرهم شحم الصوف المائي . أما المرضى المصابون بانعدام الزهم (ويشكلون حوالي ١٠ - ٣٠٪ من مجموع المرضى) وهم ذووا الجلود الجافة ، أو المصابين بجلادات انعدام الزهم (السماك ، الإكزيمة التأتبية) فيوصى في البدء بمعالجتهم بسواغات دهنية : مراهم دهنية لا مائية ، معاجين طرية ، أو مستحلبات محبة للدهن (مراهم) . في حين أن المجففات ، والأساسات الأقل دهناً ، مثل المساحيق والمخاليق الغولية والدهونات المخفوقة والمعاجين الصلبة والمستحلبات المحبة للدهن (رهيمات) هي ذات تحمل سيء ، وخاصة عند استعمالها المديد . أما ما يدعى بالأنماط المتوسطة للجلد فتجدها لدى المرضى الذين لا توجد أدلة على إصابتهم بالث أو بانعدام الزهم (ويشكلون حوالي ٢٠٪ من المرضى) . ويفضل معالجة هؤلاء المرضى بسواغات دهنية منخفضة أو بمستحلبات محبة للدهن (رهيمات) وذلك كقاعدة أساسية في المعالجة .

درجة حدة التغيرات الجلدية الالتهابية : تكفي المعالجة المضادة للالتهاب السطحية في معالجة الالتهابات الحادة ، وحالات الجلد السطحية مثل الأخماج أو الطفحيات الانسامية ، والنخالية الوردية ، أو التهاب الجلد التماسي الحامضي الحاد . هذا وقد تكون هذه المعالجة ، مساحيق أو دهونات مخفوقة (دهن

أيض) أو مستحلبات أليفة الماء (رهيمات) . كما أن لكل من المعاجين الطرية ، والمستحلبات أليفة الماء ، والمراهم أو المراهم الدهنية اللا مائية تأثيراً كئياً أيضاً ، فهي تمنع التبخر والتبريد المضاد للالتهاب . وتتطلب حالات الجلد الالتهابية المزمنة أو الحالات المترافقة بارتشاحات التهابية مزمنة - كما في الإكزيمة المزمنة ، والمتحززة ، والحزاز البسيط المزمن أو الصدف - سواغات تسمح بنفوذ كاف للأدوية الفعالة وتمكّن من الوصول إلى مكان فعلها . علماً بأنه يوصى بدئياً بالمعاجين الطرية ، أو المستحلبات المحبة للدهن (المراهم أو المراهم الدهنية اللا مائية) ، في حين تكون المستحضرات الخارجية ذات التأثير السطحي فقط مثل المساحيق والدهونات المخفوقة أو المستحلبات المحبة للدهن (رهيمات) أقل ملاءمة .

المجدول ٦٧ - ٤ : شكلياء الآفات الجلدية والأساسات الملائمة لمعالجتها

الشكلياء	التوصية	الأقل ملاءمة
احمرار حاد	مساحيق ، دهونات مخفوقة ، مستحلبات ، رهيمات	معاجين ، مراهم ، مراهم دهنية
احمرار مع تورم	كما ذكر أعلاه ، ويمكن تطبيق ضمادات رطبة	كما ذكر أعلاه
حويصلات	مساحيق ، دهونات الزنك المخفوقة ، هلامات	مراهم ، مراهم دهنية ، معاجين طرية
نقاطات	ضمادات رطبة ، مراهم مع ضمادات رطبة	مساحيق ، دهونات مخفوقة ، رهيمات محبة للدهن ، مراهم ، مراهم دهنية
تآكلات	ضمادات رطبة ، مراهم مع ضمادات رطبة	مساحيق ، دهونات مخفوقة ، مراهم دهنية
الجلبات	ضمادات رطبة ، مراهم مع ضمادات رطبة مع	مساحيق ، دهونات مخفوقة ، معاجين
	مراهم ، معاجين صلبة ، رهيمات محبة طرية ، مراهم ، مراهم للماء ، هلامات دهنية	
الوسوف	ضمادات رطبة ، ضمادات رطبة مع	مساحيق ، دهونات مخفوقة ، هلامات ، مراهم ، معاجين صلبة ، رهيمات طرية ، مراهم دهنية

نفوذ الأدوية الجيد وعلى تأثيرات الأدوية المجموعية .

الملونات Dyes :

لا يزال استعمال الملونات شائعاً رغم أنها تحجب منظر الآفة ، حيث أن لها تأثيراً قابضاً ومطهرأ . هذا وقد استبعدت من الاستعمال كثير من الملونات الأكريدينية Acridine مثل : لاكينات الأكريدين (Rivanol) بسبب فعلها التماسي المحسس . تستخدم ٨ - كيرينات الكينولينول (شينوسولوم ٠,٠١٪ Chinosolum) في الضادات الرطبة . ويستعمل كل من ميتيل روسانيلين كلورايد (البنفسجية المبكرة ، بنفسجية الجانسيان ، Pyoctanin) ، وب - دي إيتيل أمينوتريفينيل ميتانول (الأخضر المتألق Brilliant green) بتركيز ٠,١٪ - ١٪ في الماء ، وذلك لتأثيرها الجيد المضاد للجراثيم والمبيضات البيض . ولذا فهي تستعمل في معالجة الحالات المذجية ، والإصابات الشرجية - التناسلية ، كما تفيد في تخفيف الآفات التآكلية . إلا أنه يجب أخذ الحذر عند المعالجة بهما عند صغار الأطفال والرضع لإمكانية حدوث نخرة بنفسجية الجانسيان ، ولذلك فلا يجوز أن يزيد تركيزها في مثل هذه الحالات عن ٠,١٪ .

القطران Tars :

وتنتج عن التقطير الجاف لكل من الفحم والخشب والحث Peat (مواد نباتية غير متفحمة) . والقطران مواد شديدة التعقيد وتحتوي على ألوف المركبات الكيميائية .
التأثير الدوائي : للقطران فعل مضاد للحكة ومضاد للالتهاب ، كما أنها مضادة للتأكزم بشكل خاص ، ومضادة للشواك Antiacanthotic ، لدينية التقرن Keratoplastic ومضادة للأخماج . ويوصى بالقطران في معالجة الإكزيمة المرتشحة أو المتحززة المزمنة ، وتفيد في معالجة الخزاز البسيط المزمن والإكزيمة التآبئية والصداف الشائع . هذا وإن القطران مضادة للاستطباب في الحالات الجلدية الناعمة أو الحمجية .

قطران الفحم Coal Tars :

قار الفحم الحجري Lithanthracis Pix : وينتج عن التقطير الجاف للفحم الحجري ، كما في صنع غاز المدن ، ويساع في الصيدليات مثل الدواء . وهو أسود لزج ، مائع ، معتدل إلى القلوي الخفيف وذو رائحة وصفية جداً .

قطران الفحم الحجري : ينتشر فوق الجلد المصاب ، يغطي بضاد ، حيث يشكل مع طبقة الجلد السطحية طبقة قطرانية تتوسف بسرعة .

التقرانات	ضادات رطبة ، مساحيق ، دهونات
	ضادات رطبة مع مخفوقة ، معاجين
	مراهم ، مراهم دهنية ، صلبة ، هلامات ، معاجين طرية
ازتشاحات	مراهم ، مراهم دهنية ، صلبة ، هلامات ، معاجين طرية
التهاب مزمنة مع تحزز	مراهم ، مراهم دهنية ، صلبة ، هلامات ، معاجين طرية
الندبات	مراهم ، مراهم دهنية ، صلبة ، هلامات ، معاجين طرية
الضمور	مراهم ، مراهم دهنية ، صلبة ، هلامات ، معاجين طرية

شكليات الآفات الجلدية المعالجة : يختلف انتخاب أساس الدواء بناء على شكليات الجلاد المراد معالجته . ولقد أشار الجدول (٦٧ - ٤) إلى القواعد التي يجب إتباعها . ومن المهم أن نعلم كميات كبيرة كافية من الأساسات يجب أن تحضر لكامل المعالجة :

- يلزم من المرهم لاستعمال مرة واحدة لكامل الجسم مقدار ٣٠ - ٦٠ غرام .
- يلزم من المراهم لمعالجة اليدين والوجه والرأس والمنطقة التناسلية الشرجية ، حوالي ٢ غ لمعالجة كل منها .
- يلزم من المرهم لمعالجة الطرف العلوي ، ومقدم أو مؤخر الجذع ، ٣ غ لكل منها ، ويلزم حوالي ٤ غ لمعالجة الساق .

كما يجب وصف مقادير مناسبة إذا ما دعت الضرورة الاستمرار في المعالجة لفترة من الوقت .

المعالجة الموضعية النوعية

Specific Topical Treatment

انجبال الأدوية ضمن الأساسات Incorporation of Drugs into Bases : تتألف المعالجة الموضعية النوعية من أدوية تطبق موضعياً ، متضمنة في أساس ملائم (سواغ حامل) . وسوف نذكر هنا فقط الأدوية الأكثر أهمية ، والتي توصف بشكل متكرر لكثرة استطبابتها . ومن الضروري التالف مع التأثيرات الوصفية لكل مستحضر . ويعتمد التأثير الدوائي على طريقة

القطران كإضافات **Tar as Additive** : يوصف القطران الفحمي الحجري بتركيز ٢ - ١٠٪ ضمن الدهون المخفوقة ، أو المعاجين والمراهم وشامبوات الأشعار وزيت الاستحمام .

التأثيرات الجانبية : يجب إجراء اختبار التحمل للقطران من أجل المعالجات الجلدية بواسطة اختبار القطران الذي يقيد بتطبيق موضع وذلك قبل تطبيقه في معالجة واسعة ونظراً لاحتواء القطران على مواد انسجمية محرشة بالضياء ، فيجب تجنب حدوث التهاب الجلد الانسجيمي الضيائي بتطبيق دارثات أو ضمادات . وتعتمد طريقة جويكرمان Goeckerman في معالجة الصدف على هذا المبدأ . وقد يحدث بعد التطبيق المتكرر للقطران ، التهاب جريبات قطراني أو عد (عد زفني Acne picea) وذلك كسائير جانبي موضعي . لكن هذه التأثيرات الجانبية تزول عند التوقف عن المعالجة بالقطران . كما عرفت تأثيرات قطران الفحم الحجري المسرطنة جيداً من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات ولفترة طويلة . غير أن هذه التأثيرات المسرطنة لم تلاحظ لدى الإنسان عند استعماله للقطران لفترة قصيرة . ويجب أن لا يغيب عن البال التأثيرات الامتصاصية للقطران عند استعمال مراهمه فوق مناطق جلدية واسعة وكبيرة . ويوصى بإجراء تحليل للبول أثناء المعالجة ، لأن ثبات اللون الغامق للبول فترة طويلة يشير إلى (بيلة فينولية) .

المستحضرات التجارية : مرهم Bossi (٥ ٪) ، Supertar (١,٢٥ ٪) ، Pragmatar (٤ ٪) Ester Gel (٥ ٪) ، Fototar (١,٥ ٪) ، مستحلب Zetar ، Clinitar ، Berniter .

صبغة القطران Tar Tincture : محلول قطران الفحم الحجري (أو سائل قار الفحم الحجري) : إن صبغة القطران هي عبارة عن محلول قطران الفحم الحجري في خلاصة غولية لصابون الدبغ Soap Bark ، وتدعى بالمطهر الفحمي السائل (Liquor Carbonis detergens) LCD . علماً بأن هذه الصبغة أو المطهر أقل شدة أو فعالية في التأثير من القطران نفسه . تحف هذه الصبغة بعد فرشها ، ويمكن مزجها بنسبة ٥ - ١٠ ٪ مع الزولين . وقد تستخدم أحياناً للحصول على مرهم غول الصوف الدهني ، كما يمكن جيله في مرهم نيفيا .

الاستطبابات : تستخدم هذه الصبغة في معالجة الإكزيمة المزمنة المرتشحة والمتحززة ، والحزاز البسيط المزمن ، والصداف .

القطرانات الحجرية Shale Tars :

الإكسامول Ichthamol : وهو ناتج تقطير مكثرت لزيت

الصخر المكربن بحرارة منخفضة أما الإكثيول Ichthylol ، فهو شكل من الإكسامول ويستحصل من سيلفد (تيرول ، النمسا) .

التأثير الدوائي : للإكسامول تأثير قطراني وكيريني خفيف ، ولذا فهو يفيد كمضاد للالتهاب حيث أنه يمتص الارتشاح ، كما أنه ذو تأثير مضاد للشوك ولدني التقرن .

التأثيرات الجانبية : أقل من التأثيرات الجانبية المشاهدة من جراء تطبيق القطران الفحمية الحجرية النقية ، ولكنها شبيهة بها .

الاستعمال : يستعمل الإكسامول النقي ٢ - ١٠ ٪ في الدهون المخفوقة ، والمعاجين والمراهم ، وخاصة بعد المعالجة الأولية بالستيروئيدات القشرية الموضعية . ويمكن أن يمزج معها أيضاً ، كما يستعمل كإضافات إلى زيت الحمام .

المستحضرات التجارية : مرهم إكسامول ، Derma Medicone HC ، Medicone ، ومـرهم Ichtholan .

الاستطبابات : يطبق الإكسامول في المعالجة المحافظة للإكزيمة المزمنة ، الجذرات البدئية ، كما أن الإكسامول النقي يستعمل لمعالجة الدمامل .

التومينول Tumenol : وهو التومينول الأمونيائي ، والمنتج الشبيه بالإكسامول من المصانع الأخرى .

قطرانات الخشب Wood Tras : وتحتوي على المنتجات النهائية للخشب المقطر ، وهي عادة ذات تفاعل حامضي خفيف .

قطران العرعر Juniper Tar : وقلما يستخدم حالياً كدواء ويدعى أيضاً بقار الصنوبر المُسَمَّم ، أو زيت العرعر .

Rx. Juniper Tar 0.2

Salicylic Acid 2.0

Benzoinated lard to 30.0

مرهم لمعالجة الآفات المفردة في صدف الفروة MDS

Rx. Juniper Tar 20.0

Sulfur 10.0

Salicylic Acid 5.0

Qualatum to 100.0

مرهم لصداف الفروة MDS

قطران البتولا Birch Tar : أو قار البتولا (شجر حراجي) ، قار البتولا أو زيت قطران شجر البتولا . وقد كان يستعمل كثيراً في السابق لسهولة مزجه في الأساسات ، إلا أن له رائحة

قوية . كما أنه محرش جداً للجلد . ويطبق في المراهم أو المعاجين بتركيز من ٠,٥ - ١٪ وذلك في معالجة الإكزيمة المزمنة المثية أو معالجة مث الفروة (شحم الخنزير الجاوي) .

الأدوية المطهرة Antiseptic Drugs :

لهذه الأدوية فعل مطهر و/أو موقف لنمو الجراثيم . ويشترط أن لا تكون مستأرجات بالتماس . هي تفضل الآن في طب الجلد على تطبيق الصادات موضعياً ، وذلك لتجنب معضلة المقاومة للصادات . ويمكن تمييز الزمر المطهرة التالية :

– الغوليات .

– الفينولات .

– الهالوجينات أو المركبات – العوامل المؤكسدة .

– المهلجنة .

– مركبات المعادن الثقيلة . – العوامل القعالة بالسطح .

– الملونات .

الغوليات Alcohols : إن الفعل المطهر للغول (الكحول) ، معروف بشكل جيد ، كما أن لمزيج الإيثانول – الماء ، عادة ٧٠٪ وللغول الإيزوبروبيلي ومستحضراته الأخرى فوائد جمه .

التأثيرات الجمانية : للمحاليل الغولية تأثيرات مجففة على الجلد . **الاستعمال :** كثيراً ما تطبق المحاليل الغولية مع إضافة الصادات (كلورتراسيكلين ٠,٥٪) .

الاستطبابات : تستخدم المحاليل الغولية مع إضافة مطهرات أو صادات بدئياً في معالجة التقيحات الجلدية السطحية ، العد الشائع ، العد الوردي ، أو في معالجة أمراض الفروة .

Rx. Erythromycin 0.5 – 2.0

Salicylic Acid 2.0

Ethanol 50% to 100.0

غول مطهر للوجه في العد الشائع MDS

الفينولات Phenols : للفينول فعل شائع سام وكاؤ إذا استخدم بتركيز عالية ، بينما يكون له تأثير مثبط للتكاثر الجرثومي ، ومضاد للحكة إذا استخدم بتركيز منخفضة ، كما ينضم الفينول إلى زمرة المطهرات الموسعة الخفيفة .

وقد صيغت (غول فابري) لتعطي توسفاً خفيفاً في العد الشائع والثاليل الأخصية والنخالية المرقشة .

Rx. Salicylic Acid 2.0

Resorcinol 2.0

Liquified Phenol 1.0

Ethanol 60% to 100.0

غول فابري MDS

التيمول Thymol : يستخدم التيمول مشابهاً في محلول غولي بتركيز ٠,٥٪ ، كمطهر ، وخاصة في معالجة التهاب ما حول الأظفار .

الهالوجينات والهالوجينات المركبة : إن الكلور واليود مواد مطهرة قوية .

محلول اليود الغولي : وهو سائل أحمر بني ، له رائحة اليود والإيثانول . وهو ملون بشدة وغالباً ما يلجأ حالياً بالاستعاضة عنه بأدوية أخرى .

الاستطبابات : يستعمل محلول اليود الغولي في تطهير الجلد ومعالجة الفطارات السطحية .

يود البوفيدون Povidone Iodine : وهو مركب من اليود والبولي فينيل يروليدون (البوفيدون) حيث ينطلق اليود منه . ولهذا المستحضر تأثير مطهر قوي ضد الجراثيم والفطور والحماح الراشحة والحيوانات الأولية .

التأثيرات الجمانية : قد يحدث في بعض الأحيان التهاب جلد أرجحي بالتماس إضافة للتحسس لليود . كما أن اليود قد يؤثر على الغدة الدرقية من جراء امتصاصه عندما تعالج به مناطق واسعة .

المستحضرات التجارية : محلول ومرهم Betaisodona, Betadine .

الاستطبابات : تطهير الجلد والجروح والتقرحات والحروق والجلادات المصابة بجمع ثانوي .

اليودوفورم Iodoform : تنفك محاليل هذه المواد في الضوء وعند التعرض للهواء وغالباً ما يستخدم اليودوفورم على شكل شاش يودوفورمي .

الكلورامين Chloramine : وهو كلوراميد توسيل الصوديوم ، وهو كلوراميد كريبه الرائحة ، يشتق من التولوين . وهو مطهر شديد الفعالية ، يستخدم في طب الجلد (كلورامين ٨٠) بشكل محلول مائي مخفف بنسبة ١ : ١٠٠٠ على شكل ضمادات رطبة . ويطبق في معالجة الجلادات المصابة بأخماج ثانوية ، والفطارات الجلدية النجسية ، والإكزيمة المتقوية وخلل التعرق المختلط بجمع ثانوي ، وتقرحات الساق .

الستريميد Cetrimide : وقد استعمل سنياً عديدة في التطهير الجلدي ، كما استعمل كثيراً في الجراحة التصنيعية Plastic Surgery . أما التركيز العادي لحلوله المائي فهو ١٪ .

المستحضرات التجارية : سيتافلون Cetavlon .

خللات كلور الهكسديد Chlorhexidine Acetate : يلدو

أن إمكانية هذه المادة لإحداث أوعية بالتماس أقل بكثير من هكساكلورفين ، وهي تستعمل كمطهرات لتطهير اليدين ، وتستعمل أيضاً كحافظات كما في القطران العينية وفي تطهير الجلد في الجلادات الجرثومية . هذا ولا يجوز تطبيق هذه الحلات بتركيز عالية في معالجات العين ومجرى السمع .

المستحضرات التجارية : محلول Hibiclens ومحلول Hibitane المطهر الجلدي .

الاستطبابات : تستعمل هذه المادة في تطهير اليدين لغايات جراحية أو لحفظ الصحة . كما تستعمل أيضاً لتطهير الجلد عند المصابين بتفححات جلدية .

هيدروكسي كينولين Hydroxyquinoline : لهذه المادة فعالية جيدة وواسعة الطيف ضد الجراثيم . وكثيراً ما تفضل على الصادات . لكنها أقل فعالية في تضادها للفطور الجلدية . وتمثل هذه المادة بديلاً للصادات لأنها ليست بمستأرج تماسي غالباً .

كبريتات ٨ - هيدروكسي كينولين : يستخدم المحلول المائي ١ : ١٠٠٠ لهذه المادة في الضمادات الرطبة لتطهير الجلد ، وإضافات للحمامات الجزئية أو الكاملة (مطهرة ومضادة للفطور) .

الكليو كينول Iodochlorhydroxyquinoline : أو الفيو فورم ، وله قيمة في طب الجلد باعتباره مطهراً خفيفاً ، ومن المحتمل كونه مضاداً للالتهاب ، حيث يضاف بنسبة ٠,٥ - ١٪ إلى الدهونات المخفوقة ، وزيت الزنك ، والمعالجين ، والمراهم . إلا أنه قد يسبب أوعية بالتماس أحياناً .

المستحضرات التجارية : مسحوق الفيو فورم ، رهم الفيو فورم ، رهم ومرهم فيو فورم هيدرو كورتيزون .

الاستطبابات : الإكزيمة المترافقة بنحج ، الإكزيمة المثية ، مذح المبيضات ، الإكزيمة المذحية ، طفع الحفاض .

الكلور كينالدول Chlorquinaldol : يستخدم عامل المعالجة الكيميائي (دي كلورو هيدروكسي كينولين) في المعالجات الموضعية لكل من الأخماج الجلدية الجرثومية والفطرية . ومستحضره التجاري Sterosan .

العوامل المؤكسدة Oxidizing Agents : تستخدم العوامل المؤكسدة أيضاً كمطهرة في المعالجات الجلدية الموضعية .

برمنغات البوتاسيوم : وهي ذات تأثير مطهر خفيف . ويطبق محلولها المائي الممدد جداً .

التأثيرات الجانبية : لونه البني وقلويته تمنعان استخدامه مع الصوابين وخوفاً من إحداث تصبغات في الجلد والأظفار ، وهي قابضة وكاوية في تراكيزها العالية .

الاستطبابات : تستعمل في التنظيف والمعالجة المضادة للجراثيم حيث تطبق في الحالات الجلدية النجسية . والمتجلية ضمن حمامات كاملة أو جزئية (محاليل قرنفلية شاحبة) . كما تطبق في الضمادات الرطبة ١ : ١٦٠٠٠ . ويجب أن يكون تحضير المحاليل طازجاً وذلك لتفككه السريع .

بنزويل بيروكساييد Benzoyl Peroxide : وهو عامل مؤكسد قوي ، مطهر يخرض على التحب ورأبي تقرن خفيف ، وذلك باستخدام تركيزه المتراوح ما بين ٢,٥ - ١٠٪ .

ومن تأثيراته الجانبية : إمكانية إحداثه لأوعية بالتماس وتبيضه للملابس (Bleaching) .

المستحضرات التجارية : Aknefug - oxid ، Akneroxid ، محلول Vanoxide ، Benoxyl ، 10 ، Loroxide ، رهم Benzoyl Peroxide - Fostex ، محلول Clearasil Benzoyl Peroxide ، Panoxyl ، Scherogel ، Sanoxit ، Klinoxide .

الاستطبابات : في معالجة العد وأمراض الرأس المثية ، وفي قرحة الساق .

أملاح المعادن الثقيلة Heavy Metal Salts : تعمل هذه الأملاح بترسيب البروتين أو تثبيط إنزيمات السولفيدريل ، ولها تأثيرات ضعيفة مضادة للجراثيم .

الزئبق Mercury : وقد استعمل في السابق بشكل واسع في طب الجلد . وقد خف استعماله حالياً بشكل كبير للتأثيرات المحسنة بالتماس لأملاحه المتعددة وبسبب الانسحاب الزئبقي الناجم عن استعماله المديد رهم الشمس ، والتأثيرات الامتصاصية على سبيل المثال . وعلى كلر فإن لبعض مركبات الزئبق العضوية تأثيرات مطهرة جيدة تستخدم كمطهرات عامة وفي تطهير الجلد .

الزئبق الأمونيائي Ammoniated Mercury : ويدعى بالراسب الأبيض ، ويطلق في مرهم دهني ١٠٪ لا يتحمله الجلد مع اليود لأنه بشكل مركبات يود الزئبق الأكلة . ونادراً ما يستعمل اليوم لفعله الأرجي بالتماس الشائع (التهاب الجلد الزئبقي) وبسبب تأثيراته الناجمة عن الامتصاص ويستعمل لمعالجة الثآليل تحت شريط لاصق على مساحات صغيرة جداً .

سولفيد الزئبق الأحمر Red Mercuric Sulfide : ويدعى أيضاً بالزنجفر Cinnabar وهو أحمر اللون ، وما يزال يستعمل في المراهم المطهرة والدهونات المخفوقة لمعالجة العد الشائع ، والعد الوردي ، والإكزيمة المثية ، والقوباء أو النخالية الوردية .

Rx. Red Mercuric Sulfide 0.5

Precipitated Sulfur 5.0

المعالجات الفعالة بالسطح Surfactants :

كلوريد دي كوالينيوم Dequalinium Chloride : تستعمل هذه المادة ، مثل كلوريد سيتيل البريدينيوم كدواء مضاد للجراثيم . إلا أن معالجة منطقة القضيب والمنطقة المذحية بأملاح الدي كولينيوم والستيروئيدات القشرية يمكن أن تؤدي إلى تنخر (تنخر الدي كوالينيوم) يتظاهر بتقرح مبيض في منطقة القلفة ، وهو ذو ميل قليل للشفاء .

المواد الأخرى :

الزئبوت Bismuth : نادراً ما تستعمل أملاح الزئبوت حالياً في المعاجين والمسايق (معجونة جافة ، ومعاجين عجانية) .

Rx. Bismuth Subgallate 10.0

Zinc Oxide

Talc áá 25.0

Linseed Oil 20.0

Wool Alcohol Oint to 100.0

معجونة زئبوت التوتياء MDS

المنتول Menthol : بسبب تأثير المنتول المضاد للحكة ، فإنه يضاف بتركيز خفيفة (٠,٢ - ٠,٥ ٪) إلى المحاليل الغولية ، والدهونات المخفوقة أو المعاجين ، حيث يعطي إحساساً بالبرودة مضاداً للحكة .

الكبريت Sulfur : لقد استخدم الكبريت سابقاً كدواء لمعالجة الآفات الزهمية كالمعد والتهاب الجلد المني . ويدخل الكبريت في تكوين العديد من الصيغ . وقد قل استعماله في هذه الأيام لأنه لا يملك فعلاً مضاداً للزهم . وأقل من ذلك فقد استعملت بعض الصيغ المحتوية على الكبريت مثل دهون مخفوق الزنجفر الذي ذكر سابقاً .

Rx. Resorcinol 1.0

Precipitated Sulfur 2.5

Olive Oil 5.0

Soft Zinc Paste to 50.0

معجونة العد الورددي MDS

محلول فيلمينكس **Vleminckx** : وهو محلول الكلس المكثرت ، ويتركب من كلس متعدد الكبريت وتيوسلفات الكالسيوم . ولم يعد يستعمل الآن في معالجة الجرب ، بل يستعمل اليوم في معالجة العد الشائع المتفاقم حيث يطبق على شكل لفافات ساخنة لمدة ١٠ - ٢٠ دقيقة عدة مرات يومياً ، إذ تبين أن له فعلاً مجففاً قوياً ، وآخر مضاداً للالتهاب . أما مساوئه فهي رائحته القوية .

سولفيد السيلينيوم **Selenium Sulfide** : وله تأثير مضاد

Alcoholic Zinc Lotion 100.0

دهون مخفوق لكبريت الزنجفر MDS

Rx. Red Mercuric Sulfide 0.5

Precipitated Sulfur 10.0

Soft Ointment to 100.0

مرهم كبريت الزنجفر MDS

الزئبقيات العضوية : ومنها الفينيل الزئبقي البوراتي (ميرفن) **Phenylmercuric borate (Merfen)** : وقد ورد ذكره كمطهر للجلد لفعاليته المطهرة والمضادة للفطور . وإن دهونات الفينيل الزئبقي البوراتي عديمة اللون ، لكن مستحضراتها الملونة ملحوظة ، وقد تحدث أرجية بالتماس . هذا ويجب استخدام Merfen فقط لمعالجة الجروح الجلدية أو الآفات الجلدية .

الميربرومين **Merbromin** أو الميركرو كروم - 2.7

Dibromo - 4 - Hydroxymercurifluorescein :

ويستخدم في معالجة الجروح وجلباتها إضافة للآفات المتجلية السطحية ، ويوصى به في معالجة الحروق والفقاخ الشائع وقرحات الساق . ويحمل الجلد الميركرو كروم بشكل جيد ، ويبدو أن إمكانية إحداثه لأرجية بالتماس هي أقل مما يحدثه الميرفن .

أملاح الفضة Silver Salts : وتوصف بتركيز مختلفة والحالات مختلفة .

نترات الفضة : وتطبق أقلامها مساً لمعالجة تجمبات الجروح المفرطة أو الزائدة . ومن المهم عدم مس التظهن الطازج بتلك المادة لأن لها فعلاً قوياً في إزالة البروتين .

محلول نترات الفضة : ويستخدم بتركيز ٠,٠١ - ١ ٪ في الضمادات الرطبة لفعالها المضاد للجراثيم نتيجة لتأثيرها المخرب للبروتين . ويتصف هذا المحلول بعدم إحداثه للأرج عملياً . ويثبت هذا المحلول نمو المتعضيات كالزائفة الزنجارية وذلك بتركيز ٠,٥ - ٢ ٪ . كما أنه مناسب للمعالجة الاستمرارية لتقرحات الساق . هذا وقد يؤدي استعمال أملاح الفضة الطويل الأمد إلى التفضض **Argyria** والذي ينجم عن ترسب الفضة وتوضعها في الجلد والعين والأغشية المخاطية مما يؤدي إلى تلون الجلد والأظفار .

سلفاديازين الفضة **Silver Sulfadiazine** : أو السلفادين

Silvadene وقد استعملت لمعالجة كل من أخماج الجروح وعقب الحروق والكبي ولمعالجة قرحات الساق . وهي مادة غير ملونة ، غير أنه ينبغي الانتباه لتأثيراتها الجانبية .

للجراثيم ، ويستعمل في معالجة الآفات المثية للرأس كشامبو ، وفي معالجة النخالية المبرقشة كشامبو لكامل الجسم . وأهم مستحضراته التجارية السلسن Selsun .

الصادات Antibiotic Durgs :

للصادات مكان راسخ في المعالجة الموضعية ، إلا أن العديد منها لم يعد يوصى به اليوم ، كالبنسلين مثلاً ، لقدرته العالية في إحداث التحسس بالتماس ، أو لعدم إمكانية امتصاصها . ولذا فقد اقتصر بحثنا على بعض الزمر الهامة منها .

التتراسيكلينات : وهي موقفة لغو العديد من الجراثيم سواء منها سلبية الغرام وإيجابية الغرام . إلا أن هناك العديد من العقديات والعنقوديات المقاومة للتتراسيكلينات . وهذا ما يجب أخذه بعين الاعتبار عند استعمالها . إذ يجب أن تناقش المقاومة للصاد قبل الشروع بالمعالجة .

التتراسكلين : ويمكن أن يستعمل في المراهم بتركيز من ٠,٥ - ٥٪ .

Rx. Tetracyclin hydrochloride 1.0

Liquid Paraffin 10.0

Yellow Petrolatum to 100.0

مرهم تتراسكلين ١٪ MDS

كلور تتراسكلين : يُحلّ ٢٥٠ ملغ في ٥ مل ماء ويترك في الفم مدة خمسة دقائق ، ٤ مرات يومياً وذلك لمعالجة القلاع الناكس الزمن . ويطبق أيضاً بتركيز ٠,٥٪ مع الغليسيرول لظلي القلاع .

ميكلوسكلين Meclocycline : يستعمل هذا التتراسيكلين موضعياً فقط حيث يماثل بفعله بقية التتراسيكلينات .

المستحضرات التجارية : مرهم Topicycline, Achromycine ، محلول التتراسيكلين الغولي ، مسحوق ومرهم Aureomycine (كلور تتراسيكلين) ، مرهم Terramycine (أوكسي تتراسيكلين) ، Meclan ، مرهم Meclosorb (ميكلوسكلين) .

الكلورامفينيكول : بالرغم من هجر استعمال الكلورامفينيكول داخلياً ، عدا إبقائه كعلاج نوعي للتهبة والتهاب السحايا الناجمين عن المستدمية النزلية Hemophilus Influenzae وذلك بسبب تأثيراته الجانبية (نقي العظام) ، فإنه لا يزال الصاد ، الواسع الطيف في المعالجة الموضعية . كما أن إمكانية حدوث أرجية بالتماس نادرة في تطبيقه الموضعي ، ومع هذا فإننا لا ننصح بتطبيقه .

المستحضرات التجارية : مرهم الكلوروميستين .

النيومايسين والفرايميسين : هناك مستحضرات خارجية عديدة وأشكال صيدلانية مختلفة كالمساحيق والرذاذ والمراهم ، الحاوية على النيومايسين أو الفرايميسين Framycetin ، حيث أن لهذه الصادات تأثير واسع الطيف ، إلا أنه شاع إحداثها لتفاعلات أرجية بالتماس . وهذه المواد غالباً ما تضاف إلى المراهم المستخدمة في معالجة القرحات ، كما تتضمن ضمادات Tull - Sofra على الفرايميسين .

المستحضرات التجارية : Nebacetin, Neopolycin, Cortisporin, Neosporin .

الأمينوغليكوسيدات Aminoglycosides : ولها جميعها فعل واسع الطيف ضد الجراثيم سلبية الغرام وإيجابية الغرام .

الجتامايسين : وهو فعال ضد الزوائف الزنجارية ، وهذا هو سبب كثرة استعماله في معالجة التقرحات الركودية ، والتقيحات الجلدية ، والحروق ، إلخ ... حيث يطبق على شكل مساحيق قابلة للامتصاص أو رهمات أو مراهم . هذا وقد يؤدي الاستعمال المديد للجتامايسين إلى أرج بالتماس .

المستحضرات التجارية : رهمات Garamycin ، G - Sulmycin ، Refobacin ، Myticin .

الحمض الفوسيدي Fusidic Acid : وله فعالية كبيرة ضد الأخماج العنقودية والوذع Erythrasma ، فهو يخترق الطبقة القرنية بسرعة ، وله فعل ذو طيف واسع .

المستحضرات التجارية : Fusidic Acid كمسحوق وهلام ومرهم وشاش ومادة جافة . ورهم Fucidine .

البوليمكسين Polymexin : وهو صاد واسع الطيف جداً ، وخاصة ضد الجراثيم سلبية الغرام ، والإشريكية القولونية ، والمتعضيات قولونية الشكل ، إضافة للزوائف الزنجارية .

المستحضرات التجارية : Neosporin ، Polysporin ، Cortisporin ، (مرهم باسيتراسين - بوليمكسين - نيومايسين) .

الاستطبابات : يعالج بالبوليمكسين الجروح المخموجة ثانوياً ، والتقرحات ، إلخ ... حيث يطبق كمادة جافة ، أو يخفف بتمديده في محلول كلور الصوديوم (١٠/١) إسوي التوتر (Isotonic) هذا وكثيراً ما يُحدث هذا العقار ألماً .

النيتروفورازون Nitrofurazon : ويدعى بالفوراسين Furacin وهو المشتق النصفى للكاربازون . له خواص مبيدة وموقفة لغو الجراثيم ضد المتعضيات إيجابية وسلبية الغرام . ويطبق على شكل محلول أو مرهم ذواب في معالجة الجروح

المركبات العضوية المعدنية (Organometallic) : بورات
الفينيل الزئبقية ، Thiomersal .

المركبات المتضمنة على اليود : Povidone Iodine ،
Haloprogin .

الأغوال والألدهيدات : الفورمالين ، كلوروبوتانول .
مركبات أخرى : مثل Hexachlorocyclohexane .

إن العديد من هذه المركبات ذو فعالية خفيفة ، إلا أن
مساوئها جميعاً : هي قدرتها على إحداث تفاعلات أرجية
بالتماس . وقد فقد العديد منها أهميته منذ أن أدخلت في معالجة
الفطور كل من التولنفات Tolnaftate ، Tolciclate ،
ومركبات الإيميدازول والهالوبروجين Haloprogin وبعض
الصادات الفطرية الحديثة . وتبعاً لذلك فقد ذكرنا بعضاً من
هذه المستحضرات . علماً بأن المستحضرات التجارية المضادة
للفطور متاحة إما على شكل مسحوق ، أو رذاذ ، أو رهيم أو
مرهم .

التولنفات Tolnaftate : دواء صناعي مضاد للفطور عديم
الرائحة ولا يحدث تلوناً . يفيد في معالجة الفطور الجلدية
البشرية ، وله فائدة محتملة في معالجة النخالية المبرقشة ، لكنه
لا يستعمل كمضاد للخمائر أو الجراثيم .

المستحضرات التجارية : Tonoftal ، Tinactin ، Aftate .
التولسيكلات Tolciclate : وهو يماثل التولنفات ، إلا أنه
يحل فيه عوضاً عن زمرة النافثيل ، زمرة التتراهدروكسي
نافثيل . ويبدو أن نفوذه للجلد حسن بسبب تحسن خواصه
الحبة للدهن ، أما خواصه الأخرى فتشبه خواص التولنفات .
وهذا المستحضر فعال جداً ضد جميع الفطور الجلدية ، لكنه
ليس فعالاً ضد الخمائر . ومن مستحضراته التجارية
Fungifos .

مشقات الإيميدازول Imidazol derivatives : في السنوات
الأخيرة تم صنع بعض الزمر الكبيرة لمشتقات الإيميدازول التي
تتصف بفعاليتها الجيدة المضادة للفطور وبمحسن تحملها
الموضعي . كما تتصف بعدم تلونها ، إضافة لفعاليتها المضادة
لكل من الفطور الجلدية والخمائر والعفن .

هذا وقد صنفت كل من المواد التالية كمضادات فطور
واسعة الطيف : ييفونازول (ميكوسبور) كلوتريمازول
(Mycelex ، Lotrimin ، Mycofug ، Canesten) ،
الإيكونازول (Spectazole ، Epi - Pevaryl) Econazol
والإيزوكونازول (Travogen) ، والميكونازول (Micatin)
والأوكسي كونازول (Ocerol) .

الخمجية والحروق . وقد يحدث هذا الدواء أرجية بالتماس
أحياناً .

الإريثرومايسين : ويطبق ضد الجراثيم إيجابية الغرام كالعقديات
والعنقوديات ، علماً بأن عنقوديات المشافي غالباً ما تكون
مقاومة للإريثرومايسين . وقد عرف هذا الصاد كمكون
للمستحضرات الدوائية العدية (Aknemycin ، Staticin ،
T - Stat ، Erycette ، Erygel Eryderm ، AITIS ،
Zineryt ، هذا ويجب الحذر من استعمال الإريثرومايسين
موضعيّاً بسبب احتمال تحريض ذراري العنقوديات المذهبة
المقاومة .

Rx. Erythromycin 0.5

Aqueous Wool alcohol Oint to 50.0

يطبق على الجلد المؤرق MDS

الكليدامايسين Clindamycin : وهو صاّدٌ مميز أيضاً بسبب
فعله ذي الطيف الواسع ضد العنقوديات المقاومة للبنسلين ،
والتعضيات الهوائية ، وهو يستعمل في معالجة العد .

المستحضرات التجارية : Cleocin - T ، Sobelin .

الأدوية المضادة للفطور Antifungal Drugs :

ثمة أبحاث أجريت لعقود من الزمن لتحضير أدوية ذات
خواص مضادة للفطور . وقد أسفرت تلك الأبحاث عن ظهور
العديد من الأدوية المستخدمة لهذه الغاية .

الصادات : Pimaricin ، Amphotericin B ، Nystatin .

مشتقات الكينولين (Quinoline) : Chlorquinaldol ،
Quinolinol .

أساسات الأمونيوم الرباعية : Benzalkonium Chloride ،
Cetyl Pyridinium Chloride .

حموض Aliphatic Carboxylic : حمض الأنديسيلين
Propionic Acid ، Caprylic Acid .

الحموض العطرية الكاربوكسيلية : حمض الصفصاف ، حمض
البنزويك .

الفينولات : التيمول ، الريزورسين .

القطرانات :

الملونات Dyes : Fuchsin ، بنفسجية الجانسيان ، خضرة
البريليان .

الزيوت الأساسية : المانتول ، أوجينول Eugenol ، زيت
روزماري Rosemary .

مركبات الكبريت : Dibenzthion ، Sulfur .

الأدوية المضادة للحكة Antipruritic Drugs :

تكون الحكة عرضاً في العديد من الجلادات الالتهابية ، وهي تتلاشى عموماً بالمعالجة الموضعية الملائمة . وإن إضافة الإكتامول ، والمانتول ، ومركبات قطرانية أخرى إلى المعالجات الموضعية للآفات الإكزيمة المزمنة يؤدي إلى نتائج حسنة لما هما من تأثير مضاد للحكة . أما في حالات الحكة المجهولة السبب ، منها مثلاً الحكة في داء هودجكن أو اللغمومات الأخرى ، وفي الشرى والحكة الشرجية أو عضات الحشرات ، فإن المعالجة المضادة للحكة تكون هنا عرضية .

ويعتبر ذلك Embrocation بمحضر الخل المائي المخفف (Vinegar) مفيداً ومضاداً للحكة ، وقد جرب في معالجة الطفحيات الحكة والحماق .

المانتول Menthol : وهو غول دوري يستحصل من النعنع أو يركب صناعياً . له فعل مضاد للحكة وذلك نتيجة لفعله المبرد . أما تركيزه المستخدم فهو ٠,٢٥ - ٢٪ ضمن محلول غولي أو في معجونة .

Rx. Menthol 1.0

Ethanol 70% to 100.0

غول متولي MDS

الفينول Phenol : والفينول المائع مضاد للحكة أيضاً وتركيز منخفض (٠,٥ - ١٪ وحتى ٢٪) على شكل معاجين أو محاليل غولية بسبب فعله المبيج لأعصاب الجلد السطحية . والفينول مادة يمتصها الجلد ، ولذا يجب استعماله في مناطق محدودة حصراً .

حمض الصفصاف Salicylic Acid : وهو مضاد خفيف للحكة إذا طبق محلوله الغولي بتركيز (١ - ٢٪) . أما آلية تأثيره فغير معروفة .

المنجعات Anesthetics : لا يزال البنزوكائين يستعمل على نطاق واسع في الطب العام لمعالجة الجلادات الحكة . وعلى كل ، يجب عدم استعماله لمقدرته العالية على إحداث أوج تماشي .

المشتقات التركيبية Synthetic Derivatives :

البوليدوكانول Polidocanol : وهو ينتشر إلى نهايات الأعضاء الحسية للجلد والمخاطيات حيث أن له فعلاً مضاداً للحكة ومزيلاً للألم ، ويوصف عادة بتركيز ٢ - ٥٪ . ومن أهم مستحضراته التجارية (Thesit Gel) .

مضادات الهيستامين Antihistamines : تطبق كعلاج خارجي مضاد للحكة على شكل هلام أو مرهم في أغلب

الاستطبابات : تفيد تلك المستحضرات لمعالجة الفطارات الجلدية والأخماج الناجمة عن المبيضات البيض ، والنخالية المبرقشة ، والوذح . كما تستخدم موضعياً كعلاج مساعد في الفطارات الظفرية الناجمة عن الخمائر والفطور الجلدية .

سيكلوبيروكسولامين Ciclopiroxolamine : مضاد فطري جديد ذو طيف واسع ، له فعل علاجي مضاد للفطور الجلدية والخمائر والعفنيات الأخرى ، ويفيد في معالجة الفطارات الظفرية ، ومن مستحضرات التجارية Batrafen .

أمفوتريسين ب Amphotericin B : وهو عبارة عن بوليدين الصاد والمضاد الفطري والذي يفيد خاصة في معالجة الأخماج السطحية للجلد والأغشية المخاطية الناجمة عن المبيضات البيض . وهو غير فعال في معالجة الفطور الجلدية ، وقد يحدث تصبغاً جلدياً بسبب لونه البرتقالي الأصفر . ومن مستحضراته التجارية Ampho - Moronal ، Fungizone .

النستاتين Nystatin : وهو مضاد فطري بولييني Polyene أيضاً ينتجه عن المتسلسلة النورية Streptomyces Noursei وهو مبيد فطري لإتلافه الغشاء الخلوي . والنستاتين فعال فقط ضد الخمائر ، وخاصة المبيضات البيض . وهو لا يفيد في معالجة الفطور الجلدية والعفن ، وامتصاصه يكون أصغرياً عن طريق السبيل المعدي - المعوي ولهذا فهو يفيد في معالجة داء المبيضات المعدي - المعوي ، ولنفس السبب ليس للنستاتين فعل مجموعي عندما يعطى عن طريق الفم في معالجة أخماج المبيضات الجلدية أو المخاطية أو المهبلية ، علماً بأن النستاتين متوفر في العديد من الأساسات .

المستحضرات التجارية : Mycostatin ، Moronal ، Nilstat ، Nystex ، Mycolog .

الهالوبروجين Haloprogin : وهو مضاد فطري واسع الطيف أيضاً . أما التركيب الصناعي لهذا المستحضر Iodopropynyltrichlorophenyl . يفيد في معالجة الفطارات السطحية ، والخمائر ، والفطور الشبيهة بها والعفن . وهو فعال ضد الجراثيم من عقديات وعنقوديات ومتعضيات المذح ، ويمكن تجربته في معالجة فطارات الأظفار ومن مستحضراته التجارية Halotex ، Mycanden .

الناتاميسين Natamycin : مضاد فطري بولييني تنتجه المتسلسلة الناتالانسية Strep Natalensis ، وله فعل جيد مضاد للأخماج السطحية الجلدية والمخاطية علاوة على الفطور الجلدية ، وخاصة المترافقة مع الخمائر ، وهو فعال أيضاً ضد المشعرات (التهاب المهبل والحشفة) ومن مستحضراته التجارية Pimafucin .

الأدوية المبيغة Hyperemic Drugs :

من بين المبيغات الموضعية تعتبر صبغة الفليفلة الحمراء Capsicum والذراخ Cantharides من المواد المختارة لمعالجة سقوط الأشعار ضمن عاليلها الغولية . كما أن الإكسامول بتركيز عالية يمكن أن يطبق كمادة مبيغة ، ويطبق صافياً لمعالجة الدمامل .

Rx. Ichthammol 30.0

Yellow Petrolatum to 100.0

مرهم لمعالجة الشرث MDS

كما يستفاد من الفعل المبيغ لحمض النيكوتيني وإستراته لمعالجة الحالات الرئوية ، والجلادات الناجمة عن اضطراب الورود الدموي المحيطي كما في زرقة النهايات ، والشرث Perniosis وتصلب الجلد المجموعي المتري . هذا وإن التبيغ الوعائي يشكل مضاد استطباب في الحالات الجلدية المؤدية إلى إعاقة في توريد الدم الشرياني ، لأن ذلك يزيد في التعارض ما بين الأكسجين المطلوب والأكسجين الذي يتم تأمينه .

المستحضرات التجارية : Benzyl nicotinate ، Essential Oil (كن حذرأ من أرج التماس) ، Amasin ، Rubriment ، Acrotherm

تستخدم الأدوية المبيغة في تركيب صبغات الشعر الغولية المبيغة ، على الرغم من عدم وجود صلة بين فرط الورود الدموي الشعري ونمو الأشعار . والصبغة التركيبية التالية هي ذات صلة بالموضوع .

Rx. Chloral hydrate 1.0

Capsicum tincture

Cantharides tinct áá 5.0

Propylene glycol 12.0

Ethanol 60% to 100.0

صبغة شعر مبيغة لمعالجة الثعلبة (الخاصة) البقية MDS

الأدوية الحائلة للقرنين Keratolytic Drugs :

تمتلك المركبات الحاوية على القلويات مثل هيدروكسيد الصوديوم والصودا والصابون اللين (الصابون البوتاسي) خاصية تليين الطبقة القرنية . وهي تستعمل في تليين فرط تقرنات الجلد مثل الأثثان والأثفان (Callus, Clavus) ، وفي الإكزيمة المتقرنة ، وفي التقرنات البدئية . وإن مشكلة إزالة الكتل المفرطة التقرن الثخينة لم تحل بعد بشكل سليم . وتستخدم الأدوية التالية كعقارات حالة للقرنين .

حمض الصفصاف : إن حمض الصفصاف (حمض أو هيدروكسي بتروئيك O - Hydroxybenzoic acid من

الأحيان . لكن السؤال الذي لم يتضح جوابه تماماً ، هو حقيقة كون مضادات الهيستامين ذات فعل مضاد للحكة فيما إذا طبقت خارجياً ، بالرغم من أن البنادريل يمكن حقنه موضعياً كمنج . وقد تشارك مضادات الهيستامين مع الستيروئيدات القشرية أحياناً . غير أن مضادات الهيستامين قد يكون لها فعل محسس بالتماس .

المستحضرات التجارية : مرهم بنادريل ، رهيم الكالادريل ، رهيم زيرادريل Ziradryl ، رهيم BPZ ، هلامة Fenistil ، هلامة Pragman ، هلامة Soventol ، هلامة Systral .

الكروتاميتون Crotomiton : انظر الصفحة ١٠٣٤ ، نفس الفصل .

صبغ لتراكيب مضادة للحكة :

Rx. Liquified Phenol 0.5 – 1.0

Salicylic Acid 2.0

Ichthammol 5.0

Zinc Past to 100.0

لمعالجة الحكاك العقيدي والحكاك البسيط المزمن MDS

Rx. Liquified Phenol 1.0

Zinc Lotion to 100.0

دهون الفينول ١٪ MDS

Rx. Menthol 0.5

Liquified Phenol 1.0

Zinc Lotion to 100.0

دهون الفينول المبتزلي MDS

Rx. Polidocanol 0.5

Alcoholic Zinc Lotion to 100.0

دهون البوليدوكانول MDS

الأدوية المبنجة Anesthetizing Drugs :

وهذه الأدوية تكون فعالة فقط في الحالات الجلدية ذات التأذيات البشروية مثل التآكلات أو التقرحات ، لأن تلك المواد لا تستطيع النفوذ عبر البشرة السليمة عادة . ومن المهم أن نعرف أن للعديد من الأدوية المستعملة منها ، مثل البنزوكاين ، فعلاً محسناً بالتماس . لذلك وجب أن لا تستعمل إلا في حالات خاصة جداً . علاوة على أن عدداً من الأدوية المبنجة معروفة بأنها أدوية مضادة للحكة .

وهكذا فالأدوية التالية يمكن أن تطبق في الآفات المنقطعة في الأغشية المخاطية الفموية مثل : Viscous Xylocaine .

أما البوليدوكانول ٥٪ (Polidocanol) والفينول المائع (١ - ٢٪) الذي يدخل في تركيب الدهون المخفوقة أو المعاجين فهي مبنجات سطحية للجلد .

الأدوية الشائعة من أجل إزالة الوسوف وتلين المادة القرنية والجلبات . والأكثر احتمالاً ، إن هذه الأدوية تعمل على إزالة الملاط Cements ما بين الخلوي الذي يعمل على ربط الخلايا القرنية مع بعضها ضمن الطبقة القرنية .

ولحمض الصفصاف بتركيزه المخفف تأثير مطهر ، وآخر تكاثري Proliferative خفيف على البشرة التسمكة (رأبي تقري Keratoplastic) . كما يظن بأن له فعلاً مضاداً للالتهاب . هذا وقد يحدث حمض الصفصاف في تراكيزه العالية (٦٪ مثلاً) تآذي نسجي (حالاً للقرن) .

Rx. Salicylic Acid 3.0

Dissolve in Castor Oil q.s

Yellow Petrolatum to 100.0

وذلين ساليستي ٣٪ MDS

أما في التركيز المنخفض (٠,٥ - ١٪) فإن حمض الصفصاف يحفظ ويصون الأنترالين (Dithranol) من الأكسدة كما في معجونة الزنك الأنترالينية . وتستخدم تراكيزه العالية (من ٣ - ١٠٪) ضمن المعاجين والمراهم من أجل حلّ الوسوف كما في الصدف والأكزيمة مفرطة القرن . أما بتركيز ٢٪ كما في زيت حمض الصفصاف ، أو بتركيز ما بين ٢ - ٥٪ في محلول غولي ، فله تأثير مؤسّف خفيف وخاصة عند معالجة العدّ الشائع أو النخالية المرقشة . وأخيراً فإن حمض الصفصاف بتركيزه الأكبر يطبق في أماكن محدودة فقط إما مع الكولوديون أو على شكل شريط لاصق .

التأثيرات الجانبية : تكون التأثيرات الامتصاصية الانسامية (الانسجام بحمض الصفصاف) خطرة وذلك عند استعمال وذلين حمض الصفصاف على مناطق واسعة وخاصة عند الأطفال .

الريزورسينول Resorcinol : وهو - m Dihydroxybenzene ويعتبر زميراً Isomer للهيدروكينون ، وهو عامل مرجع قوي ، وله تأثير مجفف وقابض وحالّ للطبقة المتقرنة عند استخدامه بتركيز عالٍ . ولذا فهو يستخدم في معالجة الجلادات المؤسفة والزؤان في العدّ . كما أن معالجة الوسوف بمعجونة الزنك الريزورسينولي بتركيز متزايدة (من ٥ - ١٠٪) وحتى (٢٠٪) فعالة . ويجب إحباط التأثيرات الجانبية الامتصاصية قبل وقوعها عند معالجة مناطق واسعة بتركيز عالية من هذا الدواء .

الكبريت Sulfur : تؤدي المعالجة بالكبريت المصعد إلى التوسّف بعد إحداثه لتخثر خفيف للطبقة العليا من البشرة (فعل مقبض) وذلك بسبب خواصه المرجعة ، والتي يشابه بها

الريزورسينول . هذا ويضاف الكبريت المصعد بنسبة ٢٪ وحتى ٥٪ إلى المساحيق ، وبنسبة (٢ - ١٠٪) إلى الدهونات المخفوقة ، وبنسبة (٢ - ١٠٪ وحتى ٢٠٪) إلى المعاجين أو المراهم . وغالباً ما يضاف إليه الريزورسينول (٢ - ٥٪) ليتشارك معاً بالتأثير . ويلعب الكبريت أيضاً دوراً هاماً كمضادّ فطري ، حيث أن معجونة الكبريت (١٠٪) لا تزال مستحسنة في معالجة داء الشعريات العميقة . كما أن الكبريت لا يزال يدخل مع المزوقات ومستحضرات الوجه والرأس الطبية ، علماً بأنه ليس له تأثير مبطّل للزهم .

اليوريا Urea : وهي تشطر الروابط الهدروجينية لقراتين البشرة ، ولذلك فهي تدخل في تركيب المراهم المطرية للطبقة القرنية التي تجعل البشرة ناعمة ، كما تساعد على نفوذ الأدوية الأخرى . كما أن لتراكيز اليوريا Urea العالية تأثيرات حالة للبروتين ومضادة للالتهاب . وتستخدم بمشاركة الستيرويدات القشرية كمجففة ، وتفيد في معالجة الحكّة الجلدية كما في التهاب الجلد التأتبي .

المستحضرات التجارية : Aquacare : (Urea ٢٪) ، Urea) Panafil ، Ureacin ، Basodexan ، Carmol (١٠٪) ، Alphaderm ، Carmol HC ، (هيدروكورتيزون ١٪ مع Urea ١٠٪) U - Lactin (اليوريا مع حمض اللبن Lactic Acid) .

Rx. Sodium Chloride 5.0 - (10.0)

Pure Urea 5.0 - (10.0)

Aque Wool alcohol Oint to 100.0

مرهم كلوريد الصوديوم اليوريائي MDS

كلوريد الكالسيوم Calcium Chloride : وله خاصية مطرية للطبقة المتقرنة أيضاً ويستعمل في معالجة السّمات .

Rx. Calcium Chloride 25%

aqueous Solution

Glycerol 44 20.0

Anhydrous Wool alcohol Oint to 100.0

مرهم حال للقرنين MDS

بيروكسيد البانزويل Benzoyl Peroxide : وهو عامل مؤكسد قوي يستعمل في المعالجة الجلدية كمؤسّف وحالّ للزؤان عند معالجة العدّ ، علاوة على تأثيره المضاد للجراثيم . وقد يلاحظ عند استعماله المديد أرجيات بالتماس أو ايضاض لون الأشعار أو الجلد والملابس كتأثيرات جانبية ، وقد طبق بيروكسيد البانزويل أيضاً في معالجة التفرحات لفعاليته المنظفة للجروح .

فعل الإرجاع أو من خلال فعلها القابض السطحي . ومن أهم هذه الأدوية : الريزورسينول بتركيز ١ - ٢٪ ، الكيريت ١ - ٥٪ ، الإكسامول ٢ - ٥٪ وقطرانات أخرى ١ - ٢٪ . وتستخدم عادة على شكل طلاعات جافة أو معاجين . وتعدّ معجونة لاسار بالزنك (Salicylic Acid + Zinc) من أدوية الرأس - القرنية لاحتوائها على حمض الصفصاف بنسبة ٢٪ . هذا وإن كل أدوية الرأس القرنية تعتبر مضادة استطباب في الجلادات الراحية ولأنخصية لإحداثها للقرن المفرط .

الأدوية القابضة Astringent Drugs :

وهي تعمل على سدّ وإغلاق الجلد من خلال ترسيب بروتين النسيج السطحي ، وتبعاً لذلك ومن جراء إحداثها لفعل مطهر غير نوعي ، فإنها غالباً ما تطبق في معالجة الجلادات النازة كالتهاب الجلد الحاد القاسي ، والإكزيمة النازة المزمنة بالتماس ، والمذح ، والجلادات الفقاعية أو الحويصلية مثل خلل التعرق ، والفقاع الشائع ، والتعرق ، وأحماح الجلد الجرثومية .

حمض التنيك Tannin : حمض التنيك مسحوق ينحل بالماء بشكل خفيف ، ويستحصل من جوز العفص - Gall Nuts ، وليس له تركيب كيميائي وحيد . وهو دواء قابض بسبب ترسيبه الغرواني Colloid . وكثيراً ما كان يوصف بشكل صيغ متعددة لمعالجة الحروق ، وقد تحدد استعماله حالياً .

Rx. Tannic Acid

Zinc Oxide 5.0

Talc to 50.0

MDS لمعالجة التهاب الحشفة التآكلي

المستحضرات التجارية : Tannosynt (حمض التنيك الصناعي) بشكل دهون أو مسحوق . وتناسب الحمامات الكاملة أو الجزئية أو الضمادات الرطبة بمحضر التنيك لمعالجة الجلادات النازة ، والمذح ، والفطارات : Tannosynt المائع ، Salhumin (حمض الصفصاف و Salicylated Humic Acids) ، Tannolact (Urea ، فينول ، أوريزول ، و Condensation Tannin) ، Oak Bark .

نترات الفضة Silver Nitrate : وتستعمل بتركيز ٢ - ٥٪ وحتى ١٠٪ في محلول مائي كقابض . وذلك لمسّ التشققات في كل من الإكزيمة والصداف والصباغ Perleche والقرحات الدالية . ويستعمل محلولها المائي بتركيز ١ ، ٠ - ١ ، ٠٪ (٢٪) في الضمادات الرطبة . وإن لنترات الفضة فعل جيد التطهير ضد المتعضيات سلبية الغرام مثل المتقلبات أو الزراق الصيديدي Pyocyaneus . ويطبق محلول نترات الفضة بتركيز ٠ ، ١٪ عند معالجة مناطق واسعة من الجسم .

المستحضرات التجارية (الأدوية المضادة للعد) : Akneroxid (١٠ ، ٥٪) ، Aknefugoxid (١٠ ، ٥٪) ، Benzazel 5 ، دهون Benoxyl (١٠ ، ٥) ، Cordes ، Desquam ، Xerac ، Persagel ، Scherogel ، BPO ، Klinoxid ، X ، Oxy - 5 ، Oxy - 10 ، (بيروكسيد البانزويثيل ٥ - ١٠٪ مع استرات هيدروكسي بنزوات كحافظات ، ويجب الانتباه إلى الأرج بالتماس) ، Oxy - 5 ، Acne Gel ، Panoxyl - 10 (علامة عدّية) ، شامبو طبي بالبروكسيد بانزويثيل ، دهون Benzoyl - 20 لمعالجة القرحات الركودية أو الجروح بطيئة الالتئام . ويجب الحذر من تخريش العين والمخاطيات ، ومن التهاب الجلد الأرجي القاسي .

الترتينوين Tretinoin : (يدعى بالفيتامين آ الحامضي ، حمض الريتنيويك المقرون) وله تأثير ملحوظ على التكاثف والتمايز البشري ، ويدعم تكون البشرة (الشواك Acanthosis) ويؤثر على التمايز البشري . وهو يؤدي إلى طرح وإسواء Normalization القرين عند الإصابة بقرط أو بمخلط القرين إضافة للقران الجريبي . كما يؤدي إلى تخريش الجلد بتراكيزه العالية . ويجب أن نتوقع أن يحدث الدواء تخريش جلد انسمامي (التهاب جلد بالتماس) بشكل خاص كتأثير جانبي ، إلا أنه لا يحدث أرجية بالتماس بشكل ملحوظ .

المستحضرات التجارية : يضاف التريتنيوين عادة بنسبة ٠ ، ٠٥٪ إلى الرهيمات والمخالييل ، ونسبة ٠ ، ٢٥٪ - ٠ ، ٥٥٪ إلى الهلامات (Epi - ، Cordes VAS ، Airol ، Retin A ، Eudyna ، Abrel) . وبما أن البشرة تصبح رقيقة ومتفككة أثناء المعالجة بالترتينوين ، لذا يجب على المرضى أن يكونوا حذرين من التعرض للشمس أو الإشعاعات ما فوق البنفسجية الصناعية .

الاستطبابات : إن التريتنيوين علاج مناسب لحلّ الطبقة المتقرنة في العدّ الشائع ، حيث يحدث بعد سورة Exacerbation بدئية ، انحلال الزؤان وطراوته وتفككه خلال ٢ - ٦ أسابيع . ولذلك كان من الضروري تنظيم المعالجة على أساس فردي تجنباً لحدوث تخريشات انسمامية جلدية (التهاب الجلد التريتينيوني) تتظاهر بالاحمرار وبمنظر سطح الجلد اللامع والرطب . هذا ولا ينصح بمعالجة الصدف الموضعية به ، إلا أنه يمكن استعماله بتراكيز منخفضة في التقرانات كداء داريه والسماكات ، وذلك تجنباً للتخريش مع قرط تقرن فعال . كما يستعمل التريتنيوين في معالجة التآليل المسطحة ، إلا أن نتائجه لم تكن دوماً إيجابية .

الأدوية الرأسية القرنية Keratoplastic Drugs :

وتحت هذه الأدوية على تجديد الطبقة القرنية من خلال تقليل

مساحات واسعة من الجلد أو إذا ما استنشق عن طريق التنفس .

الأدوية الموقفة لتكاثر الحمات الراشحة Virostatic : Drugs

إلى جانب الأدوية المطهرة العامة ، وجدت حديثاً عوامل مضادة للحمات تعتبر أكثر أهمية في المعالجة الموضعية للأخماج الحُموية Virus Infections . ومن أهم هذه العوامل ما يلي :

الإيدوكسوريدين Idoxuridine أو -2 - Iodo - desoxyuridine أو (IDU) : وهي عبارة عن نيكليوزيد تركيبى يتدخل في تركيب دنا الحمة (DNA) . وهو علاج فعال مضاد للتهاب القرنية الفصيصي الناجم عن حمة الحلاُ البسيط ، وله فعالية أقل جدارة في معالجة أخماج الحلاُ البسيط (HSV) التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية . هذا وقد أجريت محاولات لتحسين نفوذية الإيدوكسوريدين بإضافة الذي ميتيل سولفو كسيد (DMSO) .

التأثيرات الجانبية : قد يخرش هذا الدواء الجلد أحياناً وخاصة مستحضراته الحاوية على DMSO ، كما قد يحدث أرجية بالتماس .

المستحضرات التجارية : محلول ومرهم Stoxil (IDU) ، مرهم Virunguent (DMSO, IDU) ، محلول Zostrum (DMSO, IDU) .

الترومانتادين Tromantadin : ويشار به في معالجة أخماج الحلاُ البسيط الجلدية والمخاطية ، لكنه قد يؤدي إلى أرجية بالتماس ، كما أننا لا ننصح بتطبيقه ، ومن مستحضراته التجارية : Summetrel و Viru - Merz .

الفيدارابين Vidarabine : وهو -D - Beta - 9 - adenine - furanosyl - arabinoside (أدينوزين أرابينوزيد) . ويتميز هذا البورين الحاوي على نيكليوزيد كعامل فعال في معالجة الأخماج الحلتية الداخلية بشكل خاص ، وقد يستعمل في المعالجة الموضعية لأخماج الحلاُ البسيط والنطاقي لكل من الجلد والعين . ومن مستحضراته التجارية : مرهم Vira - A ٣٪ ، Vidatab ، مرهم Thilo ٣٪ .

أسيكلوفير Acyclovir : وهو مضاهي Analogue بوريني لا حلقي صناعي ، يعتبر فعالاً كعلاج مجموعي موقف لتكاثر الحمات في أخماج الحلاُ البسيط والنطاقي . كما أنه قد يكون له فعالية موضعية تتجلى بتقصير زمن الشفاء ومنع تكرار الآفات .

المستحضرات التجارية : مرهم Zovirax (٥٪) ، يعالج الآفات ٦ مرات في اليوم ولمدة أسبوع .

محلول تحت أسيتات الألمنيوم Aluminum Subacetate Solution : ويستخدم بتمديد عالٍ في الضمادات الرطبة ، لفعله المبرد وتقيضه الخفيف (محلول تحت أسيتات الألمنيوم + إيتانول + الماء بنسب ١ : ١ : ٤) .

الأدوية الكاوية Caustic Drugs :

وهي محاليل لحموض أو لأملح معدنية . ويكون اختلافها بالتركيز فقط الذي يؤدي لقلب القابضات إلى كاويات .

نترات الفضة : وتطبق على شكل (قلم) لتأثيرها الأكال على التحبب المتكاثر في الجروح . ويجب تجنب مس الشقوق بنترات الفضة .

حمض ثالث كلور الحلل Trichloroacetic Acid : وهو عامل أكال سطحي ذو تأثير شديد السرعة لأنه يحدث تخثيراً للبروتين في الجلد . وهو يستعمل بشكل محلول مائي بتركيز ٣٥ - ٥٠٪ . أما استطبائه الخاص فهو إزالة اللويحات الصفراء من الأجفان حيث يكفي وضعه على تلك اللويحات مرة واحدة ، ثم يذر بمسحوق بعد ذلك يؤدي إلى تشكل جلبات تسقط بعد عدة أيام (نخر تخثري) .

حمض الكروم Chromic Acid : ويوصف محلوله المائي (١٠٪) كمعالجة عرضية لتقرحات مخاطية الفم أو لمعالجة السل الدخني المخاطي المتقرح .

الكي بكلور الزنك بطريقة Schreus Zinc Chloride (Schreus Zinc Chloride) : وينصح بها لمعالجة السرطانة قاعدية الخلايا ، ولكنها معالجة تتطلب خبرة وحذراً . فيعد تجريف نابذ للنسيج الورمي بمجرفة حادة وإيقاف النزف بالضغط ، يُجرى الكي بمحلول كلور الزنك المائي المركز (٢٠ - ٥٠٪) . وتكون المنطقة المكوية البيضاء من التنخر سطحية وتنجم عن تحطم النسيج البيني الورمي . ويجب اتخاذ الحيلة تجاه الغضروف التحتي (خطر التنخر أو التهاب سمحاق الغضروف) . وقد استبدلت هذه الطريقة بالمعالجة المشتركة بواسطة التجريف والتجفيف Desiccation والمستخدم في معالجة سرطانات الخلية القاعدية السطحية . وثمة طريقة أخرى أكثر عملية في معالجة تلك السرطانات ، وتقوم على الجراحة المراقبة بالتجميد الغض Fresh Frozen Controlled Surgery .

إيتير الفينول Phenol Ether : يطبق الفينول المائع في الإيتير (٢٠٪) على الجلد بواسطة حامل Stick Swab حيث يحدث كياً سطحيّاً يعقبه توسف . ويوصى بهذه الإجراءات لمعالجة الشمس على أن تجرى بيد خبيرة لتجنب أي خطر . وقد تحدث أعراض انسحابية عامة إذا ما طبق إيتير الفينول على

الأدوية الموقفة نمو الخلايا (الموقفة للانقسام الخلوي) Cytotoxic Durgs :

وقد وجد لهذه الأدوية تطبيقات متزايدة في معالجة الحالات الجلدية السابقة للتسرطن ، أو الحالات سطحية الخباثة ، وذلك خلال السنوات القليلة الماضية .

٥ - فلوروراسيل **Fluorouracil - 5 (FU 5)** : ويعتبر مضاداً لاستقلاب الدنا (DNA) أي ضادة البريميدين ، إذ يثبط فعالية تركيب التيميديلات . وهو سامٌ يؤدي إلى موت الخلايا . وإن هذه التأثيرات تحدث مبكرة في المنطقة المرضية من الجلد قبل المنطقة السوية . ويستعمل ٥ - فلوروراسيل كدهم بنسبة (٥٪) أو في البروبولين غليكول بنسبة (٢ - ٥٪) .

التأثير الدوائي : يثبط ٥ - فلوروراسيل مكونات الخلية في النسيج المتكاثر وقد يحدث حمى في المنطقة التي تعالج به يومياً خلال ١ - ٣ أسابيع ، ويحدث بعد ذلك تشكلات جلدية أو نخرية ، ويمكن أن تقطع هذه التأثيرات الجانبية النهائية بمعالجة موضعية تالية بواسطة الستيروئيدات القشرية .

التأثيرات الجانبية: يمكن توقع حدوث تأثيرات جانبية امتصاصية للدواء عند تطبيقه على مناطق واسعة . ولذلك وجب ألا يطبق هذا الدواء إلا على أجزاء صغيرة من الجلد (أقل من ٢٠ X ٢٠ سم) . هذا ويحدد المعالجة الموضعية بهذا الدواء كل من التهاب الجلد الانسمامي الحاد أو التهاب الجلد الانسمامي الضبابي غير المتوقعين ، وتبعاً لذلك فإنه يجب تجنب أشعة الشمس أثناء المعالجة .

المستحضرات التجارية : دهيم **Efudex (Efidix)** ١٪ ، ٥٪ ، محلول **Fluoroplex** ، ومحلول **Efudex** ٢٪ ، ٥٪ .

الاستطبابات : يعالج الدواء ٥ - فلوروراسيل العديد من التقرانات الضيائية المتوضعة على الوجه والمناطق الصلعاء . وتستجيب الآفات المتوضعة على اليدين والذراعين بشكل أقل . وإضافة لذلك ، فقد ثبتت فائدة هذا الدواء في معالجة كل من داء بوفن ، وداء باجيت خارج الشدي ، وفرط التنسج الأحمري لكويرات **Queyrat** ، كما يفيد في معالجة صدف الأظفار بتركيز ١ - ٢٪ . هذا ويشار بالمعالجة به تحت ضهادات كمية سرطانات الخلية القاعدية المتوضعة على الجذع . وعلى كل حال ، فإن النكس شائع بعد تلك المعالجة ، وأخيراً فهو يطبق مشتركاً مع حمض الصفصاف و **DMSO** (**Verrumal**) لمعالجة الثآليل والقشور المؤنف .

البودوفيلين **Podophyllin** : وهو خلاصة تستخرج من جذور نبتة البلتاتوم بودوفيلوم **Podophyllum Peltatum**

(أمريكا الشمالية) أو البودوفيلوم إيمودي **Emodi** (الهند) .

التأثير الدوائي : المادة الفعالة هي البودوفيلوتوكسين التي تؤدي إلى إيقاف الانقسام الفتيلي **Mitosis** في طور **Metaphase** مما يؤدي إلى تنخر الخلايا الظهارية .

التأثيرات الجانبية : يحدث التعرض المديد للبودوفيلين التهاب جلد انسمامي تماسي حاد . كما يؤدي تماسه مع العين إلى التهاب منضمة شديد مع ذمة في المنطقة . ومن المحتمل ظهور تأثيرات جانبية امتصاصية إذا استعمل على منطقة جلدية واسعة .

الاستعمال : يطبق البودوفيلين بتركيز ١٠ - ٢٥٪ مع الغول المطلق أو صبغة الجاوي . علماً بأنه يؤدي بعد بضعة أيام من تطبيقه إلى حدوث التهاب احمراري في المنطقة ، وقد يؤدي إلى تشكل جليات أحياناً نتيجة لالتهاب الجلد الانسمامي الحاد . ويتم الشفاء بعد حوالي ١٠ - ١٤ يوماً . ويجب أن تغسل طبقة البودوفيلين المطبقة بعد زمن مناسب تجنباً لحدوث التحسسات الفردية بشكل كبير . أما زمن التعرض للدواء المشار إليه في معالجة الآفات الجلدية فيتراوح ما بين ٢ - ١٢ ساعة ، ويجب ألا يزيد عن ٢ - ٦ ساعات عند تطبيقه على الأغشية المخاطية أو المنطقة الشرجية التناسلية . ويؤدي عند تطبيقه المديد إلى حدوث التهاب جلد تماسي انسمامي ، لكنه نادراً ما يؤدي إلى حدوث أرجية بالتماس . وهو دواء مخرش بدني ، ولذا يجب العمل على وقاية العينين (التهاب منضمة ، وذمة المتحممة) . ويحاط عند معالجة المنطقة الشرجية التناسلية ألا يطبق على مساحة تفوق ٧ سم ٢ في نفس الفترة الزمنية . علماً بأن المعالجة المفرطة به قد تؤدي إلى اعتلال عصبي محيطي وإلى موت الجنين داخل الرحم عند النساء الحوامل .

الاستطبابات : يعالج بالبودوفيلين كل من اللقموه المؤنف ، والتقرانات الضيائية ، وداء بوفن ، والتنسج الأحمري لـ « كويرات » ، والحطاط التناسلي البوفناني . ويمكن أن يجرب استعماله في معالجة الشامات الشيخية ، والتقرانات المثية الشبيهة بالثآليل المسطحة .

الحردل الآزوتي **Nitrogen Mustard** : وهو مركب **Mechlorethamine** سامٌ للخلايا وموقف لنموها موضعياً . ويفيد بشكل خاص في معالجة المصابين بالفطار الفطراتي **Mycosis Fungoides** . إلا أنه قد يؤدي إلى تفاعلات أرجية بالتماس . ومن المحتمل أن تكون علامة للجوع . وقد جرت محاولات لإنقاص احتمالات حدوث الأرج بإعطاء جرعات قليلة من هذا العلاج وريدياً . وقد يحدث تحريشاً للعين إذا ما لامسها ، ويجب اختبار الصيغة الدموية عند المعالجة به .

المستحضر التجاري : Mustargen .

على غرار ما يستعمل في مصانع العطور . وهكذا فإن المنفترات تعمل ما دامت في طور البخار ، لذا وجب أن تتبخر المنفترات بحيث يمكن للحشرات إدراكها ، أما مساوئ المنفترات فتجلى باستمرار بقصر زمن فاعليتها ، مما يتطلب تجديد المواد ، وغالباً ما يتم ذلك بعد بضع ساعات ، وخاصة بعد التعرق أو الاستحمام . أما العوامل الأخرى التي يتوقف عليها إعادة تجديد المواد فهي الحرارة المحيطية ، ورطوبة الهواء ، وسرعة الرياح وكثافة عدد الحشرات . ويجب ارتداء جميع مناطق الجلد والملابس أيضاً بشكل تام . وغالباً ما تكون المنفترات زيتية الملمس ، وقد تخرش الأغشية المخاطية ، وتلون الملابس ، وتحل اللدائن وتفسل بسهولة من الجلد . كما أنها لا تؤثر ضد جميع أنماط الحشرات .

المستحضرات التجارية : Diethyltoluamide ، (Autan ، Dimethyl Phthalate ، Cutter ، Off ، Masquitone) ، Ethyl Hexanediol (عدد من المستحضرات المختلفة) ومستحضرات Pyrethrum تستعمل أيضاً . ولم يثبت فعالية تناول الفيتامين ب عن طريق الفم .

مبيدات الطفيليات : parasitocides

في حين تستعمل المبيدات الحشرية بديلاً للقضاء على الحشرات في الغرف ، فإن المبيدات الطفيلية تطبق على الجلد لمعالجة الآفات الطفيلية الجلدية الخارجية ، وأكثر ما تستعمل لمعالجة الجرب .

بنزوات البنزيل Benzyl Benzoate : لقد عرف ملح الحمض الجاوي وغول البنزيل منذ مدة طويلة كدواء مضاد للجرب . ويمكن استخلاص بنزوات البنزيل من بلسم البيرو ، كما يمكن أن يصنع تركيباً . وإن بنزوات البنزيل دواء سليم ، ويمكن أن يوصى به بشكل خاص لمعالجة الجرب عند الأطفال الصغار والرضع ، وإن الجرب المقاوم لبنزوات البنزيل نادر . وتم المعالجة بها على مدار ثلاثة أيام متعاقبة ، حيث تطبق على كافة أنحاء الجسم ما عدا الرأس ، أما النكس بعد المعالجة فغير شائع .

المستحضر التجاري : يستعمل مستحلب بنزوات البنزيل بنسبة ١٠٪ عند الأطفال ، ومستحلبه بنسبة ٢٥٪ لمعالجة الكهول والفتيان .

هكساكلوروسيكلوهكسان Hexachlorocyclohexane (غاما بنزين هكساكلورايد) : وهو دواء ذو مقدرة كبيرة على إبادة الحشرات بمجرد تماسها ، وهو يستعمل في معالجة الأدوية الطفيلية الخارجية كالجرب والقمل ، إلا أنه يجب التقيد بتعليمات المعالجة .

المستحضرات التجارية : ليندان (Kwell ، Gamene) ،

الاستعمال : يطبق المحلول الطازج للخرذل الآزوتي (١٠ ملغ في ٥٠ مل ماء) مرتين في اليوم وحتى مرتين في الأسبوع ، موضعياً وعلى كل الأجزاء المصابة (إلا أنه يجب ارتداء القفازات عند تطبيقه بسبب إحداثه انسهماً وأرجاً بالقماس) ، ولفترة تستمر أشهراً أو سنوات حسب حدة المرض . ويجب عمل حمام كامل لإزالة دسم الجلد . ويمكن تطبيق رهيم الخرذل الآزوتي المخفف (٠,٠١٪ أو أقل من ذلك) لكي يصبح محتملاً .

دي نيتروكلوروبينزين Dinitrochlorobenzene : ويؤدي استعمال (مرهم DNCB ١٪) موضعياً إلى التهاب جلد أرجي تماسي ، وهو عقار مطفر Mutagenic ولذلك لم يعد يشار باستعماله في معالجة الحكة البقية أو التآليل الشائعة . ويمكن استعماله كعلاج مناعي غير نوعي في التآليل الجلدية السطحية للملانوم الخبيث ، حيث يؤدي إلى نتائج ملحوظة أحياناً ، على الرغم من أن السير الإجمالي للمرض لا يصيبه أي تغيير .

المنفترات : Repellents

تستعمل المنفترات الحشرية لتغيير الحشرات اللادغة وخاصة الذباب العاص ذو الجناحين (رتبة ذوات الجناحين) . وتشمل هذه الحشرات البعوض المسترلي (عائلة البعوض ، جنس Culex) والنماموس من جنس الزاعجة Aedes والأنوفيل Anopheles ، والذباب الأسود (جنس الزلفاء) وذباب الرمل (جنس فاصد الوريد) ، والقمعة العاصة Biting midges (جنس البعوضيات) . ويعتقد أن العرق وثاني أكسيد الكربون جاذبان لتلك الحشرات ، لكنه لا يعرف سبب انجذاب الحشرات الماصة للدم لبعض الأشخاص أكثر من انجذابها لأشخاص آخرين . ويكون عض الحشرات مؤلماً ، حاكاً ، وقد يتقوبأ . وتعد الحشرات ، وخاصة في المناطق المدارية ، نواقل لأمراض خطيرة كالبرداء والحمى الصفراء والتهاب الدماغ وحمى الثلاثة أيام .

طراز فعلها Mode of Action : المنفترات لا تقتل الحشرات ، وهكذا فإنها لا تؤدي إلى حدوث أنواع مقاومة منتخبة من الحشرات . أما آلية تأثير المنفترات فغير معروفة . وهي تتبخر مؤدية للوقاية من الحشرات اللادغة والماصة وذلك بجعلها تقف على بعد معين من الجلد لا تتجاوزه . ويبدو أن لتخريش حاسة الشم عند الحشرات أهمية خاصة ، وتكون الكيمائيات ذات النسبة العالية من التبخر أكثر فعالية ، لكن فقدانها لفعلها المنفر يكون أكثر سرعة بالنتيجة (والذي يدعى بالعامل المنفر الفعلي) . ويمكن إزالة فترة تبخر المنفترات باستعمال المثبتات ،

(Jacutin ، Scabene) على شكل مستحلب أو هلامه وإرذاذات مسحوق . تطبق الهلامه لمعالجة قمال الرأس ، ويستعمل المستحلب لمعالجة الجرب . ويرد المسحوق إرذاذاً لتغير الملابس . ويطبق شامبو Kwell لمعالجة قمل الرأس .

الكروتاميتون (Crotamiton): ذو البنية الكيميائية $N - ethyl - O - Crotonotoluidide$ ، وهو دواء فعال بشكل خاص ضد الجرب والقمل والدودة الجربية ، غير أنه يستخدم كدواء مضاد للحكة أيضاً . ويجب أن لا يطبق في الحالات الجلدية الالتهابية النجيحية (النازة) . وليس إحداثه لأرجية بالتماس شائعاً .

المستحضرات التجارية : محلول Eurax (١٠٪ كروتاميتون) ومرهمه ، ويستعملان في معالجة الجرب ، ويتم بمعالجة كافة أنحاء الجلد عدا الوجه والفروة ولمدة ٥ أيام بالـ Euraxil ، كما أن هلامه الكروتاميتون (٥٪) متاحة ومتوفرة للاستعمال .

زيئات تتراهدرونفتالين النحاسية الثائية Copper II Oleate Tetrahydronaphthalene - : وهو مزيج استعمل في الأستون والزيوت المعدنية لعدة عقود لمعالجة قمل الرأس وقمل الحرامات (الجسد) وهو فعال جداً ، لكنه قابل للاشتعال بسرعة . وينبغي تجنب تطبيقه على العينين والمخاطبات . أما المصابون بإكزيمة القمل ، فيجب أن يشفوا أولاً من الإكزيمة قبل معالجة القمل به وذلك لتجنب تأثيراته الجانبية الامتناسية . ويجب عدم تطبيق قلنسوة الرأس الكوبركسية Cuprex head Cap لمدة تزيد عن الساعة . ويعتبر الكوبركس Cuprex أهم مستحضراته التجارية .

التيابندازول Thiabendazole : إن عقار المتيزول (Mintezol) معروف في المعالجة المجموعية للأخماج الدودية ويستعمل بتركيز (١٠٪) في رهيم مائي للمعالجة موضعية للطفولة الجسدية وفي سعة الرأس . كما أن أكثر من ٨٠٪ من حالات الجرب تشفى بتطبيق وحيد لتلك المادة . ومن المهم بشكل خاص ملاحظة تأثير الثيابندازول الجيد في الداء الزاحف (Greeping Disease) . هذا وإن الثيابندازول ضمن الرهيم المحب للماء (بنسبة ٥٪ - ٢٠٪) يكون أكثر فعالية من الثيابندازول (٢٪) في DMSO . أما مدة علاج الداء الزاحف فتتراوح بين ١ - ٣ أيام على أن يدهن من ٣ - ٤ مرات في اليوم وتحت ضماد كيم إن أمكن .

الأدوية المضادة للتعرق Antiperspirant Drugs :

إن معالجة فرط تعرق اليدين والقدمين والحفرة الإبطية صعبة دوماً ، وسنذكر هنا المستحضرات الدوائية للمعالجة الموضعية فقط .

حمض التنيك : لمحلول حمض التنيك (٢٪) ، ومحلوله الغليسيرولي (٥٪) ومسحوقه (٥٪) فعل قابض خفيف ، ولذا فإن هذه المستحضرات تأثيراً خفيفاً مضاداً للتعرق حيث أنها تسد مسامات الغدد العرقية .

من مشتقات حمض التنيك ، لحاء البلوط Oak bark وحموض التنيك الصناعية (Tannosynt, Tannolact) .

الفورمالدهيد Formaldehyde : استعمل سابقاً بكثرة ، لكن أدوية أخرى حلت محله بسبب إمكانية إحداثه تحسناً بالتماس وتخريشه أيضاً . ومن المستحسن ذكر المعالجة الموضعية القابضة بالفورمالين محلولاً في الإيثانول ٦٠٪ وبتركيز (٤ - ١٠٪) .

Rx. Formaldehyde 4.0

Ethanol 60% to 100.0

تطبيق طلاءً MDS

وقد يتضمن مسحوق القدمين أيضاً على الفورمالدهيد .

الغلوتارالدهيد Glutaraldehyde : ويستعمل كثيراً في الولايات المتحدة لمعالجة فرط التعرق في اليدين والقدمين .

Rx. Glutaraldehyde 10.0

Sodium bicarbonate 1.65

Water to 100.0

محلول الغلوتارالدهيد الدارء لمعالجة فرط التعرق الراحي الأنحصى MDS

هذا وينقص تصبغ الجلد البني عندما تخفض المعالجة البدئية والتي تقوم على تطبيق العلاج مرتين في الأسبوع أو ٣ مرات ، إلى أن يطبق مرة أسبوعياً بعد ٢ - ٣ أسابيع .

الميتينامين Methenamine : وهو عبارة عن Hexamethylenetetramine الذي يتحلل على سطح الجلد إلى الأمونيا والفورمالدهيد ، وهو مضاد تعرق خفيف عندما تطبق محاليله المائية أو القوية بتركيز (١٠٪) ، ولا يوصى باستعماله عند وجود أرج تماسي للفورمالدهيد .

أملاح الألمنيوم : مثل كلوريد الألمنيوم ، ماءات كلوريد الألمنيوم ، وهكساهدرات كلوريد الألمنيوم ، وتستعمل كلها كمضادات تعرق في المستحضرات التزيوقية ، إذ هي تؤدي لإحداث انسداد مؤقت واضح في نهايات أقيفة الغدد العرقية . إلا أن تطبيق هذه الأملاح قد يؤدي إلى تخريش انسامي جلدي وحكة .

المستحضرات التجارية : إن Drysol هو (٢٠٪) هكساهدرات كلوريد الألمنيوم في الإيثانول المطلق ، الذي يطبق لسبع ليال ، ويكرر عند الضرورة . أما مستحضر

Ethanol 50% to 100.0

محلول وافي للضياء MDS

Rx. Paraamino benzoic acid 10.0

Polyethylene Glycol Oint USP. to 100.0

مرهم وافي للضياء MDS

مشتقات البنزوفينون *Benzophenone Derivatives* : تمتص هذه المشتقات الإشعاعات ما فوق البنفسجية ما بين ٢٥٠ - ٤٠٠ ن. م ، وعلى كلاً فهي أقل فعالية من مركبات PABA في الحماية من الطيف الإشعاعي ما فوق البنفسجي ب الحدت للحمامي .
ألديدات القرفة *Cinnamaldehydes* : وهي مركبات تمتص الإشعاعات ما فوق البنفسجية ب .

المستحضرات التجارية : Uval (مشتق من البنزوفينون ذو فعالية للوقاية من الضياء في مجال كل من الأشعة فوق البنفسجية آ و ب) ، ودهونات *Blackout* ، *Presun* ، و *Pabanol* آ و ب) ، ودهونات *Blackout* ، *PreSun* ، و *Pabanol* الواقية من الضياء (بدائل حمض ديميتل أمينوبنزويك في الحماية ٢٩٠ - ٣٢٠ ن. م) ، والتي تكون مائعة وصادة للماء *Piz. Buin* - : رهيم صاد شديد ، يحمي من الضياء لكل مجالات الأشعة ما فوق البنفسجية ، وهو مشتق من البنزوفين ، *Solabar* (*Octyldimethyl - P - aminobenzoic acid*) ، هيدروكسي بنزويك أسيد (ذو عامل ضيائي وقائي - ١٧ . وهناك أيضاً *Contralum Ultra* ، *Delial 20* ، *Ilrido* (*Derido*) ، *RVPaba* أو حمرة شفاه *Ilrido* أو مرهم الشفاه *Moon Drops Lip* ، وهناك مستحضرات عديدة أخرى متاحة للتداول .

الأدوية المزيلة للتصبغ *Depigmenting Drugs* :

تدخل هذه الأدوية في تركيب الملانين وذلك إما باستخدام مماثلات التيروزين (الهيدروكينون ومشتقاته) ، أو من جراء إحداث اضطراب في الإنظيمات المتورطة بتركيب الملانين .
الهيدروكينون *Hydroquinone* : ويسبب نقصاً في التصبغ ، حيث يمكن استخدامه في فرط التصبغ على اختلاف منشئه مثل الكلف *Melasma* أو الملان حول الفم . هو ينحل بتركيز ٥٪ في رهيم أليف للماء خلال فترة قصيرة نسبياً من جراء الأكسدة الهوائية ، كما أن كثيراً ما يحدث تحريش وأرجية بالتماس . وقد وصف إحداثه لمغرانية *Ochronosis* خارجية المنشأ ودخنية غروانية بعد فترة طويلة من استعماله . ومن أهم مستحضراته التجارية : رهيم *Artra* (٢٪) ، رهيم *Eldopaque* (٢٪) ، رهيم *Eldopaque Forte* (٤٪) أو *Eldoquin* (٢٪) ، رهيم *Esoterica* (٢٪) أو محلول *Melanex* (٣٪) .

(*Methyl Cellulose*) ٢٠٪ فهو مساعد على الإقلال من فرط التعرق .

المواد المضادة للفعل الكولينرجي *Anticholinergic Substances* : إن التطبيق الموضعي لهذه المواد مثل ميتيل بروميد هوماتروين أو بروميد هروبانتيلين ، لم يعط النتائج المقنعة .

المواد المزيلة للأشعار *Depilatory Substances* :

وقد تمت دراسة هذه المواد في الفصل ٣١ من هذا الكتاب .

الدائرات الشمسية *Drugs as Sunscreens* :

يمكن إحراز وقاية ضد حرق الشمس أو ضد التفاعلات الشاذة تجاه الضوء الطبيعي أو الصناعي للأشعة فوق البنفسجية وذلك إما بتغطية الجلد أو بتطبيق مرشحة دائرة للشمس .

تغطية الجلد *Covering the Skin* : إن الدهونات التي تتضمن صابغاً بلون الجلد ، إضافة إلى التيتانيوم *Titanium* وأوكسيد الزنك مثل *Fil - A* ، *RV Paque* ، *RV Plus* ، *Covermark* كافية لتغطية الجلد . كما يمكن أن تطبق بعض التزويقات التجارية (الماكياج) .

مراشح الأشعة فوق البنفسجية *Ultraviolet Filters* : تنتخب المواد التي تمتص بشكل كاف الأشعة ما فوق البنفسجية في مجال طيف الإشعاعات الصادرة عن الشمس كمراشح لهذه الأشعة لتجنب حروق الشمس . وبما أن العديد من التفاعلات الضيائية المرضية ، مثل الأرجيات الضيائية ، تنجم عن الإشعاعات فوق البنفسجية ذات الأمواج الطويلة ، وجب أن تكون دريعة الشمس قادرة أن تمتص ، وبشكل كاف ، كل الإشعاعات ما فوق البنفسجية آ و ب والأشعة تحت الحمراء إن أمكن ، وذلك في مجال طيف الأشعة الصادرة عن الشمس . هذا ويغمر السوق التجارية عدد ضخم من تلك المراشح ، إلا أن تلك المنتجات يجب أن تكون مقاومة للماء والعرق ، كما أنه يجب ألا تكون مؤدية لتكوين الزؤان أو للأرج بالتماس . أما المواد المستخدمة بشكل واسع فهي :

حمض بارا أمينو بنزويك (*PABA*) : يمتص هذا الحمض وإستراته الإشعاعات فوق البنفسجية ما بين ٢٨٠ - ٣٢٠ نانومتر . وإن أسترات الـ *PABA* أقل فعالية لكنها لا تتداخل بالقطن أو بالألياف الصناعية (الصباغ الأصفر) . كما أن وقاية هذا المستحضر من الضياء جيدة . (يبلغ عامل وقايته ١٠ - ١٥) ، إلا أنه قد يحدث أرج بالتماس .

Rx. Paraaminobenzoic acid 5.0

المونوبنزون Monobenzene : وهو إستر مونوبنزيل الهيدروكينون ، وله فعل قاصر للون Bleaching جيد ، إلا أنه كثيراً ما يتلف الخلايا الملانينية بشكل غير عكوس : كما أن له قدرة على إحداث أرجية بالتماس أيضاً . وعادة ما يحدث نقصاً أو زيادة في التصبغ غير منتظمة : - Confetti Leukoderma .

المستحضرات التجارية : مرهم Benoquin (٢٠ ٪) ، ومرهم Depigman (٥ ٪) ، Depigman Forte ، (١٠ ٪) . هذا وتعتبر الوقاية من ضوء الشمس أمراً هاماً عند استعمال العوامل المزيلة للتصبغ .

أملاح الزئبق Mercury Salts : لا تزال هذه الأملاح تكون العديد من الرهيمات القاصرة التزويقية والتي يوصى بها في معالجة التصبغات والتمش المتوضعة على الوجه . هذا وقد يحدث عند المعالجة الطويلة الأمد بتلك الأملاح تصبغات رمادية - زرقاء على الجلد (انسهم زئبقي Hydrargyrosis) . وقد تحدث تأثيرات جانبية مجموعة مثل الانسهم الزئبقي Mercurialism مع اعتلال عصبي عند معالجة مناطق واسعة ولمدة طويلة .

الأدوية المموهة والمصبغة Comouflage and Pigmenting Drugs

ثمة طرق متعددة متاحة لمعالجة كل من التصبغات أو لإعادة تلك التصبغات .

الموهوات : وهي التي يمكن أن تغطي بها المناطق ناقصة الصباغ ، كما في البهاق مثلاً ، بالمزوقات المموهة مثل : Covermark أو بمكياج تزويقي .

التلوين Staining : يرتبط هيدروكسي أستون بالطبقة القرنية معطياً لوناً رمادياً ، لكنه لا يشكل ملانيناً . أما مساوئ هذه الطريقة فليست بغير شائعة ، وتتجلى بتقاع لون الجلد وحؤول لون الملابس .

المستحضرات التجارية : Vitadye أو Dyoderm ، Tamlo .

إعادة التصبغ Repigmentation : إن إعادة التصبغ ليس بالأمر السهل ويفكر به فقط في حالات نقص التصبغ الواسع كما في البهاق (Vitiligo) .

المعالجة الضوئية - الكيماوية الموضعية Topical Photochemotherapy : ويستعمل ٨ - ميتوكسي بسورالين (Meladenine, Oxoralen) موضعياً وبمشاركته مع الأشعة ما فوق البنفسجية آ . هذا وتتطلب هذه المعالجة حذراً ، لأنها قد تؤدي إلى تفاعلات ضيائية انسهمية ، كما أنها

غالباً ما تؤدي إلى فرط تصبغ شديد للجلد السليم وذلك على أطراف المناطق البهاقية .

الإجراءات العلاجية :

- تغطية الجلد المحيط السليم بدارثات شمسية مناسبة (دهون الزنك ، معجونة الزنك) .

- تطبيق المحسسات الضيائية (Oxoralene, Meladinine) .

- يشرع بالمعالجة بعد ساعة وذلك بجرعة منخفضة من الأشعة ما فوق البنفسجية آ ، كما يمكن زيادة هذه الجرعة إذا لم تظهر حمى خلال ٤٨ ساعة على الأكثر .

المعالجة الضوئية - الكيماوية الجهازية : ويمكن استخدام كل من ٨ - ميتوكسي بسورالين (ميلادينين ، أوكسورالين) و ٥ - ميتوكسي بسورالين (ليس له مستحضر تجاري) أو تري ميتيل بسورالين (تري سورالين) وذلك كمحسسات للضياء .

الإجراءات العلاجية : يعطى البسورالين قبل ساعتين من التعرض للأشعة ما فوق البنفسجية آ ، أما الجرعة العادية للبسورالين فهي ٠,٦ ملغ/كغ من وزن الجسم . أما تشكل الحمى فيكون أقل ، بعد التعرض للأشعة وبعد تناول تري ميتيل بسورالين منه بعد تناول ٨ - ميتوكسي بسورالين . وتبعاً لذلك فإن الخطر من غط حرق شمسي شديد للتفاعل مع تري ميتيل بسورالين يكون أقل أيضاً . هذا ويجب إجراء المعالجة ٢ - ٤ مرات أسبوعياً ، كما ويجب أحياناً إجراء فحوصات لوظائف الكبد . ومن الأمور الهامة هي وجوب وضع المرضى لنظارات شمسية واقية ، ذات وقاية مناسبة في مجال الأشعة ما فوق البنفسجية آ ، أثناء فترة التشعيع وفي أيام المعالجة . ويجب التقيد بالتعرض الحذر لضوء الشمس في الأيام الفاصلة ما بين أيام المعالجة . وعلى كل حال فمن الواجب أن تؤمن الوقاية المناسبة المضادة للشمس بغية العمل على الحد من حدوث تفاعلات غير مرغوبة ، وخاصة عند الأشخاص ذوي الجلود من غط I و II (Solabar ، رهيم Piz Buin الواقي القوي ، UVAI ، Contralum Ultra) . وعموماً فإن إعادة التصبغ يحدث حول الجريبات ، وبعدها تتداخل تلك التصبغات لتشكل مناطق واسعة . ويجب أن تستمر المعالجة أشهراً ، ويتوقع حدوث التحسن الهام بعد (٢٠ - ١٠٠ تعرض) .

وإن إعادة التصبغ في البهاق يحدث بشكل خاص عند الأشخاص ذوي الجلد القاتم ، ويكون أقل سرعة عند ذوي الجلد الفاتح .

أما الخللين فمستحضر آخر يستعمل وينجح في إعادة التصبغ ، علماً بأنه لا يوجد مستحضر مسجل لهذه المادة .

المراهم الواقية للجلد Skin Protective Ointments :

وتستخدم لوقاية الجلد من البيئة ، وخاصة من التأثيرات الانسجامية المهنية أو الأرجية . ولهذه المراهم أيضاً قيمة في المعالجة الخالية من الستيروئيدات والتي تطبق في المراحل الفاصلة ما بين هجمات الإكزيمة . وهناك تنوع في مكونات مراهم الجلد الواقية ، حيث تدخل اليوريا Urea والألانتوين Allantoin كحالات تفرن ولجعل الطبقة القرنية ناعمة ، كما يدخل في تكوينها البانتينول ، وحمض اللينولييك Lenoleic Acid أو أستراته ، وهلامات الجلد والفيتامينات التي لم تثبت فعاليتها بعد .

Rx. Citric Acid Solution 0.1% 30.0

Glycerol 10.0

Nivea Cream to 100.0

مرهم جلدي محب للدهن MDS

Rx. Cetiol 7.5

Lanette N 7.5

Glycerol 2.0

Water to 100.0

مرهم جلدي MDS

Rx. Pure Urea 3.0

Allantion 0.2

Karion F Liquid 3.0

Yellow Petrolatum 10.0

Lanette N 15.0

Guaiazulene 25% 0.04

Water to 100.0

مرهم جلدي محب للماء MDS

هذا وينتخب المرهم الواقى للجلد استناداً إلى غط الجلد وحالته .

المستحلبات المحبة للماء ، غط الرهم : ويحتوي المرهم المائي الأليف للماء على ٧٠٪ ماء وهو قابل للغسل ، مثل المرهم أليف الماء (دستور الأدوية الأمريكي) .

المستحضرات التجارية : Aquacare ، Acid Mantle ، Basodexan (مع اليوريا) ، Hydro - Cordes ، Physiane Lubriderm ، Linola مستحلب .

المستحلبات المحبة للدهن ، غط المرهم : يحتوي مرهم غول الشمع الصوفي على ٥٠٪ ماء مثل الرهم البارد Cold Cream (دستور الأدوية الأمريكي) .

المستحضرات التجارية : Hydrous Lanolin ، مرهم

Linola ، Lanolar ، Keri ، رهم Qualatum ، Eucerin ، Nivea ، رهم Masse ، رهم Lipo Cordes ، رهم Fett ، أوسرين PHs ، Satina .

المراهم الواقية الصناعية Industrial Protective Ointments : وهنا تقوم الدواير والشوارد بعملها ، والتي تخصص للوقاية من القلويات الضارة ، وخاصة المواد المهنية ، أو الصواعد والهوابط المسببة لأرجيات بالتماس .
المراهم المتوفرة في أوروبا :

— Aqua - non - Hermal : مرهم واقى للجلد منفرد

للماء مع زيت السيليكون ، الحمض الدهني ، استرات ، الحمض اللينولي ، آلانتوين . ويفيد للوقاية والتأهيل في إكزيمة اليدين الانسجامية التراكمية ، وعند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، وإكزيمة اليد التأبسية ، وإكزيمة ربات المنازل .

— Ivosin : المرهم الواقى من الكرومات للوقاية من أرجية الكرومات .

— Neo - Quimbo : مرهم واقى جلدي .

— PH - Stabil : يفيد العاملين في وسط قلوي أو مع المذيبات في الوقاية من إكزيمة اليد الانسجامية التراكمية (إكزيمة ربات البيوت) .

— Sansibal : وهو مرهم واقى صناعي .

— Silicoderm F : ويحتوي هذا السيليكون الصاد للماء على مرهم دهني ، ويستخدم عند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، أو المصابين بالتأب أو إكزيمة اليدين الانسجامية التراكمية .

— برنامج وقاية الجلد لستوك هاوزن Stockhausen .

المراهم المتوفرة في الولايات المتحدة : رهمات Silicate ، Kerodex ، Dimethicone : منفرة للماء ودهنية . وهي واقية للجلد وتحتوي على زيت السيليكون . وتستعمل بشكل خاص عند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، والتأب وإكزيمات اليدين الانسجامية التراكمية .

رهمات West ٢١١ ، ٣١١ ، ٤١١ (البرامج الخاصة لأصحاب الحرف والصناعيين ، شركة West Co. Long Island N.Y.) . وواقى الجلد Stockhausen (Kerfeld) : ألمانيا) .

منظفات الجلد Skin Cleaners :

إن لتنظيف الجلد اليومي بالمنظفات ، أو بالماء والصابون قيمة بيئية بذاتها ، وهي ليست مفيدة فحسب . لكنها تعزير للصحة . ويستحلب دهن الجلد بفعل الصوابين أو المنظفات مما

تؤدي برغوتها إلى إزالة الأوساخ والجراثيم ، ثم بشطفها بالماء . ويحسّن الماء الساخن الفعل المنظف للجلد ، ويشكل تنظيف الجلد ، كما كان في السابق ، معضلة في حالات التهاب الجلد بسبب إحدائه لتخريش جلدي (إكزيمة قلوية) إذا ما غسل بالصابون . لذا يحظر استعمال الصوابين عند البدء بمعالجة التهابات الجلد . وجاءت التغيرات مع إدخال المنظفات الصناعية واستخدامها كمنظفات جلدية .

الصوابين : وهي أملاح صودية أو بوتاسية للحموض الدهنية الحرة . وهي في نفس الوقت قلويات وشوارد كلسية مرسبة . وإن لقلوية الصوابين مساوئ ، إذ أنها تؤدي إلى اضطراب في الغطاء الحمضي الحامضي الجلدي (Marchionini) . أما التفاعل الحمضي الفيزيولوجي على سطح الجلد فهو (باهاء PH ما بين ٤,٨ - ٥,٩) . وعلاوة على ذلك ، فإن الصوابين قد تؤدي إلى تورم بسبب ارتباطها القلوي .

يؤثر فعل الصوابين المرسب للكلس في حالات التهابات الجلد بشكل خاص ، كما أن الحكّة التي قد تحدث بعد التفسير بالصابون ليست بغير شائعة . وعموماً ، قد يؤدي التأثير الجانبي للصابون على الجلد إلى تخريش إضافي في آفات الجلد الالتهابية . ويحدث الأرج بالتماس مع الصابون عن طريق التحسس بمكونات الصابون الإضافية أيضاً مثل العطورات والمطهرات أو الملونات أو غيرها من الإضافات ، لكنها لا تنجم عن المواد ذات الفعل المنظف .

الصوابين المضادة للجراثيم : لهذا النوع من الصابون شعبية كبيرة ، وتحتوي على كيميائيات ومحسسات كامنة ، وتسبب الساليسيلاتيدات في الأصل التهاب جلد ضيائي بالتماس . وتتضمن بعض الصوابين اليوم مطهرات موضعية مثل الكاربونيليد ، تري كلوركاربون وتري كلوزان ومشتقات الفينول ، ومن هذه الصوابين : Safeguard ، Lifebuoy ، Dial ، Coast ، Zest . وهكذا يجب أن يسأل كل مريض دوماً عن نوع الصابون الذي يستعمله .

الصوابين مفرطة الدهن : صنعت هذه الصوابين لمحاولة الإقلال القلوي للصوابين . كما أنها تزيث الجلد ، ومن الأمثلة عليها : Lowila و Basis .

المنظفات الصناعية أو الصوابين المحايدة : لقد أحرزت المنظفات الصناعية أهمية كبرى لاستعمالها كمنظفات جلدية وحلت بشكل كبير محل الصوابين وهي تتمتع بنفس التأثيرات المنظفة لكن باهاء هذه المنظفات (PH) هو نفس باهاء الجلد تقريباً . وهكذا فإنها لا تؤدي لإحداث أي اضطراب في الغطاء الحامضي كما أنها لا ترسب الكلس . وإضافة لذلك ، فإن

للمنظفات التركيبية تأثيراً مضاداً للجراثيم لفعلها الخفيف المغير للبروتين ، لكنها لا تبيد الجراثيم . لذا يوصى بها لتنظيف الجلد المصاب بالتهاب . أما التأثيرات الجانبية للمنظفات الصناعية فهي إزالة الدهن الجلدي بشكل مفرط ، والذي يجب مراقبته عند المرضى عديمي الزهم . ويعتمد الفعل المزيل للدهن للمنظفات الصناعية على مقدار استعمال تلك المنظفات ، ودرجة حرارة الماء ، ومدة الغسل وتكراره . ويوصى باستعاضة الدهن بشكل خاص عند المصابين بجفاف جلدي تجنباً لتخريش الجلد الانسمامي التراكمي . وليعلم بأن الأرج بالتماس تجاه هذه المنظفات نادرة جداً .

Rx. Coconut Fatty acid Ethanolamide 6.5

Sodium Lauryl ether Sulfate 30.5

Ethanol 4.0

Distilled Water to 100.0

غسول للجلد ، صاف ، وخال من القلويات

Rx. Ethylene Glycol Stearate 2.0

Sodium Lauryl ether Sulfate 40.0

Milk Protein aminolysate 2.0

Coconut fatty acid ethanolamide 2.0

Sodium Chloride 1.0

Citric acid 0.05

Distilled Water to 100.0

غسول على شكل مستحلب

المستحضرات التجارية : Lowila ، Dove ، Alpha Keri ، Seba med ، Purpose ، Phisoderm ، Neutrogena ، Avenobar ، Satina ، Sebopona ، Dermowas ، أما فهو منظف محايد مع ٥٠٪ من دقيق الشوفان .

الإضافات : إن إضافة القطران أو الكيريت إلى الصوابين أو إلى المنظفات الصناعية من أجل غاية علاجية في الأمراض الجلدية ليس لها محاسن كبيرة .

الشامبوات Shampoos : يُعدّ الشامبو للنظافة وإزالة الدهن والوسوف ، وتحضر معظم مستحضراته من المنظفات الصناعية . كما يضاف أدوية خاصة لمعظم المستحضرات المنتجة من المنظفات الصناعية

القطران : وله فعل مضاد للالتهاب . ومن مستحضراته التجارية : شامبو Polytar ، شامبو DHS tar ، شامبوات Crino - ، Clinitar ، Pentrax ، Sebutone ، Zetar ، Cordes ، Sebopona مع القطران .

الاستطبابات : نخالية الرأس البسيط ، الهبرية Dandruff ، ومث الفروة وصدافها .

سلفيد السيلينيوم **Selenium Sulfide** : وله فعل مضاد للانقسام الخلوي وآخر مضاد للجراثيم . ومن مستحضراته التجارية : شامبو Selsun الأزرق ١٪ ، شامبو Selsun ٢،٥٪ (Exsel) ، Ellsurex ، Selukos .

مشتقات بيريتونات الزنك : وهذه المشتقات فعل جيد مضاد للجراثيم ومضاد للفطور ومن مستحضراته التجارية : Breck ، Zincon ، DHS zinc ، de-squamant ، Danex ، Flex – medicated ، Head and Shoulders ، Sebulon .

الاستطبابات : الحالات المثية للفروة ، نخالية الرأس البسيطة ، النخالية المبرقشة ، صدف الفروة .

بيروكسيد البانزويل **Benzoyl Peroxide** : وهو عامل مؤكسد قوي له فعل مضاد للجراثيم وآخر حال للبشرة المتقرنة . ومن مستحضراته التجارية : Benzoyl Peroxide المائع ، العادي (١،٥٪ BPO) والقوي (٢،٥٪ BPO) . ويستطب كما ذكر أعلاه ، وخاصة في معالجة الحالات المثية .

حمض الصفصاف (**Salicylic acid**) : مزيل للوسوف ، وله فعل مطهر أيضاً . ومستحضره التجاري Criniton (حمض الصفصاف + تيمول) وشامبو Sebulex (كبريت ٢٪ ، حمض الصفصاف ٢٪) ، هلام Squamosol (حمض الصفصاف ١٠٪) .

الاستطبابات : نخالية الرأس البسيطة ، آفات الرأس المثية ، صدف الفروة .

هكساكلوروفين **Hexachlorophene** : مادة مبيدة للجراثيم تدخل في تركيب العديد من الشامبوات والصابون . ومن مستحضراته التجارية المتوفرة في الأسواق : Loscon ، Phisohex .

الأدوية المضادة للالتهاب Antiinflammatory Drugs :

إن للعديد من الأساسات كالمساحيق ودهون الزنك ، ومعجونة الزنك تأثيرات مضادة للالتهاب في الجلادات الالتهابية ، وقد أجريت مراجعة على عدد من الأدوية المضادة للالتهاب والمستخدم في التهابات الجلد مثل القطران .

المواد المضادة للالتهاب غير الستيرويدية :

مضادات الالتهاب : ولها تأثيرات موضعية خفيفة مضادة للالتهاب ، أما تأثيرها البديهي فمضاد للحكة ، كما أنها قد تحدث أوجعاً بالتهام .

البارفيناك **Parfenac** : وهي عبارة عن Bufenamac ، وهي مادة مضادة للالتهاب غير ستيرويدية ، لكنها أقل تأثيراً من التريامسيتولون ١،٠٪ . وقد تم التبليغ عن إحداثها أوجعاً بالتهام عندما استخدمت ما بين فترات معالجة الإكزيمة التأتبية .

الكروتاميتون **Grotamiton (Eurax)** : لهذا المستحضر المضاد للجرب بعض التأثيرات المضادة لثغو الجراثيم والمضادة للحكة أيضاً . ولدهونه أيضاً تأثير خفيف نسبياً مضاد للالتهاب .

البوتازونات **Butazones** : كالفيثيل بوتازون (مرهم البوتازوليدين) وأوكسيفين بوتازين (مرهم Tandril ، Tanderil) . وتفيد في معالجة التهابات الأوردة السطحي وفي التهاب الأوتار ، أو التهاب أغمدة الأوتار ، وفي معالجة الحالات الرئوية الالتهابية المؤلمة . أما تأثيرها فمحدود ، ومن المحتمل إحداثها لأوجعاً بالتهام ، وتبعاً لذلك فإنه لا يوصى بتطبيق تلك المستحضرات في معالجة الجلادات الالتهابية .

الستيروئيدات القشرية Corticosteroides :

للستيروئيدات القشرية فوائد كبيرة عند تطبيقها الموضعي في المعالجات الجلدية سواء لمعالجة الجلادات الالتهابية أو الحكة . وهي أدوية فعالة مضادة للالتهاب ، ولها فعالية قوية في جميع أشكال الجلادات الالتهابية الحكة والحبيبية . وتعتمد فعالية الستيروئيدات الموضعية على النفوذية الجلدية وعلى قوة تلك المركبات .

النفوذية **Penetration** : وتحدد بالبنية الكيميائية . فالستيروئيدات القشرية ذات الزمر ١٧ – هيدروكسيل الحرة كالهيدروكورتيزون تتحطم في البشرة بسرعة بواسطة الأوكسيداز – ولكنها إذا ما أسترمت زمرة ١٧ – هيدروكسي فإن التحطم الموضعي يصبح صعباً ، ويحدث فعل تراكمي للستيروئيدات القشرية في الطبقة القرنية يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات موضعية ومجموعية وأخرى جانبية . ومن العوامل الهامة التي تتدخل في النفوذية سطح الجلد ورطوبته . وهذا ما يفسر التأثير الواضح تماماً لهذه الستيروئيدات إذا ما طبقت تحت لدين كسيم (**Plastic occlusion**) . كما يفسر حالات الجلد الالتهابية المترافقة بتغيرات الوظيفة الحائلة أو العائقة ، لأن اضطراب القرين ، كما هو الحال في الإكزيمة أو الصدف مثلاً ، يكشف عن زيادة كبيرة في امتصاص الستيروئيدات القشرية أكثر مما يتمتع الجلد السليم ذو الوظيفة الحائلة أو العائقة السوية لتلك الستيروئيدات .

الشدة Strength : وكلما ازداد فعل الستيروئيدات قوة »

، Ficortil ، Westcort ، Texacort ، Synacort ، Sanatison

Rx. Hydrocortisone acetate

Liquid Paraffin 1,0

White Petrolatum to 100.0

مرهم هيدرو كورتيزون MDS

الستيرويدات القشرية معتدلة الشدة

: Moderate Strength Corticosteroids

- الكلويتازون ٠,٠٥٪ (Emovate) .
- الدكسميثازون (كارداز : Decaspray ، Dexalocal ، Aeroseb - Dex) .
- فلودروكسي كورتيد ٠,٠٢٥٪ (Sermaka ٢/١ ، Cordran) .
- فلوسينولون أستيونيد ٠,٠١٪ (Jellin ، Synalar ، Cordran) .
- فلوسينولون أستيونيد ٠,٠١٪ (Jellin ، Synalar ، Fluonid ، Gamma.s.N) .
- تريامسينولون أستيونيد ٠,٠٢٥٪ (Aristocort ، Volonimate ، Trymex ، Kenalog ، Extracort) .

Rx. Triamcinolone acetone 0.025%

Hydrophilic oint. to 100.0

زهم تريامسينولون لطيف MDS

Rx. Triamcinolone acetone 0.025%

Liquid Paraffin 20.0

White Petrolatum to 100.0

مرهم تريامسينولون MDS

- فلوميتازون ٢١ - ييفالات ٠,٠٣٪ (Locorten ، Locacorten) .
- فلو كورتين ٠,٠٧٥٪ (Vaspit) .
- فلو كورتولون ٠,٠٢٪ (Syracort ، Ultracur) .

الستيرويدات القشرية القوية

: Potent Corticosteroids

- فلو كورتولون ٠,٠٥٪ (Ultralan ، Syracort) .
- مشتقات الكلوكورتولون ٠,٠١٪ (Cloderm ، Kaban) .
- تريامسينولون أستيونيد ٠,٠١٪ (Aristocort ، Kenalog ، Volon A ، Delphicort) .

Rx. Triamcinolone acetone 0.1

Hydrophilic ointment to 100.00

ازدادت خطورة التأثيرات الجانبية . وتحدد هذه الشدة أيضاً بالبنية الكيميائية ، والفعل الأقوى للستيرويد القشري ، والتركيز الأدنى الذي يمكن استعماله ، وعلى الخطر الأعلى للتأثيرات الجانبية . وقد اعتمدت طريقتان لجعل التأثيرات الجانبية للمعالجة الستيرويدية الموضعية أقل ما يمكن ، وخاصة في المعالجة طويلة الأمد ، كما في التهاب الجلد المزمن .

تقوم أولى هذه الطرق على استعمال المستحضرات الستيرويدية القشرية بتركيزها المنخفضة . وتقوم الطريقة الأخرى على أن تكون سواغات المراهم أو الرهيمات مصنعة من قبل مصانع الأدوية بحيث يتمكن الطبيب من استخدامها في فواصل المعالجة . وعلى العموم فإن قاعدة المعالجة تقوم على استخدام الستيرويدات الأكثر قوة ولأقصر مدة ممكنة ثم الانتقال إلى المعالجة بالستيرويدات الأقل قوة بأسرع ما يمكن وذلك للحد من التأثيرات الجانبية الكامنة إلى حدّها الأصغري . هذا ويجب أن تستخدم الستيرويدات القشرية عند الرضع وصغار الأطفال بأقل كمية ممكنة . إذ يجب أن نأخذ بالاعتبار تأثيراتها المجموعية عندما يعالج بها مناطق واسعة من الجلد .

قدرة الستيرويدات الموضعية : وتختبر هذه القدرة عادة باختبار التقبض الوعائي لـ Wells, McKenzie و Stoughton . ويعتمد ذلك الاختبار على قدرة الستيرويدات على إحداث لون أبيض في الجلد نتيجة ذلك التقبض الوعائي . أما الاختبارات الأخرى الممكنة فتتضمن تثبيط الالتهاب في حيوانات التجربة (التهاب المفاصل المساعد ، الحبيبوم القطني ، التهاب الجلد بزيت الكروتون ، أو بـ DNCB) ، أو عند الإنسان (اختبار الجلد بالهستامين ، حمامى الأشعة ما فوق البنفسجية ، حمامى السخونة ، إلخ ...) ، وكذا في الدراسات خارج الأحياء والتي تقوم على تثبيط الأرومات الليفية أو الفعالية التكاثرية في البشرة والمقارنة السريعة الدقيقة للستيرويدات القشرية المختلفة في التجربة مزدوجة العماء Double blind .

ويمكننا أن نصف الستيرويدات القشرية إلى أربعة زمر اعتماداً على قوة فعلها ، على الرغم من أن ذلك التقسيم لا يمكن أن يكون مطلقاً . هذا وإن الستيرويدات القشرية الموضعية المتوفرة في أوروبا ، أكثر تنوعاً منها في الولايات المتحدة ، ولذلك فإن المستحضرات الستيرويدية الموضعية متوفرة في أوروبا بشكل أكثر تنوعاً .

الستيرويدات القشرية اللطيفة

: Mild Corticosteroids

- الهدرو كورتيزون أو خلاطه ١,٠ - ٠,٢٪
- ، Procort ، Penecort ، Hytone ، Cortdome

التأثيرات الجانبية : وتعتمد على البنية الكيميائية للستيروئيدات القشرية ، ومساحة البقعة المعالجة وعلى مدة المعالجة ونمطها . وتكون الفعالية الحيوية للستيروئيدات المجلولة في المراهم أكبر من الفعالية الحيوية لها في الرهيمات والدهونات .

التأثيرات الجانبية المجموعية :

قد تحدث تأثيرات مجموعية عند الاستعمال المديد للستيروئيدات عالية القوة على منطقة واسعة من الجلد نتيجة الالتصاق الجلدي . الذي يعتمد على نمط الضمادات (كسج) . وأهم تلك التأثيرات الجانبية : أعراض كوشينغ ، وانخفاض بوتاس الدم ، وتخلخل عظام ، داء سكري ، اضطراب في النمو ، زرق ، عد ستروئيدي ، وخاصة في الاستعمال الموضعي على مناطق واسعة عند الأطفال والشباب .

إسراع التئمة Tachyphylaxis : يؤدي استعمال الستيروئيدات القشرية المتكرر لتخفيض أو إنقاص الفعالية بعد زمن قصير (١ - ٢ أسبوع) ، حتى إذا ما تم إيقاف الدواء أسبوعاً فإن الفعالية تعود لتصبح فعالة ثانية . أما السبب الدقيق لإسراع التئمة فغير معروف .

التأثيرات الجانبية الموضعية :

وهي إما حادة أو مزمنة . أما الحادة كالتهاب الجلد التخرشي أو الانسامي ، وتنجم عن انتخاب رديء للسواغ ، مثل انتخاب المهرم الدهني المتضمن على ستروئيدي قشري لمعالجة حالات الجلد المذحية أو لمعالجة التهاب الجلد الأرجي بالتماس . علماً بأن التهاب الأخير نادراً ما ينجم عن الستيروئيدي القشري نفسه ، بل ينجم عادة عن مكونات السواغ مثل غولات الشمع الصوفي ، أو عن الحافظات (البارابين Parabens ، الإيثيلين ديامين ، وعن الأدوية المضادة للجراثيم أو الفطور المضافة إلى تلك المراهم) .

أما التأثيرات الجانبية الموضعية المزمنة : فهي متنوعة سريرياً وشكلياً حسب تنوع فعالية الستيروئيدات القشرية (راجع الشكل ٦٧ - ٢) ، وعموماً فهي تعتمد على مدة الاستعمال وعلى قوة الستيروئيدات المستعملة .

البشرة : وتجل التأثيرات الجانبية المزمنة في البشرة بضمورها ورقتها مع سهولة التكدم فيها .

الغدد الزهمية والجريبات الشعرية : قد يحدث عد ستروئيدي ، ليس فقط نتيجة تناول الستيروئيدات عن طريق الفم ، لكنه يمكن أن يحدث أيضاً بعد الاستعمال الموضعي لها . ويعتبر الأشخاص ، ذوي المسامات البشورية الواسعة ، أو ذوي السوابق العدية ، والمصابين بمث أكثر خطراً لظهور العد

رهم تريامسينولون MDS

Rx. Triamcinolone acetonide 0.1

Liquid Paraffin 20.0

White Petrolatum to 100.0

مرهم تريامسينولون MDS

فلوبريدنيليدين ٢١ - خللات ٠,١٪ (ديكوديرم

(Decoderm) .

فلوسينولون أسيتونيد ٠,٠٢٥٪ (Synalar ، Fluonid) .

(Jellin s.N.) .

فلودروكسي كورتيد ٠,٠٥٪ (Cordan) .

(Sermaka) .

فلوسينونيد ٠,٠١٪ (Topsy , Lidex) .

هالسينونيد ٠,٠٢٥٪ (Halog) .

هدروكورتيزون ١٧ - بوتيرات ٠,١٪ (Alfason) .

(Westcort ، Pandel) .

بيتاميتازون ١٧ - فاليرات ٠,٥٠٪ (Valisone) .

(Celestan - V mite, Betnesol - V mite, Betatrex) .

بريدنيكاربات ٠,٢٥٪ (Dermatop) .

الستيروئيدات القشرية العالية القوة High Potency Corticosteroids :

فلوسينولون أسيتونيد ٢,٠٪ (Jellin - Ultra, Synalar) .

(HP) .

فلوسينونيد ٠,٠٥٪ (Topsy , Lidex) .

ديزوكسي ميتازون ٠,٢٥٪ (Topisolon, Topicort) .

(L.P.) .

دي فلوكورتولون ٢١ - فاليرات ٠,١٪ (Temetex,) .

(Nerisona) .

هالسينونيد ٠,١٪ (Halicimat ، هالوغ) .

بيتاميتازون ١٧ - فاليرات ٠,١٪ (Celestan - V,) .

(Betnesol - V, Beta - Val, Valisone) .

بيتاميتازون ١٧ - بتزوات ٠,٠٢٥٪ (Euvaderm,) .

(Uticort, Benisone) .

بيتاميتازون ١٧ ، ٢١ - برويونات ٠,٠٦٤٪

(Diprosone, Alphatrex, Diprolene) .

كلوبيتازول ١٧ - برويونات ٠,٠٥٪ (Temovate,) .

(Dermoxin) .

دي فلوكورتولون ٢١ - فاليرات ٣,٠٪ (Temetex) .

(Forte, Nerisona Forte) .

دي فلورازون ١٧ ، ٢١ - دي أميتات ٠,٠٥٪

(Maxiflor, Florone) .

الستيرويدي عندهم . كما أن فرط الشعرانية من التأثيرات الجانبية غير السارة للمعالجة بالستيرويدات ، وخاصة عند نضعها على الوجه عند النساء ، ويتراجع فرط الشعرانية هذا بعد إيقاف المعالجة .

النسيج الضام الجلدي : يحدث فيه ضمور ورقة بسبب التأثير الموضعي للستيرويدات القشرية فبعد حقن معلق ستيرويدي مبلر تحت الجلد قد يحدث ضمور يتناول النسيج الدهني تحت الجلد مع حدوث تشكلات انخسافية . وأكثر النتائج غير السارة للستيرويدات هي إحداثها لخطوط متباعدة ضمورية (فرز Striae distensae) . أما أكثر المناطق الجلدية المهددة بظهور الفرز أثناء الحمل أو في متلازمة كوشينغ ، وعند الصغار بشكل خاص ، وعلى الخصوص طيات جلد ما تحت الإبطين وأنسي الفخذ (بعد معالجة الأخماج الفطرية معالجة غير صحيحة) ، علماً بأن الخطوط المتباعدة الستيرويدية غير قابلة للتراجع .

ومن التغيرات الأخرى التي تطرأ على النسيج الضام ، تنقط الجلد ، حيث يبدو بمظهر جريبي أبيض ، وخاصة في منطقة العنق ، وتظهر ندبات نجمية الشكل ، وهي نجوم عفوية شبيهة بالندبات الكاذبة ، تتوضع على الأوجه الباسطة للساعدين ، كالذي نجده في جلد لطاعن في السن الذي يتعرض لضوء الشمس بشكل مزمن ، من جراء قابلية الجلد الكبيرة للضمور . هذا وتراجع الرقة العامة للنسيج الضام في الجلد ببطء بعد التوقف عن تطبيق الستيرويدات القشرية .

الخلايا البدينة Mast cells : يمكن أن تنضب أو تستنفذ هذه الخلايا بشكل مؤقت من الجلد ، وذلك عند استعمال ستيرويدات قشرية قوية تحت ضهاد كيمي . هذا ويمكن أن تجرب هذه الخاصية في أدواء الخلايا البدينة الجلدية .

التصبغات : إن معضلة التصبغ غير شائعة ، وقد وصف حدوث وضع (نقص تصبغ) بعد تطبيق الشرائط اللاصقة الحاوية على الستيرويدات المفلورة . وينجم نقص التصبغ عادة عن المكونات غير الستيرويدية لتلك الشرائط .

الأوعية الدموية : يؤدي التطبيق المديد للستيرويدات إلى توسع شعيري متعدد ، وضمور ، ورقة جلد وخاصة على جلد الوجه ، واحمرار ستيرويدي . لكن تراجع تلك التوسعات الشعيرية عفوياً لا يزال موضع تساؤل في بعض الحالات الفردية ، وهو تراجع محتمل ، كما يمكن أن تحدث حمى ثابتة كتأثير جانبي .

الجلادات : الحبيوم الأليوي الطفلي Granuloma Gluteale Infantum ويحدث كتأثير جانبي عقب الاستعمال المديد

للمستيرويدات القشرية المفلورة القوية في منطقة حفاظ الطفل ، حيث تشاهد تغيرات حطاطية وعقيدية ، تبدو بلون أحمر مزرق . ولها بعض الشبه بالإفريغيات عقب التآكلية . وتشفى الحبيومات الأليوية بعد إيقاف المعالجة الستيرويدية .

التهاب الجلد الشبيه بالعد الوردي حول الفم Perioral Rosacea - Like Dermatitis : وتشاهد خاصة عند الإناث ، وغالباً ما تحدث بعد معالجة ستيرويدية قشرية موضعية .

التقرحات : تتداخل الستيرويدات القشرية في شفاء الجروح . ويؤدي استعمالها المديد في التقرحات المزمنة ، وخاصة الركودية منها والناجمة عن قصور وريدي مزمن ، إلى اضطراب شفاء الجروح بعد تأثيرها الإيجابي البدئي ، وهكذا تتضخم تلك التقرحات وتتوسع (قرحة ستيرويدية) .

كبت المناعة الجلدية : قد تحدث أخماج بالخماثر (التهاب جريبات خثاري ، مذح) ، أو بالجراثيم (التهاب جريبات شعرية ، قوباء) ، أو بالحماض (ثآليل شائعة ، أورام قنبيطية مؤنفة) ، ملىء معدية ، حلاً بسيط) ، وذلك بعد معالجة طويلة الأمد بالستيرويدات القشرية وخاصة في المناطق المذحية والشرجية التناسلية . وتبعاً لذلك فإنه بعد معالجة طويلة الأمد للإكزيمة التأتبية بالستيرويدات تبدو اختلاطات نموذجية كالإكزيمة الحلقية والإكزيمة الثؤلولية والمليسيائية .

الفعل الارتدادي Rebound Effect : وتحدث هذه الظاهرة بعد توقف المعالجة الستيرويدية ، حيث تبدو الحالات الجلدية ذات العلاقة بالمرض أكثر شدة وحدة منها قبل المعالجة . كما أنها عادة ما تصبح أقل استجابة للستيرويدات من استجابتها في المعالجة السابقة . وهذا التأثير صحيح بالنسبة للصداف الذي قد يتحول عند التوقف عن المعالجة الستيرويدية إلى صدف بغي راحي أخمصي ، وقد يحدث تعمم الصدف .

المستحضرات المركبة المحتوية على ستيرويدات : Corticosteroid Combination Preparation

إن المستحضرات المحتوية على ستيرويدات قشرية والمستعملة في المعالجات الموضعية قد تضم بين جنباتها أدوية أخرى بغية الحصول على طيف واسع من التأثير ، وهكذا تصاغ ما تدعى بالمستحضرات الجامعة Universal التي تحتوي على مضادات فطور وجراثيم ، إضافة للستيرويدات ، لتكون فعالة ضد العديد من حالات الجلد الالتهابية . وبالرغم من أن الفكرة الأساسية لهذا الجمع قد تكون صحيحة ، إلا أن تلك المستحضرات قد تضلل الأطباء للشروع بالمعالجة دون وضع تشخيص دقيق . وفي تلك المستحضرات ، الحاوية على ٣ أو

أكثر من الأدوية المختلفة ، تزداد احتمالات الأرجيات بالتماس علاوة على إحداثها لتأثيرات جانبية أخرى .

وقد يكون من المفيد إضافة الستيروئيدات القشرية إلى بعض أشكال المعالجة الموضعية .

اليوريا Urea : وتضاف عادة بتركيز ٥ - ١٠٪ إلى المعالجات الخارجية الحاوية على ستيروئيدات قشرية بغية الحصول على تأثير إضافي حال للقرنين . ومن المحتمل أن تؤدي تلك الإضافة إلى تحسين نفوذية الستيروئيدات القشرية أيضاً . ويوصى بمثل تلك المستحضرات في معالجة الإكزيمة مفرطة التقرن . ومن مستحضراتها التجارية : Carmol HC ، Calmurid HC (هيدروكورتيزون مع ١٠٪ Urea) ، Hydrodexan .

حمض الصفصاف Salicylic acid : ويضاف عادة بنسبة ١ - ٣٪ ، وله تأثيرات مظهرية وحالة للطبقة القرنية ، ويحفز على نفوذية الستيروئيدات القشرية . وعلى كل فليس من السهل تقرير التأثير الحال للقرنين الإضافي لحمض الصفصاف . ويوصى بمثل هذه المستحضرات على شكل رهيمات أو مراهم في معالجة الإكزيمة مفرطة التقرن والصداف الشائع .

المستحضرات التجارية : Diprosalic ، Betnesalic ، Komed HC (هيدروكورتيزون + حمض الصفصاف ٢٪) ، Locasalen .

حمض الصفصاف في صبغات متضمنة على ستيروئيدات قشرية : تحتوي العديد من الصبغات المستخدمة في معالجة التهابات الجلد المحددة ، وفي حالات الفروة ، على حمض صفصاف مضاف ، ومن مستحضراته التجارية Actocortin spirit (هيدروكورتيزون وحمض الصفصاف) ، Alpico (بريدنيزولون ، مع منظف كربوني مائع LCD وحمض الصفصاف) ، Cortidexason (دكساميثازون + حمض الصفصاف) ، Crinohermal (بريدنيزولون وحمض الصفصاف) ، Crino-Kaban (كلوكورتولون وحمض الصفصاف) ، Dexacrinin (دكساميثازون و LCD وحمض الصفصاف) ، Ell. Cranell (دكساميثازون وحمض الصفصاف) ، Euvaderm (بيتاميثازون وحمض الصفصاف) ، Extracort (تريامسينولون وحمض الصفصاف) ، Lygal (حمض الصفصاف + بريدنيزولون) ، Psorimed (دكساميثازون وحمض الصفصاف) ، وصبغة Volon-A (حمض الصفصاف وتريامسينولون) .

القطران : يضاف الإكسامول عادة إلى الستيروئيدات القشرية ، ومن المهم أن نلفت النظر هنا إلى تأثيرات القطران

الجانبية . وفي العادة يجب ألا تكون المعالجة بالقطران طويلة الأمد وذلك لأنها تساعد على ظهور الأبحاح الجرثومية أو الفطرية الثانوية .

المستحضر التجاري : Derma Medicone HC (هيدروكورتيزون ، إكسامول Ichthammol ، إكتوكورتين) .

المطهرات Antiseptics : يحتوي العديد من المستحضرات الموضعية على مطهرات ، وذلك إما لتثبيت الأساسات أو لاعتبارات علاجية ، وكثيراً ما يضاف كل من كلينوكينول ، كلوركينالدول ، Cetyl pyridinium chloride ، وأملح دي كوالينيوم ، وهكساكلوروفين ، وإذا لم يتم تحمل مثل هذه المستحضرات ، فمن المحتمل توقع إحداثها لأرجية بالتماس .

المستحضرات التجارية : Vioform - HC رهيم (هيدروكورتيزون مع يودوكلورهدروكسي كين) ، Vytone (هيدروكورتيزون مع يودوكلينول) .

الصادات : أثبت الاستعمال الموضعي المتواقت لكل من الستيروئيدات القشرية والصادات بمستحضر وحيد بأنه معالجة متقدمة هامة للعديد من الجلادات التي يكون هناك أهمية لمعالجتها بكل من الصادات ومضادات الالتهاب مترافعة في وقت واحد . ومن المهم انتخاب الصاد الذي يكون استخدامه ملائماً للحالة الخاصة (التعرف على هوية الكائن الحي ومقاومته للصادات) . ومن المهم أن نتذكر بأن للصادات فعلاً مؤرجاً . وإن للمستحضرات التجارية للصادات أعداداً لا تحصى . ولقد جرى تجريب عدد منها شمل كلاً من التتراسكلين ، النيومايسين الجنتاميسين ، الفراميسيتين ، الغراميسيدين Gramicidin والأمفوميسين . هذا ويتنظر من النيومايسين أن يحدث تحسناً مصالباً وأرجاً بالتماس .

Rx. Hydrocortisone acetate 1,0
Tetracyclin hydrochloride 3,0
Liquid Paraffin 10,0
White Petrolatum to 100,0
مرهم تتراسيكلين وهيدروكورتيزون MDS

Rx. Chlortetracyclin HCl 3,0
Triamcinolone acetonide 0,1
Liquid paraffin 10,0
White Petrolatum to 100,0
مرهم تتراسيكلين تريامسينولون MDS

المستحضرات التجارية : .

الستيروئيدات القشرية غير المفلورة : Combisonum

(تريامسينولون ، أمفوتريسين ب ، نيومايسين مع غراميسيدين) ، Baycuten (دكساميتازون ، كلورترينازول ، أزيدامفينيكول) ، Bi - Vaspit (فلو كورتين بوتيل مع إيزوكونازول) ، Candio - hermal E comp. (فلو بيريدنيليدين ، كلور كينالدول) ، (فلو بيريدنيليدين ، نستاتين ، كلور كينالدول) ، (هيدرو كورتيزون) ، Dakter - hydrokortison (ميكونازول) ، Decoderm Trivalent (فلو بيريدنيليدين ، جتتاميسين ، كلور كين) ، Epipevisone (إيكونازول تريامسينولون) ، Etacortin C comp. (فلو بيريدنيليدين ، كلور كينالدول ، نستاتين) ، Fungichthoson (هيدرو كورتيزون ، إكثول حمض الأندوسيلين والحمض الكوبفي وحمض الصفصاف) ، Fungiplex P (بيريدنيزولون وسولبتين) ، Fungisalb (هيدرو كورتيزون و كلورفينيزين) ، Jadit - P (بيريدنيزولون ، بوكولزاميد وحمض الصفصاف) ، Jallin Polyvalent (فلوسينولون ونستاتين مع نيومايسين) ، Moronal - V (تريامسينولون ، نستاتين ، نيومايسين وغراميسيدين) ، Munitren (هيدرو كورتيزون ، هكسا كلور سيكلوهكسان ، سلفاسيتاميد) ، Myco - Jellin (فلوسينولون و كلورميدازول) ، Mycolog (تريامسينولون ، نيستاتين ، نيومايسين ، غراميسيدين) ، Mytrex (تريامسينولون ، نستاتين ، نيومايسين وغراميسيدين) ، Polycid N (هيدرو كورتيزون ، كلورميدازول ، تيروتريسين وتتراسيكلين) ، Sterosan (هيدرو كورتيزون و كلور كينالدول) ، Topsy Polyvalent (فلوسينولون ، نستاتين ، نيومايسين وغراميسيدين) ، Travocort (دي فلو كورتولون وإيزوكونازول) ، Volonimat Plus .
 علماً بأن لاستعمال الأساس الصحيح أهمية كبيرة .

و غالباً ما تطبق مثل هذه التراكيب أو المستحضرات مع أساسات مراهم دهنية ، ولكن مثل تلك الأساسات قد تكون مضادة للاستطباب في معظم الفطارات الجلدية الناضجة ، علماً بأن لاستعمال الأساس الصحيح أهمية كبيرة .

(بيريدنيزولون ونيومايسين) ، Corti - Refobacin (هيدرو كورتيزون مع جتتاميسين) ، Ecomytrin (هيدرو كورتيزون مع الأمفومايسين) ، Fucidine H (هيدرو كورتيزون مع الحمض الفوسيدي) ، Kanamyson (هيدرو كورتيزون مع الكاناميسين) ، (نيومايسين) ، Linola - H - compositum (بيريدنيزولون مع نيومايسين) ، Terracortril (هيدرو كورتيزون ، أو كسي تراسيكلين وبولي مكسين) .

الستيروئيدات القشرية المفلورة : Aureodelf (تريامسينولون مع كلور تراسيكلين) ، Betnesol - VN (بيتاميتازون مع نيومايسين) ، Decoderm comp. (فلو بيريدنيليدين مع جتتاميسين) ، Delmeson (فلوروميتولون ونيومايسين) ، Diprogenta (برويونات البتامتازون و جتتاميسين) ، Extracort (تريامسينولون مع نيومايسين وغراميسيدين) ، Fissancort (دكساميتازون ، فراميسين وغراميسيدين) ، Mytrex (نستاتين مع غراميسيدين) ، Sermaka N (فلودروكسي كورتيد مع النيومايسين) ، Neo - Delphicort (تريامسينولون مع نيومايسين) ، Neosynalar (فلوسينولون مع نيومايسين) ، with Celestan - V (فاليرات البيتامتازون مع جتتاميسين) ، Volon A (تريامسينولون ونيومايسين مع غراميسيدين) .

مضادات الفطور Antimycotics : لقد جربت إضافة الستيروئيدات القشرية إلى مضادات الفطور : معالجة الحالات الفطرية النازة بشكل خاص ، حيث يؤدي الفعل المضاد للنتح والالتهاب لتلك المستحضرات عادة لتوفير زمن هام في المعالجة ، في حين أن الأهمية تكون لكل من الجراثيم والفطور التي تتداخل كعوامل مسببة أو مفاقمة للمرض ، وتبعاً لذلك فإن العديد من المستحضرات المتضمنة أو المشتركة تحتوي في تركيبها على مواد صادة أو مطهرة إضافة للمضاد الفطري .

المستحضرات التجارية : Ampho - Moronal - V

الفصل الثامن والستون

المعالجات الجهازية للجلادات

Systemic Treatment

of Dermatoses

د . صالح داود ، د . شذى زيزفون

تستجيب أعداد كبيرة من الأدوية الجلدية للمعالجة الجهازية . وتلعب مثل هذه المعالجة دوراً أساسياً في معالجة كثير من الحالات . وكثيراً ما تكون المشاركة بين المعالجة الجهازية والموضعية مناسبة . وكما هو الحال بالنسبة إلى كل الحالات ، يجب أن يكون هناك استطباب واضح ، ويجب أن يوجه الاهتمام إلى مضادات الاستطباب بعناية . وكذلك يجب أن نوازن بين الفوائد المرجوة وبين التأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث .

إن الميزات المعروفة للمعالجة الجهازية في الجلادات هي سرعة وقوة التأثير بشكل يفوق المعالجة الموضعية . وكذلك فهي أسهل استعمالاً من قبل المريض الذي يستطيع تناولها بانتظام . وأما المساوئ فهي التأثيرات غير المرغوب بها على الأعضاء الداخلية الأخرى ، حيث يحتم التناول الجهازى للدواء وجود تراكيز ثابتة من المواد الفعالة في الجلد أعلى مما هو عليه في المعالجة الموضعية ، ويكون احتمال حدوث تأثيرات جانبية خطيرة ، كالتفاعلات الدوائية ، أو السمية ، أو الأرجية ، أكبر في المعالجة الجهازية مما هو عليه في الموضعية وتعتبر المعالجة الموضعية مناسبة في الجلادات البسيطة أو في الجلادات المحدودة في مساحات صغيرة . ويجب أن يوضع قرار استعمال المعالجة الجهازية ، مثل استعمال الصادات في القوباء المعدية ، أو الغريزوفولفين Griseofulvin في السعفة ، أو الستيروئيدات في التهاب الجلد . تبعاً للظروف الفردية للمريض . ومن جهة أخرى ، ففي بعض الأمراض المناعية الذاتية ، مثل الفقاع الشائع أو التفاعلات الأرجية الشديدة ، فإن إعطاء الستيروئيدات الجهازية مبكراً وبمقادير عالية جداً قد ينقذ حياة المريض .

وإن أهم مجموعة من الأدوية المستعملة جهازياً في الأمراض الجلدية هي :

- الستيروئيدات القشرية السكرية والهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH .
- الصادات والسلفوناميدات .
- موققات التكاثر الخلوي وكابتات المناعة .

- مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية .
- مضادات الهيستامين .
- مضادات البرداء .
- الريتينيوتيدات .
- الأدوية النفسية .

أما الأدوية النوعية مثل المضادات الفطرية ، وأدوية السل ، ومضادات الحمات الراشحة ، وحالات الفيرين ، ومضادات التخثر ، فقد شرحت في أبحاث أخرى من الكتاب (الأبحاث الخاصة بكل مرض) . وأما الأدوية الجهازية العامة مثل المسكنات ، وخافضات الضغط ، وخافضات سكر الدم ، والأدوية القلبية ، والمدرات ... وغيرها من الأدوية التي قد يستعملها المريض فلن نأتي على ذكرها هنا .

الستيروئيدات القشرية Corticosteroids :

لعل الستيروئيدات القشرية أهم مجموعة في أدوية طب الجلد . تملك جميع الستيروئيدات تقريباً فعالية قوية مضادة للالتهاب . فهي تثبط الالتهاب الأرجي أو الحمجي أو الفيزيائي أو الكيميائي المنشأ . وقد افترض أن طريقة تأثيرها تكمن في تثبيطها الفوسفوليبياز A_2 ، $Phospholipase A_2$ ، وبالتالي تمنع تحول الشحوم الفوسفورية إلى حمض الأراشيدونيك Arachidonic . ومعنى آخر تمنع تشكل البروستاغلاندينات التي تعد أهم العوامل الوسيطة في الالتهاب .

التأثير المضاد للالتهاب : تظهر التأثيرات التالية للستيروئيدات بوضوح على الجلد : تقيض الأوعية ، تثبيط عمل العدلات (الجذب الكيميائي ، البلعمة ، تحرر إنزيمات الليزوزومات) ، تثبيط عمل البالعات (تحررها والتصاقها) ، تثبيط عمل اللعفاويات (حل اللمفيات ، تشكل اللمفوكين ، تبعثر الخلايا اللمفية) .

التأثير الدوائي : يدل اسم الستيروئيدات القشرية السكرية على عملية تحريك الفليكوجين العضلي ، واصطناع السكاكر من الحموض الأمينية - أي تأثيرات محدثة للسكر ومقوضة للبروتين . وتملك بعض المشتقات تأثيراً قشرياً معدنياً مثل احتباس الصوديوم وزيادة إفراغ البوتاسيوم .

التأثيرات الجانبية : تنشأ هذه التأثيرات من تأثيرات الدواء المذكورة سابقاً . حيث أن تثبيط الالتهاب يشير إلى قدرة متناقصة للجسم للسيطرة على الأنحاج الحموية والحرثومية والفطرية ، إلى جانب تفاقم الأنحاج الكامنة (كالسل مثلاً) الأمر الذي يشكل خطراً كبيراً . ويضعف شفاء الجروح وتشكيل الخثرة . كما ينقص إنتاج الهرمون ACTH من النخامى بآلية التلقيم الراجع ، ويطرأ ضمور على غدتى الكظر .

في التهابات الحبيبية في الجلد مثل الساركويد ، الحبيوم الحلقي المنتشر ، اللمفومات الكاذبة ، واللمفومات الجلدية الخبيثة . وتعطى الستيرويدات القشرية عند مرضى الأدوية الخبيثة في حالات وظروف خاصة ، على سبيل المثال تعطى الستيرويدات في الحلا النطاقي لمعالجة الألم العصبي ، وفي الإفرنجي لتجنب تفاعل جاريش - هيركس هايمر Jorisch - Herxheimer في بداية المعالجة بالبنسلين ، وتعطى في التهابات البرنخ الجرثومية الحادة لتخفيف حدوث التندب التالي للتهاب مع تغطية تامة بالصادات .

طرق تناول الستيرويدات : تعطى عادة مستحضرات الستيرويدات القشرية كحبوب عن طريق الفم . وأما المستحضرات المنحلة بالماء التي تعطى عن طريق العضل أو الوريد فهي تؤثر بسرعة في الحالات الإسعافية . وعند إعطاء معلقات داخل العضل تحتوي على ستيرويدات قشرية بلورية فإن المادة الفعالة تتحرر عادة على مدى ٢ - ٤ أسابيع . ولكن بنسبة غير ثابتة . ولتقليد نظم الإفراز الكظري يجب أن تعطى الجرعة الفموية الكاملة (أو الجرعة الكبرى في حال الجرعات المجزأة) بين الساعة ٦ - ٨ صباحاً . وينصح باستعمال الجرعات المتعاقبة (المتناوبة) في المعالجة الطويلة . وهذا يعني أن تضاعف جرعة الستيرويد وتعطى مرة كل يومين ، ومع أن فعالية الدواء تقل بمقدار ضئيل جداً غير أنها تنقص التأثيرات الجانبية وتثبط غدتي الكظر بشكل واضح . ويمكن أيضاً استعمال المعالجة النابضة Pulsetherapy .

الجدول ٦٨ - ١ : الستيرويدات المستعملة جهازياً في الجلادات

الاسم التجاري (الاتفاق)	الجرعة المعادلة (ملغ)	الاسم العلمي (الاسم العلمي)	الجرعة المعادلة (ملغ)	الاسم التجاري (الاتفاق)	الاسم العلمي (الاسم العلمي)
Decortin Deltasone Prednisone	5	10	0.8	Prednisone	
Decortin H Deltacortef Prednisolone	5	10	0.8	Prednisolone	
Medrol Methyl- prednisolone Urbason	4	8	0.5	6-Methyl- prednisolone	
Decadron Fortecortin Hexadrol	1	2	0	Dexa- methasone	
Aristocort Triamcinolone Volon	4	8	0	Triamcinolone	
Betamethasone Celestone	1	2	0	Betamethasone	
Ultralan	5	10	0.8	Fluocortolone	

ويمكن أن تحدث الحالات العوزية المهددة للحياة عند الإيقاف المفاجيء للمعالجة ، أو عند التعرض لكرب شديد . كما يؤدي احتباس الصوديوم إلى وذمة وزيادة في ضغط الدم وإلى متلازمة كوشينغ . ومن التأثيرات الجانبية الأخرى : تخلخل عظام ، كسور عفوية ، نخر عظمي عقيم ، زيادة الاستعداد للإصابة بالتهاب وريد خثاري وخثار ، زرق ، ساد ، زيادة حموضة مع حدوث قرحات معدية أو عفجية مع احتمال الانتقاب ، التهاب بنكرياس ، وتأثيرات نفسية مثل الهوس ، أو الأرق والإكتئاب أيضاً . وقد تسبب بعض المشتقات اعتلال أعصاب أو عضلات . أما التأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث في الجلد فهي : العد الستيرويدي ، الفرفرية الستيرويدية ، الضمور ، الشعرانية ، ضياع أشعار ، الفرز الجلدية ، التهاب جريات شعرية ، دامل ، وأخماج بالمبيضات ، وأخماج أخرى بالجسم مع اضطراب في شفاء الجروح .

التداخلات الدوائية : من المهم أن نذكر ما يلي : زيادة فعالية الفليكوزيدات القلبية بسبب حدوث نقص بوتاسيوم ، وزيادة في إطراح البوتاسيوم عند استعمال المدرات الملحية ، ونقص في فعالية الأدوية الخافضة للسكر ، ونقص في فعالية مضادات التشنج ، وزيادة خطر النزف عند استعمال الساليسيلات بصورة مرافقة . وتنقص فعالية الستيرويدات أيضاً عند مشاركتها مع الريفاميسين .

مضادات الاستطباب : *Contraindications* : فيما عدا المعالجة الإسعافية والتي لا بديل لها فإن للستيرويدات مضادات الاستطباب التالية : القرحات المعدية المعوية ، تخلخل العظام الشديد ، قصة وجود مرض نفسي ، الزرق ، أخماج ظاهرة أو كامنة (وفي مثل هذه الحالات يمكن المشاركة مع الصادات) . ويجب أن يكون الاستطباب قوياً بشكل خاص لإعطاء الستيرويدات خلال الحمل ، وخاصة الأشهر الثلاثة الأولى .

الاستطبابات : إن الاستطبابات الأكثر أهمية هي أمراض الجلد الأرجية مع إصابات مجموعية (خاصة الصدمة التأقية ، الشرى الحاد الشديد ، الوذمة العرقية العصبية) . متلازمة لايل ، الاندفاعات الدوائية الشديدة الأخرى . وعادة ما تتم السيطرة على أمراض المناعة الذاتية من زمرة الفقاع والفقاعاني الفقاعي ، والذئب الحمامي المجموعي ، والتهاب الجلد والعضل ، والتهاب ما حول الشريان العقد ، وأدواء النسيج الضام ، بمقادير عالية من الستيرويدات ، وتكون الستيرويدات وفترات قصيرة مساعدة عامة في الأدوية الجلدية الالتهابية مثل التهاب الجلد الحاد ، خلل التعرق الحاد ، الحمامي عديدة الأشكال ، الحمامي العقدية ، الحزاز المسطح الطفحي وأنواع معينة من الإكزيمة . ويمكن أن يشار بالاستعمال الجهازى للستيرويدات

المستحضرات : المستحضرات الكورتيزونية المتوفرة في الأسواق كثيرة ، غير أننا أدرجنا في الجدول ٦٨ - ١ المستحضرات التي نوصي بها ونستعملها .

والعمر النصفى للبردينزون والبردينزولون وميتيل بردينزولون والتريامسينولون هو ٨ - ١٢ ساعة ، أما الديكساميتازون والبيتاميتازون فعمرها النصفى حوالي ٣٦ ساعة . وتعتبر المجموعة الأولى مناسبة أكثر من أجل المعالجة المتناوبة . وبشكل عام ، يعتبر من الأفضل البدء بجرعات عالية من الستيرويدات ثم تخفيض الجرعة بسرعة أقل أو أكبر حسب الحالة . تتطلب كثيراً من الأمراض (الفقاخ الشائع ، الذأب الحمامي المجموعي) معالجة لاحقة طويلة الأمد ، لهذا يجب أن تكون الجرعة الداعمة المطلوبة تحت المستوى المحدث لمرض كوشينغ المذكور في الجدول ٦٨ - ١ قدر الإمكان وتتيح المشاركة مع أدوية أخرى (مثل كابيتات المناعة) تخفيض جرعة الدوائين بشكل أسهل وبالتالي تجنب التأثيرات الجانبية . تبدأ المعالجة بالجرعات العالية من الستيرويدات القشرية (في الفقاخ الشائع - متلازمة لايل المحدثه دوائياً) بـ ١٢٠ - ٢٥٠ ملغ/يوم بردينزون أو ما يعادلها في باقي أنواع الستيرويدات ، أما الجرعات المتوسطة فتبدأ عادة بمقدار ٤٠ - ٨٠ ملغ ، والجرعات المنخفضة بمقدار ٢٠ - ٣٠ ملغ . أما الجرعة الداعمة فتكون متعلقة بالشخص نفسه وذلك حسب استجابته . ويفيد إشراك الستيرويدات مع مضادات الحموضة (Gelusil - Maalox) أو السيميتيدين (Tagamet) أو رانيتيدين (Zantic) في الوقاية من القرحة المعدية . وفي حال نقص البوتاسيوم ، يوصى بإعطاء غذاء غني بالبوتاسيوم . ويمكن معاكسة التأثيرات الاستقلابية واختلال العظام أثناء المعالجة الطويلة الأمد بإعطاء الستيرويدات الابتنائية Anabolic steroids . ويجب أخذ الحذر من كارسينوم الموثة .

الهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH :

يتشكل الهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH في الفص الأمامي للنخامى تحت تأثير الهرمون المتحرر من منطقة ما تحت المهاد . ويقوم هذا الهرمون بتحريض غدي الكظر على إفراز الستيرويدات القشرية السكرية بالإضافة للقشرانيات المعدنية والأندروجين . ويتمتع الهرمون ACTH بفعالية خاصة في الأدوية الجلدية التي تتطلب معالجة طويلة الأمد بالستيرويدات القشرية السكرية ويمكن أن تستبدل الستيرويدات كلها أو جزء منها بالهرمون ACTH . وفي حال هذه المشاركة ، يتقى

من حدوث ضمور في غدي الكظر من جهة وتُعدل التأثيرات المقوضة للستيرويدات السكرية بسبب التحريض المستمر للأندروجين من جهة أخرى . وعلى كل حال ، فإن مضادات الاستطباب والتأثيرات الجانبية تكون مشابهة للستيرويدات . وهي تتضمن بشكل خاص احتباس الصوديوم والماء وحدوث القرحة المعدية وارتفاع التوتر الشرياني والسكري .

الاستطباب : يستعمل حالياً بشكل نادر في الفقاخ والتهاب الجلد المزمن الشديد والصداف البثري والأحمرية الصدفية . ويعتبر الهرمون ACTH أقل فعالية في المعالجة البدئية وغير فعال في المعالجة الإسعافية . وتعادل جرعة ١ ملغ من Synacthen Depot أو ٤٠ وحدة من ACTH تعادل تقريباً ٤٠ - ٦٠ ملغ بردينزون مقسمة على مدى ٤٨ ساعة . يوصى بإعطاء حقنة عضلية ١ ملغ/يوم ثم كل ٢ - ٣ أيام وبمرحلة لاحقة كل أسبوع . ويمكن استعمال ACTH الوريدي للمعالجة القصيرة الأمد للأمراض الحادة . ويعتبر ١ ملغ Synacthen أو ٤٠ وحدة ACTH الطبيعي كل ١٢ ساعة فعلاً .

الصادات :

الصادات عبارة عن منتجات لمعضيات مجهرية تثبط أو تقتل غيرها من المعضيات المجهرية الأخرى . وهي تلعب إما دوراً موقفاً لنمو الجراثيم أو قاتلاً لها . وكذلك تملك بعض الصادات فعالية ضد متعضيات خمجية غير جرثومية مثل (الفطور ، الأولي) وتُصنع كثيراً من الصادات حالياً بالعمليات نصف التركيبية . ومن ناحية المبدأ ، يجب ألا يستعمل الصاد إلا وفقاً لإختبارات التحسس (المقررة سابقاً بالزجاج) . ويجب أن يؤمن وجود تركيز كافٍ من الصاد في موقع الإصابة ولفترة ملائمة من الزمن .

تستعمل الصادات لمعالجة الأحماج الجرثومية في الجلد والأغشية المخاطية . وإضافة إلى ذلك ، فقد استعملت الصادات تجريبياً في حالات جلدية غير النهائية ولم يُستطع تفسير النتائج الجيدة بوضوح في كل هذه الحالات . ومن الأمثلة المعروفة هو فعالية التراسكلين في التهاب جلد ما حول الفم أو الأشكال الالتهاية من العد الوردي . ويعتقد أن الآلية تعتمد على التأثيرات المضادة للالتهاب المثبطة لوظيفية الكريات البيض . ويستعمل لمثل هذه الحالات معالجة منخفضة الجرعة لمدة شهر ، ولكن هناك من شجب هذه المعالجة وخاصة بسبب خطر تطور سلالات مقاومة من الجراثيم . وكذلك يوجد احتمال حدوث تأثيرات جانبية منها :

— تأثيرات سمية على أعضاء معينة ، وهذه التأثيرات مرتبطة بالجرعة مثل : الأذية الأذنية والكلوية للجنتاميسين .
— تأثيرات ضيائية مثل : الذي ميتيل كلور تراسكلين .
— تأثيرات أرجية (غير معتمدة على الجرعة) حيث من الممكن حدوث كل الأشكال المعروفة من التفاعلات الأرجية مثل البنسلينات .
— تأثيرات جانبية استقلالية ودوائية .
— نشوء سلالات لمعضيات دقيقة مقاومة وخاصة عند الاستعمال لفترات طويلة وبمقادير منخفضة .
— تأثيرات ناجمة عن التحلل الجرثومي المفاجيء وتحرر الذيفان الداخلي للجراثيم مثل : تفاعل جاريش — هيركس هايمر Jarisch — Herxheimer في الأفرنجي .
— اضطرابات في فيزيولوجية النبيت الفموي أو المعوي أو في المخاطية التناسلية مما يؤدي إلى نمو وتطور سلالات غير فيزيولوجية من الجراثيم أو المبيضات البيض ، وإلى اضطرابات هضمية ونقص نسي في فيتامين K (الصادات واسعة الطيف) .
تتضمن العلامات الممكن حدوثها في حال عدم تحمل الصادات ما يلي :

الجلد : شرى حاد ، اندفاعات حطاطية بقعية ، طفوح حصبوية أو قرمزية الشكل ، حمامى عقدية ، اندفاع دوائي ثابت ، حمامى عديدة الأشكال ، متلازمة لايل ، إكزيمة تماس نزفية ، أرج ضيائي ، انسداد ضيائي ، طفوح عديدة الشكل ، التهاب أوعية أرجي .

عامة : صدمة تأقية ، تفاعلات تؤدي إلى ارتفاع الحرارة ، داء المصل مع شرى ، حمى ، آلام مفصلية .

الجهاز المعدي المعوي : التهاب فم ، التهاب لسان ، اللسان الأسود المشعر ، داء المبيضات الفموية ، التهاب فم حويصلي أو تقرحي مترافق مع حمامى عديدة الأشكال ومتلازمة لايل ، تآكلات في المريء ، غثيان والتهاب معدة ، متلازمة سوء امتصاص ، إسهال ، التهاب قولون غشائي كاذب ، التهاب مستقيم .

التهاب بنكرياس واعتلال كبدي :

العلامات الدموية : تخرب في نقي العظم ، فقر دم لانسجي ، قلة صفيحات ، ندرة محبيات ، تشكل ميتيموغلوبين في الدم ، فقر دم انحلاي .

الاعتلال الكلوي : من منشأ سمي أو مناعي .

عدم التحمل العصبي النفسي : أذية الجهاز القوقعي الدهليزي ،

التهاب العصب البصري ، اختلاجات ، التهاب أعصاب . وبشكل أقل شيوعاً هناك التفاعلات الرئوية أو القلبية الوعائية ، الاضطرابات الاستقلابية ، أعراض رثوانية أو أعراض شبيهة بالذأب الحمامي .

البنسلينات : لعل البنسلينات من أهم الصادات ، وخاصة بسبب فعاليتها الكبيرة وسميتها القليلة . وتعد الحساسية للبنسلين مضاد الاستطباب المطلق الوحيد لاستعمالها . وتقدر نسبة حدوث الحساسية بـ ٠,٣ - ٥٪ . تتميز جميع البنسلينات باحتوائها على حلقة البيتا — لكتام . وهي تملك حمض ٦ — أمينوبنسلانيك ، ونصف عمر مصلي قصير ، وتطرح بسرعة عن طريق الكلتيين . وتعتبر البنسلينات قاتلة للجراثيم وذلك لأنها تثبط اصطناع الجدار الخلوي الجرثومي ، وخاصة في الجراثيم إيجابية الغرام . وتختلف الأنواع المتنوعة من البنسلينات عن بعضها بسعة التأثير ، وبحساسيتها للبيتا لكتام الجرثومية ، وثباتها في الحمض ، ونفوذها عبر النسيج وطريق الإعطاء . وقد صنفت أهم البنسلينات في طب الجلد حسب سعة تأثيرها :

البنسلين G : (الوريدي) أو الحقن العضلي للمركبات الاستيرية . وتعتبر فعالة ضد المكورات إيجابية وسلبية الغرام (بعض العنقوديات ، العقديات ، المكورات الرئوية ، المكورات السحائية ، المكورات البنية) ، والجراثيم إيجابية الغرام (الونديات الخنافية ، المطثيات) ، اللولبيات والفطار الشمي .

تؤدي الأسترة إلى زيادة تأخير إطراح البنسلين ومن المركبات : بنزاتين بنسلين G (Bicillin — Permapenardocillin) ، البنسلين G مع البروكائين (Wycillin — Megacillin — Bicillin) ، Crysticillin) . ومن أهم الاستطبابات الجلدية : الإفرنجي ، السيلان البني ، الحمة ، التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، الحمامى المزمنة الهاجرة ، وبوريليا بورغدورفيري المؤدية لحدوث للمفومات الكاذبة .

البنسلينات الفموية : تتصف بأنها ثابتة في الحمض ولكنها ليست مقاومة للبنسليناز . إن الأنواع التي تستعمل عادة هي فينوكسي ميتيل بنسلين البوتاسيوم (Penicillin V) ، Beromycin ، Betapen ، Pen Vee K ، potassium Isocillin) . وهناك مشتقات ذات فعل مشابه (Cyclophen ، Baycillin) .

البنسلينات المقاومة للبنسليناز : وتتضمن هذه الأوكسي سيللين (Oxacillin ، Prostaphylin ، Staphenor) ، ودي كلوكساسيللين (Dichloxacillin ، Dynapen ، Pathocil) ،

Duricef,) Cefadroxil Cefamondole (Mandol)
Ceforamide (Precef

ومن أهم استطببات السيفالوسبورين هي الأنحاج بالعنقوديات المقاومة للبنسلين وغيرها من الصادات والأنحاج بالعضويات الإيجابية الغرام ، وخاصة الكليسيلا والمعالجة البدئية في حال الأنحاج الشديدة حتى نحصل على نتائج الزرع والتحسس . يمكن المشاركة مع الأمينوغليكوزيدات (الجنتاميسين) . ومن مضادات الاستطباب - الحساسية للبنسلين والقصور الكلوي الحاد .

التراسكلينات : وتأتي بعد البنسلينات من حيث تواتر الاستعمال . وتستخلص من التخمر أو التركيب الجزئي لمزارع سلالات من *Streptomyces* . ويعتبر التراسكلين ، بسبب تأثير طيفه الواسع ، صاداً واسع الطيف ، وله تأثير على المكورات والعصيات إيجابية وسلبية الغرام ، والريكتسية ، والمفطورات *Mycoplasmas* ، والمتفطرات *Mycobacteria* ، واللوليبات (المتوتبات) ، والتدثرات ، والشعيات ، والمتصورات *Plasmodia* . ويواجه التراسكلين مقاومة (بسبب الانتشار الواسع الحالي لهذه الصادات) من قبل المكورات العنقودية ، والعقدية الحالة للدم ، والمكورات الرئوية ، والمطثيات ، والمتعضيات سلبية الغرام مثل (المتقلبات *Proteus* ، والزوائف ، والإشريكية القولونية) . ويثبت التراسكلين في حموضة المعدة ويتم امتصاصه بصورة جيدة نسبياً (على الرغم من أن بعض المشتقات تختلف في درجة امتصاصها) . تعطى التراسكلينات عادة عن طريق الفم وي طرح الدواء عبر الكلى دون أن يتغير عادة ، ولكن يطرح قسم منه عن طريق الصفراء والبراز . تعتبر التراسكلينات مثبطة للجراثيم نتيجة تثبيط اصطناع البروتين الريبوزومي لأنها تملك مواقع ربط مع الرنا RNA رسول الجراثيم . ويعلم بأن سمية الدواء قليلة جداً .

ومن أهم التأثيرات الجانبية هي الاضطرابات الهضمية الناجمة عن تحرش المخاطية المعدية المعوية ، وكذلك فإن الدواء يؤدي إلى اضطراب في نبيت السبيل الهضمي مع تكاثر الجراثيم الممرضة والمبيضات البيض . تندمج التراسكلينات بشكل انتقائي مع الأسنان والعظام النامية ، وتؤدي إلى ظهور أسنان صفراء بنية مع أذية أخرى أو دونها . ولهذا فإنها تعتبر مضادة استطباب في الحمل وعند الأطفال تحت سن الثماني سنوات ، وفي حال وجود قصور كلوي . ويجب عدم تناول الدواء في نفس الوقت مع الحليب أو مضادات الحموضة أو أملاح الحديد لأن ذلك يسبب نقصاً في امتصاص الدواء نتيجة تشكل مخلابة *Chelate formation* . يزداد تأثير مضادات الاختلاج بالمشاركة مع

(Dichlor - Stapenor) ، وفلوكلوكساسيلين (Staphylex) . ويمكن إعطاء هذه المستحضرات فمويّاً أو حقناً . ومن أهم الاستطببات هي الأنحاج الجلدية بالمكورات العنقودية (الدم - الحمرة) .

البنسلينات واسعة الطيف : ومن أكثرها شيوعاً الأمبسيلين (Polycillin, Binotal, Amblosin) . ولا يعتبر الطفح الحصبوي الشكل الذي قد يحدث بشكل شائع تلو المعالجة بالأمبسيلين ارتكاساً أرجياً بالطبيعة ، وقد يخففى عفويّاً على الرغم من استمرار المعالجة . (ولكن هذا لا ينفي كونه خطراً) . وغالباً ما يحدث طفح جلدي عند المرضى الذين لديهم كثرة وحيدات عندما يعالجون بالأمبسيلين ولهذا يجب ألا يوصف هؤلاء المرضى .

البنسلينات الواسعة الطيف جداً في التأثير : وتتضمن هذه الزمرة (Ticarcillin (Ticar) ، والكاربينيسلين (Geocillin, Geopen, Microcillin) ، والأموكسيسيلين (Trimor, Amoxyl, Polymox, Clamoxyl) ، والآزولوسيلين (Azlin, Securopen) ، وتعد هذه الزمر فعالة أيضاً ضد المتعضيات سلبية الغرام مثل الزوائف *Pseudomonas* .

السيفالوسبورينات : تنتمي هذه الصادات ، كما هو الحال بالنسبة للبنسلينات ، إلى مجموعة الصادات الحاوية على حلقة البيتا - لكتام . وبسبب وجود أرجية متصالبة مع البنسلين في حوالي ١٠٪ من الحالات فإن السيفالوسبورين يجب أن يعطى بحذر شديد عندما يكون لدى المرضى حساسية للبنسلين . وتعتبر السيفالوسبورينات غير حساسة للعنقوديات المفرزة للبيتا - لكتام . ويمكن تأثيرها (كما في البنسلين) في تثبيط اصطناع الجدار الخلوي الجرثومي ، ويتوفر حالياً أكثر من ٣٠ مشتقاً . وإن طيف تأثيرها مشابه للأمبسيلين ولكنها أكثر فعالية ضد المتقلبات الرائعة *Proteus mirabilis* وأنواع التدثرات (الكلاميديا) . وبعض مشتقاتها فعالة أيضاً ضد الزوائف الزنجارية *Pseudomonas aeruginosa* . ويختلف تأثير المشتقات المختلفة للسيفالوسبورين تبعاً لطريق الإعطاء (فموي أو حقن) ، والاستقلاب ، والارتباط مع بروتينات المصل ، والإطراح الكلوي ، وفي حال وجود السمية الكلوية أو غيابها . ومن المستحضرات الفموية السيفالكسين Cefalexin (Keflex, Ceporexine) ، والسيفاكلور Cefaclor (Ceclor, Panorol) . أما المستحضرات التالية فتستعمل حقناً وهي : Cefuroxime (Zinacef) Cefaloridine (Cepaloridin) ، (Cepovenin) Cefalotin (Pseudosef) Cefsulodine (Claforan) Cefotaxime (Ancef, Kefzol) Cefazoline

ethyl succinate ٤٠٠ ملغ أعراضاً معدية معوية أقل . وفي الأمراض الزهرية فإن الاريتروميسين هو الدواء البديل في معالجة الإفرنجي إذا كان المريض مصاباً: بأرجية للبلسلين .

زمرة الأمينوغليكوزيدات : إن أهم أدوية هذه الزمرة والمستعملة في المعالجة الجهازية هي الجنتاميسين والسبكتينوميسين Spectinomycin ، وخاصة في معالجة السيلان المقاوم للبلسلين .

الجنتاميسين : يملك طيفاً مضاداً للجراثيم واسعاً ويستثنى من تأثيره : المكورات المعوية واللولبيات واللاهوائيات . وقد تحدث مقاومة في العقديات والمكورات الرئوية ، غير أنه يمكن التغلب على ذلك بالمشاركة مع الصادات الحاوية على حلقة البيتا لكتام . ومن سيئات المعالجة بالجنتاميسين هو المجال العلاجي الضيق نتيجة السمية الكلوية والسمية العالية للدواء ، ولهذا يجب الاحتراس أثناء الاستطباب به ، ويجب إجراء مراقبة سريرية مستمرة . أما في حال الأنفاج الشديدة التي لا تستجيب لأي نوع من الصادات ، فيجب استعمال الأمينوغليكوزيدات فوراً . والاستطباب المطلق هو الإلتان الناجم عن المتعضيات سلبية الغرام . والجرعة في حال وجود وظيفة كلوية سليمة هي عادة ٨٠ - ٢٤٠ ملغ/يوم أو كحد أقصى ٣ ملغ/كغ/يوم (يمكن استعماله حقناً عضلياً أو وريدياً) . ومن المستحضرات المستعملة إضافة إلى الجنتاميسين (Refobacin - Garamycin - Gentamycin) هي (Pathomycin - Extramycin) Sisomicin و (Oribicin) Dibekacin و (Amikacin) Amikin ، و (Biklin) .

سبكتينوميسين Spectinomycin : يستخلص هذا الصاد من خلاصة مزراع Streptomyces spectabilis . وإن الاستطباب الوحيد هو السيلان البني الحاد عند مريض لديه أرج للبلسلين أو إذا كانت المتعضية مقاومة للبلسلين . ومن تأثيراته الجانبية ألم مكان الحقن ونادراً ما ينجم عنه طفح أرجي . والجرعة هي ٢ غ حقنة عضلية وحيدة . ومن المستحضرات التجارية Stanilo ، Trobicin ، Togamycine .

الصادات الأخرى : لن نأتي على ذكر الصادات التي نادراً ما تستخدم جهازياً في الأمراض الجلدية . وأما الصادات ذات الاستعمال المحدود بمرض معين مثل الريفاميسين في السل والصادات المضادة للطفور مثل الأمفوتريسين ب ، والغريزوفولفين سوف تدرس في الأبحاث الخاصة بها .

التتراسكلين وكذلك ترتفع سمية الميتوتركسات . ويجب عدم استعمال الدواء بالمشاركة مع الريتينويدات . ويمكن أن تحدث الطفوح الأرجية (الحصبوية الشكل ، العدية الشكل) ، وكذلك التفاعلات الضيائية السمية بما فيها انحلال الأظفار الضيائي ، وخاصة عند استعمال الذي متيل كلورتراسكلين . وفيما يلي لمحة عن المستحضرات المتوفرة بالإضافة إلى جرعتها الاعتيادية :

- تتراسكلين (Mysteclin, Sumycin, Hostacylin,)
- أوكسي تتراسكلين (Achromycin) ١ - ٢ غ/يوم .
- أوكسي تتراسكلين (Terramycin - Oxymycin) ١ - ٢ غ/يوم .
- كلور تتراسكلين (Aureomycin) ١ غ/يوم .
- مينوسيكليين (Minocin - Klinomycin) ٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم .
- دوكسي سيكلين (Vibramycin) ١٠٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم .
- دي مي كلوسيكليين (Ledermycin, Demeclocycline) ٦٠٠ ملغ/يوم . ويجب أخذ الحذر من التفاعلات الضيائية السمية .

يُنصح بأخذ جرعة منخفضة ولفترة طويلة حوالي ٢٥٠ ملغ/يوم من التتراسكلين والأوكسي تتراسكلين في معالجة الأشكال الالتهابية من العد الشائع العد الوردي ، وأي طريقة أخرى تعتبر غير عادية في المعالجة بالصادات . وعلى أية حال فإن هذه المعالجة لا تعتمد على الفعل المضاد للجراثيم الذي يملكه الصاد وإنما تعتمد على تأثيرات أخرى تؤدي إلى تثبيط الالتهاب . ويتم ذلك بتثبيط الليياز وإنقاص الحموض الدسمة الحرة في مفرزات الغدد الزهرية أو عن طريق تثبيط وظيفة الكريات البيض .

الاريتروميسين Erythromycin : إن طيف تأثير الاريتروميسين أوسع من طيف البنسلين G ابتداءً من المكورات وانتهاءً بالمطثيات Clostridia ، والمستدميات ، والبروسيلة ، والبورديتيلا والليغيونلا Legionell ، واللاهوائيات ، والمفطورات ، والريكتيسيات والمتدثرات والوتديات . ولا يتأثر النبات المعوي الطبيعي بالاريتروميسين . وتكمن آلية تأثيره عن طريق تثبط اصطناع البروتين الريبي الجرثومي . يتم امتصاص الاريتروميسين بعد تناوله الفموي بسرعة نسبياً . ويتنشر بسرعة في النسج وي طرح عن طريق الكليتين . وبلغ عمره النصف ساعة ، و ٣ - ٤ ساعات للمركبات المأسرة ، وسمية قليلة (ركودة صفراوية) . الجرعة العادية هي ٥٠٠ ملغ ٢ - ٤ مرات يومياً . ويسبب Erythromycin

السلفوناميدات ، الكوتريموكسازول ، السلفون :

السلفوناميدات : تستبدل هذه الصادات بغيرها غالباً بسبب ازدياد المقاومة وعدم التحمل . أما السلفوناميدات المصنوعة حديثاً فهي أقل سمية وأكثر قابلية للاختلال ، وهي فعالة جداً ضد المتعضيات الحساسة لها ، ويمكن إعطاؤها بطريق الفم ، هذا إلى جانب أسعارها الاقتصادية المقبولة . ويعتمد تأثيرها الموقف لتكاثر الجراثيم على تثبيط اصطناع حمض الفوليك الذي يعتبر ضرورياً في استقلاب كثير من المتعضيات ويتناوله الإنسان مع الطعام ، وتؤثر السلفوناميدات على المتعضيات المتكاثرة بشكل فعال . ويختلف العدد الكبير من مستحضرات السلفوناميدات في نسبة الامتصاص ، ونسبة الإطراح ، والارتباط مع بروتين المصل ، وطيف التأثير . ويجب أن تؤخذ هذه العوامل بعين الاعتبار . ومن الشائع مقاومة العقوديات والبنيات للسلفوناميدات .

التأثيرات الجانبية : وتتضمن الاضطرابات المعدية المعوية ، وتغيرات في الصيغة الدموية ، وتفاعلات جلدية أرجية وضوئية أرجية ، وخطر حدوث متلازمة لايل . أما مضادات الاستطباب فهي القصور الكلوي والكبدى الشديد ، وقلة الكريات البيض والصفائح . ويحدث التعارض الدوائي بالمشاركة مع خافضات السكر ، ومضادات الاختلاج ، والفينيتوين ، والميتوتركسات (زيادة التأثير) . وهناك خطر حدوث بيلة بلورات مع زيادة حموضة البول .

الكوتريموكسازول : إن المشاركة بين السلفاميتاكسازول والترى ميتوبريم (Bactrim, Eusaprim, Septrim) تؤدي إلى تأثيرات مثبطة لمرحلتين مختلفتين في اصطناع حمض الفوليك . وهكذا تزداد فعالية السلفوناميدات ، ومع ذلك فقد لوحظ حدوث مقاومة متزايدة . ويعتبر القرع اللين من الاستطبابات المهمة في الأمراض الزهرية . ومضادات الاستطباب هي نفسها مضادات السلفوناميدات .

السلفون : يعد الدي أمينو دي فليل سلفون (دابسون ، DDS / DADPS) ومشتقاته فعالاً بصورة خاصة ضد المتفطرات وبالتالي فهو دواء مهم في كل أشكال الجذام . وبالإضافة إلى دور الدواء للموقف لتكاثر الجراثيم فهو يستعمل في جلادات متنوعة مثل التهاب الجلد الحلي الشكل ، والفقعاعاني الندبي ، والبقار تحت الطبقة المتقرنة ، وتقيح الجلد المواتي ، والعد المكعب . ولم تعرف آلية تأثير الدواء في هذه الحالات ، ولكن اقترح دور التأثيرات المثبطة للمناعة والمضادة للالتهاب بشكل عام . هذا وإن جرعة السلفون هي ٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم (دابسون فاتول Fatol) .

التأثيرات الجانبية : التي لوحظت هي تغير في الصيغة الدموية ، اضطرابات معدية معوية ، التهاب أعصاب ، طفوح أرجية . ويجب أن يوجه انتباه خاص نحو تشكل الميثيموغلوبين المرتبط بالجرعة (زراق) ، وكذلك إلى المرضى المصابين بنقص خميرة غليكوز ٦ فوسفات دي هيدروجيناز G6PD .

موقفات التكاثر الخلوي Cytostatics :

تسمى المعالجات الكيميائية المختلفة المصادر والتي تثبط تكاثر الخلايا بموقفات التكاثر الخلوي . واعتماداً على طريقة تأثيرها فإن هذه الأدوية إما أن توقف ، وبشكل انتقائي ، أحد أطوار الدورة الخلوية ، أو أن تسبب اضطراباً في الإستقلاب الخلوي بآلية غير نوعية . تعد جميع موقفات التكاثر الخلوي سامة لخلايا الجسم السليمة وخاصة بالنسبة للنسج التي تتكاثر باستمرار (مثل نقي العظام ، ظهارة الأمعاء الدقيقة ، رحم الشعرة والأنابيب الخصوية) . وبناءً على ذلك ، يجب أن يكون استطباب إعطاء هذه الأدوية في غاية من الحذر . ويجب على الطبيب أن يكون ملماً بآلية تأثير الدواء وتأثيراته الجانبية . ويجب أن يتم اختيار الجرعة تبعاً للمريض وحسب الظروف المحيطة . وعلى المريض أن يبقى تحت مراقبة طبية مستمرة طيلة فترة المعالجة .

تقسم موقفات التكاثر الخلوي عادة حسب طريقة تأثيرها و/أو حسب أصلها . وتلخص المستحضرات الشائعة الاستعمال في الأمراض الجلدية كما يلي :

العوامل المؤلكلة Alkylating Agents : إن المجموعة الفعالة من هذه العوامل تتفاعل مع الدنا DNA المؤلكل وتسبب اضطراباً في التنسج في الطور S من دورة انقسام الخلية وذلك لفترة طويلة . وتتضمن هذه الأدوية : السيكلوفوسفاميد (Cytoxan , Endoxan) ، كلورامبوسيل (Leukeran) ، بوسلمان busulfan (Myleran) و melphalan (Alkeran) . أما استطباب إعطاء هذه الأدوية التي غالباً ما تشترك مع غيرها من المثبطات الخلوية ومع الستيروئيدات القشرية السكرية هو اللمفومات الجلدية الخبيثة (الفطار الفطري) ، وداء كثرة المنسجات Histiocytosis - X ، وأمراض المناعة الذاتية مثل الفقاع الشائع ، والفقعاعاني الفقاعي ، والورام الحبيبي لواغنز ، والذأب الحمامي المجموعي .

مضادات الاستقلاب Antimetabolites : وتقوم على تثبيط اصطناع الدنا DNA في الطور S بشكل انتقائي ، وذلك بحصر أماكن الارتباط في الاستقلاب الطبيعي مما يسبب تشكل جزيئات معيبة . تعمل الميتوتركسات (Amethopterin)

أن تستخدم بنجاح في معالجة أمراض المناعة الذاتية وبخاصة Amethopterin (مثل الميتوتركسات في علاج الفقاع الشائع) ، والأزاثيوبرين (azathioprine , Imurek , Imuran) حيث يعتبر دواءً فعالاً كابتاً للمناعة . وإن جرعة الأزاثيوبرين في أمراض المناعة الذاتية هي ١ - ٢,٥ ملغ/كغ من الوزن يومياً (عادة ١٠٠ - ١٥٠ ملغ/يوم) . وهناك انخفاض ملحوظ بالجرعة عند المشاركة مع الألوبيورينول Allopurinol (Zyloric, Zyloprim) . وكذلك فإن للسيترونيديات القشرية السكرية دوراً كابتاً للمناعة أيضاً . ويجب دوماً الأخذ بعين الاعتبار المشاركة بين السيترونيديات القشرية السكرية والأزاثيوبرين أو الأميتوبترين لأن ذلك يسمح بتخفيض في جرعة كلا الدوائين وبالتالي إنقاص التأثيرات الجانبية .

السيكلوسبورين Sandimmune : إن السيكلوسبورين عبارة عن عديد بيتيدي حلقي مؤلف من ١١ حمض أميني مشتق من الفطور الجلدية الشعروية عديدة الأبواغ Trichoderma polysporum . وقد ذكر دوره في الوقاية من رفض الأعضاء أو نقي العظام المزروع وكذلك في الوقاية ومعالجة رفض المضيف للطعوم . وهناك تجارب على إعطاء السيكلوسبورين في حالات الصدف الشديد وأمراض المناعة الذاتية .

الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية :

إن أقدم الأدوية المضادة للالتهاب وأكثرها استعمالاً هي حمض الأسيتيل ساليسيليك (aspirin) ، وهي ذات فعل مشابه للأدوية الحديثة مثل الإندوميثاسين (Indocin , Amuno) ، فهي تثبط الإنزيم سيكلو أوكسيجيناز وبالتالي تثبط اصطناع البروستاغلاندين . وكذلك فإن مركبات الفينيل بوتازون (Perclusone, Butazolidin, Tanderil) مضادة للبروستاغلاندين ، ولكنها سحبت من الأسواق في عديد من البلدان . وتتعارض مضادات الالتهاب مع مشتقات الكومارين حيث يزداد تأثير الكومارين المضاد للتخثر .

مضادات الاستطباب : وتشمل الاضطرابات النزفية والقرحات المعدية واضطرابات الأسابيع الأخيرة من الحمل . وينبغي الانتباه إلى إمكانية حدوث تغيرات في الصيغة الدموية ، أو ندرة المحببات ، أو الأذية الكبدية والكلوية التالية لإستعمال مركبات الفينيل بوتازون وقد ورد ذكر الأدوية الأخرى المضادة للالتهاب المستعملة في طب الجلد ، والتي تؤثر بآلية غير واضحة ، في فصول أخرى من هذا الكتاب ، مثل : السلفون (الدابسون) ، الكلوروكين (Resochin, Aralen) ، هيدروكسي كلوروكين (Quensyl, Plaquenil) ، ثاليدوميد ، أملاح الذهب ، البنسيلامين (Metalcaptase) ،

كدواء مضاد لحمض الفوليك الضروري لاصطناع الدنا DNA ، الذي يتزاح من إنزيم دي هيدروفولات ريدكتاز Dehydrofolate reductase ، وبذلك لا تتقدم عملية الاستقلاب . أما الميركاتوبيرين (Purinethol) فيتحد كأساس بوريني كاذب في الدنا DNA مما يؤدي إلى إبطال فعاليته . وكذلك ينتمي كل من السيتوزين أرابينوزيد (Alexan) و ٥ فلورو يوراسيل إلى زمرة مضادات الاستقلاب . تستعمل الميتوتركسات بشكل واسع في مجال الأدوية الجلدية وخاصة في الأدوية الفقاعية ، والتهاب الجلد والعصل ، وداء داربييه ، وتستعمل بشكل محدود في الحالات الشديدة من الصدف والصداف المفصلي . ويعتبر حمض الفوليك (Leucovorin) ترياقاً فعالاً في حال زيادة جرعة الدواء .

القلوانيات Vinca Alkaloids : يؤثر الفينيكريستين والفينبلاستين (Oncovin , Velbe , Velban) في طور التالي من الانقسام ويعيق تشكل المغزل في هذا الانقسام . والاستطباب هو اللمفومات الجلدية وغرن كابوزي وداء كثرة المنسجات - X .

المضادات Antibiotics : تعتبر بعض المضادات فعالة كموقفات للتكاثر الخلوي حيث تثبط اصطناع الدنا DNA أو الرنا RNA أو البروتين بطرق مختلفة . وينتمي إلى هذه المجموعة Actinomycin D و Adriamycin و Bleomycin .

موقفات التكاثر الخلوي الأخرى Other Cytostatics : إن الأدوية التي تستحق الذكر في هذا المجال هي ما يلي Procarbazine (Natulan) وهيدروكسي يوريا (Hydrea) و DTIC (Dacarbazine) ، وهيدروكسي كارباميد (Litalis) ، و Ifosfamide (Holoxan) ، و سيس بلاتين (Platinol, Platinex) . ولم يحدد بعد وبشكل واضح كيفية تأثير هذه المستحضرات .

كابتات المناعة :

تملك جميع الأدوية الموقفة للتكاثر الخلوي تأثيراً كابتاً للمناعة نتيجة لتأثيرها على التكاثر أو اصطناع البروتين . وتؤدي هذه الأدوية أثناء استخدامها لمعالجة الأورام إلى تأثيرات جانبية غير مرغوب بها مثل ضعف دفاع المريض ضد الأتخاج وربما أدت إلى حدوث أورام خبيثة إضافية أو أمراض مجموعية . ومن الأمثلة على ذلك : السرطانة الكبدية بعد المعالجة بالميتوتركسات ، أو اللمفوم الخبيث بعد المعالجة بالسيكلوفوسفاميد . ومن جهة أخرى فإن كابتات المناعة يمكن

(Trolovol, Cuprimine) والكولوفازيمين (Lampren) .

مضادات الهيستامين :

تؤثر مضادات الهيستامين بشكل تنافسي على مستقبلات H_1 في الأوعية الدموية والعضلات الملساء وذلك بسبب التشابه الجزيئي مع الهيستامين . وتعتبر هذه الأدوية فعالة عن طريق الفم ، إلا أنه تتوفر مستحضرات وريدية وعضلية للاستعمال الإسعافي . وتستطب في الأدوية الجلدية الأرجية والحكة ، وخاصة التهاب الجلد الأرجي بالتماس ، والشرى ، والإكزيمة ، بالإضافة إلى أشكال أخرى من التأتب مثل حمى العلف والربو القصبي الأرجي .

أما التأثيرات الجانبية فقليلة الأهمية . ولعل أهمها هو التأثير المرن لاختلاف المنتجات والذي يختلف تبعاً للدواء والمريض فهي تؤثر على وعي المريض أثناء قيادة السيارة في أماكن مزدحمة ، أو العمل بالآلات دقيقة على نحو يصعب التنبؤ به ، وخاصة عند تشارك استعمال الدواء مع الكحول أو الأدوية النفسية . إضافة لذلك ، تعرف هذه الأدوية بتأثيرات مضادة للفعل الكوليزجي ، ومضادة للفعل الأدرينالي ، ومضادة للسيروتونين . وهذا يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات عكوسة من جفاف فم ، واضطرابات في الرؤية ، وهبوط توتر شرياني واضطرابات في التبول ونقص في القوة . ولا يمكن توقع ظهور تأثير مضاد للأرج إلا بالجرعات العالية للدواء نسبياً والتي تصل إلى عتبة ظهور التأثيرات الجانبية . وعلى أي حال ، فإن التأثير المضاد للحكة الذي يملكه الدواء يمكن أن يفيد عند إعطاء الدواء بجرعات منخفضة . وقد تم حديثاً تطوير أدوية مضادة للهيستامين ترتبط بشكل أكبر مع مستقبلات الهيستامين (Doxepin) ومضادات هيستامين بطيئة الإطراح وذات تأثير مرن قليل جداً ، وذلك بسبب فشلها في عبور الحاجز الوعائي الدماغي (Astemizole , Terfenadine) أما تأثيراتها الجانبية فهي قليلة . ويجب على الطبيب أن يكون ملماً بهذه الأدوية لأن تأثيرها يختلف عن الأدوية السابقة . وقد تكون لمضادات الهيستامين القديمة فعالية أكبر في كثير من التفاعلات الالتهابية ، وذلك بسبب تأثير طيفها الواسع .

ويجب على الطبيب أن يعرف بشكل جيد كل دواء من كل صنف من الأدوية المضادة للهيستامين . وعندما يتطلب الأمر تغيير الدواء ، يكون من الملائم أن نختار دواءً ينتمي إلى فئة أخرى من مضادات الهيستامين . إن معرفة العمر النصفى للدواء مفيدة في حالات مثل الشرى المزمن والتأتب حيث يتطلب الوضع وجود مستويات محددة من الدواء المضاد للهيستامين في النسيج الجلدية ، وخاصة في الليل . وتملك الأدوية الحديثة عادة عمراً نصفياً أطول ولذلك يمكن أن

تستعمل بفعالية أكبر لهذه الغاية . هذا وقد يكون بعض المرضى ذوي حساسية للتارترازين tartrazine أو للصبغ الأصفر F.D.C. No. 5 . وعندها قد نحتاج لاستعمال مضادات الهيستامين بشكل حبوب بيضاء (Actidil , Periactin , Merazine , Phenergan , Tavist) .

إن المستحضر الذي يملك تأثيراً مركباً ملحوظاً هو البروميثازين Promethazine (Phenergan, Atosil) ويتناقص هذا التأثير باستعمال Diphenhydramine (Benadryl) و Clemastine (Tavegil, Tavist) والأدوية غير المركبة هي Terfenadine (Teldane, Seldane) و Astemizole (Hismanal) .

الجدول ٦٨ - ٢ : مضادات الهيستامين

الزمرة	الاسم العلمي	الاسم التجاري	أسماء أخرى
Ethanol-amine	Diphenhydr-amine	Benadryl	Ambenyl, Clistin, Tavist, Decapryn, Dramamine, Hispril
Ethylene-diamine	Tripeleannanine	Pyribenz-amine	Histadyl
Hydroxyzine	Hydroxyzine HCl Hydroxyzine pamoate	Atarax Vistaril	
Alkylamine	Chlorphenir-amine	Chlor-trimeton	Forhistal Triten Actidil
	Bromphenir-amine maleate	Dimetane	Ilvin
	Dexchlorphenir-amine maleate	Polar-amine	Polaronil
Pheno-thiazine	Promethazine Trimeprazine tartrate Methdilazine	Phener-gan Temaril Tacaryl	Atosil
Piperidine	Cyproheptadine Azatadine maleate	Periactin Optimine	Periactinol
Piperazine	Chlorcyclizine Cyclizine Buclizine Meclizine	Mantadil Marezine Bucladin Antivert	Posdel
Nonsedating	Terfenadine Astemizole Mequitazine	Seldane Hismanal Meta-plexan	Teldane
	Loratidine Cetirizine	Lisino Zyrtec	
Psychothera-peutic drugs	Doxepin	Sinequan Adapin	Aponal
Thio-guanidine (H ₂ blocking agents)	Cimetidine Ranitidine	Tagamet Zantac	Sostril, Zantic

وقد أعطى الاستعمال المشترك لمضادات الهيستامين الحاصرة للمستقبلات H_1 و H_2 استجابة أفضل في بعض حالات الشرى المزمن من استعمال دواء بمفرده . وكذلك فإن مشاركة مضادات الهيستامين مع الإيفيدرين ephedrine وحمض النيكوتين Nicotinic Acid و Ketotifen قد أعطى نتائج أفضل .

مضادات الملاريا (الرداء) :

يملك الكلوروكين (Resochin, Aralen) وهيدروكسي كلوروكين (Quensyl, Plaquenil) تأثيراً مثبتاً على الليزوزومات (الجسيمات الحالة) وهي أدوية مضادة للالتهاب أيضاً . واستطاباتها في طب الجلد هي الذأب الحمامي وخاصة الشكل القريصي ، والأدواء الجلدية الضيائية ، وبمقادير منخفضة جداً في بعض أشكال البرفيرية وخاصة البرفيرية الجلدية الآجلة . وتختلف الجرعة المعطاة تبعاً للمرض . وقد ذكرت التأثيرات الجانبية ومضادات الاستطباب في بحث معالجة الذأب الحمامي القريصي المزمن (بحث الذأب الحمامي) . ويمكن تجنب حدوث اعتلال شبكية إذا لم تتجاوز الجرعة اليومية للدواء ٢٥٠ ملغ للكلوروكين و ٤٠٠ ملغ للهيدروكسي كلوروكين . ويجب إجراء فحص عيني دوري كل ٤ - ٦ أشهر .

الريتنيويدات Retinoids :

وتشتق كيميائياً من فيتامين آ Vit A و Vit A الحامضي ، ولكن تتميز بأن لها نسبة علاجية محددة . وتقع هذه النسبة بين الجرعة العلاجية المطلوبة والجرعة السمية المترافقة مع أعراض فرط الفيتامين . ويوجد في الوقت الحالي مستحضران للاستعمال الجهازى في الأدوية الجلدية ، وهما : إترتينيات الريتنيويد العظمية Aromatic retinoid etertinate و ١٣ سيز حمض الريتنيويك (إيزوترتي تينون Isotretinoin) 13 - cis - retinoic acid .

الاثريتيات Tegison, Tigason :

الاستطباب : الأشكال الشديدة من الصدف المعندة على العلاج ، وخاصة الأحمرة الصدفية ، والصداف البثري المعم ، والصداف الراحي الأحمري ، والصداف المفصلي ، وإن المشاركة مع معالجة موضعية أخرى (الأنترالين والستيرويدات القشرية) ، أو مع المعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA) ، أو مع المعالجة الضوئية UVB تعطي تأثيراً فعالاً . وكذلك يمكن أن نحصل على نتائج مرضية في علاج اضطرابات القرن الأخرى بما فيها السماك (السماك الشائع ،

والسماك المرتبط بالجنس ، والأحمرة السماكية الشكل الوراثية) ، وأدواء القران الراحي الأحمري ، وداء داربي ، والنخالية الحمراء الشعرية ، والحزاز المسطح ، وخاصة الحزاز المسطح على الأغشية المخاطية ، الطلوان الفموي .

الجرعة : إن الجرعة البدئية التي ينصح بها هي ٢,٦ - ١ ملغ/كغ من وزن الشخص يومياً . وتعطي بمقادير مجزأة وكحد أقصى ٧٥ ملغ . وقد يكون ضرورياً إعطاء ١,٥ ملغ/كغ/يوم كحد أقصى في بعض الحالات . وعندما نحصل على النتيجة الموجودة ، أو إذا ظهرت تأثيرات جانبية ، يجب أن تُخفّض الجرعة إلى جرعة داعمة بمقدار ٠,٣ - ٠,٧٥ ملغ/كغ/يوم . ويكون ذلك عادة بعد ٤ - ١٦ أسبوع من المعالجة . ويجب أن توقف معالجة مريض الصدف الذين شفيت آفاتهم بشكل مرضي . ويمكن أن يعالج النكس كالمعالجة البدئية ولكن لفترات أقصر .

هذا ويجب عدم استمرار إعطاء العلاج إذا لم يحصل تحسن خلال ٤ أسابيع ، أو إذا ساءت الحالة ، أو إذا استمر وجود تأثيرات جانبية شديدة على الرغم من تخفيض الجرعة أو إذا أظهرت الفحوص المخبرية وجود مقادير نسبية مرتفعة من الدواء ، أو إذا حدثت حالة عارضة شديدة .

التأثيرات الجانبية : تعتبر التأثيرات الجانبية التالية مرتبطة بالجرعة وعكوسة وهي أعراض نموذجية لفرط الفيتامين A : جفاف الأغشية المخاطية والجلد والملحقات والتهابها وتقرحها ، التهاب شفة جاف وأحياناً مع تشققات ، جفاف فم ، التهاب أنف جاف ، وأحياناً التهاب ملتحم ، توسف راحي أخمصي ، خَبَر ، التهاب ما حول الظفر ، الحاصة في طور النفحة (٢ - ٤ أشهر بعد بداية المعالجة) . ومن التأثيرات الجانبية الأقل شيوعاً : صداع ، عطش ، فرط تعظم ، تعرق زائد وعرواءات . ومن جهة أخرى فإن التحمل المعدي المعوي جيد . وقد تحصل تغيرات مخبرية ، لذلك يجب مراقبة الصيغة الدموية ، الدم الدموية (الكوليسترول والتري غليسريد) ، الترانساميناز والبيروبيز . ويجب أن يراقب المرضى المصابون باضطراب في استقلاب الدم من منشأ وراثي بشكل جيد . ويمكن أن يرتفع الكوليسترول والتري غليسريد بسرعة إلى مقادير عالية ، وتنخفض ببطء حتى بعد انتهاء العلاج ، ويمكن أن تسبب صفرومات جلدية .

التأثير الدوائي : يجب تجنب إعطاء Vit A والريتنيويدات الأخرى والتتراسكلين بشكل متواقت . هذا وتخفّض الاثريتيات ارتباط الفينيتوين مع بروتين المصل .

مضادات الاستطباب : يجب عدم استعمال الريتنيويدات

تجنب التعرض للأشعة فوق البنفسجية أثناء المعالجة .

مضادات الاستطباب : ما ينطبق على الريتينويدات والحمل ينطبق هنا . أي أن الحمل هو مضاد استطباب مطلق . وإذا حدث الحمل أثناء المعالجة فذلك استطباب مطلق للإجهاض . وبما أن المستحضر لا يخترن بالجسم لفترة طويلة فإن من الضروري الاستمرار باستعمال مانعات الحمل لمدة أقلها ٤ أسابيع بعد انتهاء المعالجة بالإيزوترتينوين . ويجب أن نحصل على موافقة خطية من المريضة وأن يكون تفاعل الحمل سلبياً قبل أسبوعين من بدء المعالجة . ويجب عدم استعمال الدواء عند المرضى الذين يضعون عدسات لاصقة أو أن تستبدل بنظارات طبية طيلة فترة العلاج . وتعتبر الأمراض الكبدية أو الكلوية من مضادات الاستطباب أيضاً .

المستحضرات الصيدلانية النفسية :

تمثل هذه المستحضرات مجموعة مختلفة كيميائياً من الأدوية ذات التأثيرات النفسية . وبالإضافة إلى تأثيرها على الوظيفة النفسية فإن التأثيرات الجانبية من وجهة نظر الطب النفسي (مثل : التأثير المسكن والمضاد للحكة والمضاد للهيستامين والمركن النوم والتأثير الودي ونظير الودي) تعتبر فعالة بشكل خاص في معالجة بعض الاضطرابات الجلدية .

الاستطباب : قبل البدء باستعمال الأدوية النفسية يجب التأكد من أن الأعراض الجلدية هي من منشأ نفسي (الجدول ٦٨ - ٣) . فقد تشاهد تظاهرات نفسية جسمية في الأدوية الجلدية وهنا تستطب المعالجة النفسية أولاً . وقد تكون المعالجة العرضية بالأدوية النفسية مساعدة للغاية . ومن الأمثلة : حالات التأتب (الإكزيمة التأتبية ، التهاب الأنف الأرجي ، الربو القصبي الأرجي) . الصداف الشائع ، الشرى المفتعل ، وأشكال مختلفة من الشرى المزمن ، الحكة ، الجلادات المفتعلة ، الرهابات وهوس تنف الأشعار .

قد تترافق الأدوية النفسية مع أعراض جلدية . ومن الأمثلة : توهيم وجود مرض جلدي ، رهاب الإفرنجي ، رهاب السرطان ، علامة حكة جسمية ، الألم اللساني أو هوس تنف الأشعار .

يمكن أن تتظاهر الأعراض الجسمية النفسية كفرط تعرق مترافق مع الإكزيمة ، احمرار الوجه ، كسوية الجلد أو الحكة . ويمكن أن تخففي الأدوية العصبية النفسية وراء فرط التعرق ، احمرار الوجه وعملياً وراء أي أعراض مجموعة أخرى .

قد تكون الأعراض النفسية التفاعلية ثانوية للأدواء الجلدية ومثال على ذلك : الكآبة عند مرضى الأدوية الجلدية المشوهة

العطرية أثناء الحمل مهما كانت الظروف بسبب تأثيره الماسخ للجنين . ويجب أخذ موافقة خطية من المريضة قبل المعالجة ، بالإضافة إلى أن تفاعل الحمل يجب أن يكون سلبياً قبل أسبوعين من بدء العلاج . وإذا حدث الحمل أثناء المعالجة فيجب إنهاؤه . ويجب عدم إعطاء الدواء للنساء في سن النشاط التناسلي إلا عندما يستعملن مانعات حمل موثوق بها . ويجب الاستمرار باستعمال مانعات الحمل لفترة ٢٤ شهراً بعد انتهاء المعالجة ، وذلك بسبب الإطراح البطيء جداً للريتينويدات العطرية وإمكانية حدوث التأثير الماسخ .

ويجب عدم إعطاء الدواء للمرضى الذين يرتدون عدسات لاصقة إلا إذا استبدلوها بنظارات طبية طيلة فترة المعالجة . ومضادات الاستطباب الأخرى هي الأذية الكبدية والكلوية . وإن استعمال الدواء عند الأطفال والشبان صغار السن محدود في الحالات الشديدة فقط .

إيزوترتينوين (Accutane, Roaccutan) Isotretinoin :

الاستطباب : الأشكال الشديدة من العد أو الأشكال المعتدلة على العلاج ، العد الكيسي المعتد الشديد ، العد المكعب ، العد الصاعق ، العد الجاسمي ، قحج جلد الوجه ، التهاب الجريبات بسليبات الغرام ، العد الوردي البثري الشديد ، العد الوردي المكعب ، العد الوردي الصاعق . وتستجيب قيمة الأنف عادة بشكل جيد للإيزوترتينوين . وآلية التأثير عبارة عن تأثير مضاد للإلتهاب ؛ ولكن يوجد أيضاً تثبيط في اصطناع الزهم وتصغير في حجم فصوص الغدد الزهمية إلى حوالي ١٠٪ من حجمها الأصلي . وكذلك يمكن أن يجرب استعمال الإيزوترتينوين Isotretinoin في اضطرابات التقرون (مثل : داء داربيه) والخزاز المسطح .

الجرعة : الجرعة البدئية هي عادة ٠,٥ ملغ/كغ/يوم لمدة ٤ أسابيع ، ويمكن أن تزيد الجرعة إلى ١ - ٢ ملغ/كغ/يوم إذا لم نحصل على الاستجابة المرجوة . وتكون الجرعات المنخفضة ٠,٢ - ٠,٥ ملغ/كغ/يوم ملائمة أحياناً . وتعتمد مدة المعالجة على الموجودات البيئية وعلى استجابة المريض ، تتراوح بين ١٢ - ٢٠ أسبوعاً . وفي الحالات الشديدة مثل العد الصاعق تكون الجرعة البدئية ١ ملغ/كغ/يوم . ويجب تخفيض الجرعة إذا ظهرت تأثيرات جانبية .

التأثيرات الجانبية : مماثلة للارتينينات ولكن لا يوجد ضياع أشعار .

التأثير الدوائي : يجب تجنب إشراك الإيزوترتينوين مع Vit A أو غيره من الريتينويدات . ويجب

(الصدف الشائع ، العد المكيب) ، ومرضى الأورام الخبيثة أو الأمراض المجموعية . وعدم الارتياح والعصبية والأرق في الأدوية الجلدية المخرشة . وهنا يكون للمستحضرات الصيدلانية النفسية تأثير كبير ، وخاصة كدواء داعم للمعالجة الجلدية النوعية .

يوجد ثلاث مجموعات من المستحضرات النفسية مفيدة في الأدوية الجلدية : المهدئات Tranquilizers ومضادات الذهان Neuroleptics ومضادات الكآبة Antidepressants . أما المهلسات والمهيجات النفسية والأدوية العصبية النفسية كالنومات والمركبات والمسكنات فلن نتطرق لذكرها .

المهدئات : Tranquilizers () , Anxiolytics , Ataractics . تؤدي هذه الأدوية إلى إراحة المريض ، وتساعد على التخلص من القلق ، ولها تأثير مرن . تحسن القدرة على النوم ولكن دون غياب الوعي (كما يحدث من جراء تناول النومات) حتى ولو كانت الجرعات عالية . وليس لها تأثير مضاد للكآبة أو مضاد للذهان وعلى أي حال فهذه الأدوية تؤدي إلى تغير في الشخصية .

الاستطباب : جميع الحالات التي تترافق مع عدم الراحة ، بما فيها الأوهام السوداوية الخفيفة ، اضطرابات النوم ، والأرق الناجم عن التخريش وعن الألم أو عن أحدهما . وكذلك في المتلازمة النفسية الإنبائية المترافقة بفرط تعرق وغيرها من اضطرابات الوظائف الإنبائية والشرى المفتعل والإكزيمة التآبية .

المستحضرات التجارية : وتتضمن أقدم المهدئات المعروفة وهي الميروباميتات Meproamate (Miltown) ، Equamil , Equagesic (٠,٤ - ١ ملغ/يوم) ، ومشتقات البزوديازيبين العديدة . وإليك الأدوية التي يجدر بنا أن نذكرها في هذا المقام : Chlordiazepoxide (Librium ٣٠ ملغ/يوم) ، Diazepam (Valium) ، في المرضى الخارجيين ٥ ملغ ٢ - ٣ مرات يومياً ، أما في مرضى المشافي فيمكن استعمال ٣٠ - ٦٠ ملغ/يوم كحد أقصى . ويكون البدء بجرعة منخفضة عند المسنين) ، Oxazepam (Adumbran , Serax , Praxiten ١٠ - ٢٠ ملغ وكحد أقصى ٣٠ ملغ/يوم) ، benzodiazepine (Tranxillium ١٥ - ٣٠ ملغ/يوم) ، Lorazepam (Tavor , Ativan ٣ ملغ/يوم) . ويتحلى البرومازيبان Bromazepan (Lexotanil ٣ - ٦ ملغ مساءً) ، والأويبرامول Opipramol (Insidon ٥٠ ملغ ١ - ٣ مرات يومياً) بأن لهما تأثيراً مضاداً للكآبة إلى جانب تأثيرهما المهدئ . أما مشتقات Nitrazepam (Mogadon) و Flurazepam

(Dalmadorm) فتستعمل كمخدر فقط .

التأثيرات الجانبية : وقد يكون أهمها التركيب وبالتالي نقص القدرة على قيادة السيارات في أماكن الازدحام ، الدوار ، الارتخاء العضلي ، نقص الكرع (الرغبة الجنسية) ، وأحياناً طفوح أرجية (بما فيها التهاب الأوعية الأرجي أو الفرورية المزمنة المتفرقة) . ومن الممكن حدوث اعتياد (إدمان) على الدواء .

التأثير الدوائي : إن المشاركة مع الأدوية المخدمة المركزية والكحول - أحدهما أو كلاهما - يؤدي إلى زيادة التأثير المتبادل بشكل لا يمكن التنبؤ به .

مضادات الذهان Neuroleptics : تقلل هذه الأدوية من المعاناة النفسية ، والعنف ، والحالات العاطفية والعنوانية . حيث يصبح المرضى الثائرون هادئين . إن مضادات العصاب لها تأثيرات مختلفة عن المهدئات ولذلك فهي تتطلب وجود استطباب أقوى ومراقبة مستمرة .

المستحضرات التجارية : مشتقات الفينوتيازين مثل : الكلوبيرومازين (Megaphen , Thorazine) ، ليفومه برومازين (Neurocil) ، تري فلوبيرومازين (Psyquil) ، ستلازين (Stellazine) ، والسيوريدازين (Mellaril , Melleril) ، ومشتقات الثيوكراتين thioxanthene مثل Chlorprothixen (Truxal , Taractan) وغير ذلك من المستحضرات مثل الهالوبيريدول Haloperidol (Haldol) . هذا وإن بعض مضادات الذهان فعالة أيضاً كمضادات إقواء ، ولها فائدة التحضير للتبنيح أيضاً .

مضادات الكآبة Antidepressants : وتعطى بشكل رئيسي في الكآبة الداخلية المنشأ ، ولكن يمكن أن تكون ذات فائدة كمعالجة مساعدة في الكآبة التفاعلية والعصبية . ويجب أن نفكر بوصف هذه الأدوية إذا وجد اثنان على الأقل من الأعراض التالية :

- مزاج سوداوي داخلي المنشأ (غير مفسر) أو تفاعلي (له سبب واضح) .
- نقص في التفاعل مع المحيط ، عدم القدرة على التركيز ، القلق أو عدم الراحة والهياج .
- اضطرابات حيوية مثل الشعور بالضغط والتوتر في مناطق معينة من الجسم .
- الاختلاف اليومي في الأعراض التي ذكرت ، وغالباً ما يطرأ تحسن في المساء .
- النوم المضطرب كالاستيقاظ الباكر مع فقد القدرة على العودة للنوم بعدها .

الجدول ٦٨ - ٣ : المتلازمات النفسية الشائعة الحدوث في طب الجلد وعدد من المستحضرات الصيدلانية النفسية المستطبة

المتلازمة النفسية	أمثلة عن الأعراض الجلدية	التأثير المطلوب	الزمرة الدوائية	أمثلة عن المستحضرات التجارية
المتلازمة الاكتئابية - المزاج السوداوي - نقص الدافع - هياج واضطرابات النوم	- التشوهات بعد الأمراض الجلدية المزمنة ، الصدف ، الأمراض الجهازية ، الحبيبات ، الألم اللساني بعد سن اليأس	أكثر تهدئة	مضادات الكآبة : زمرة Amitriptyline	Elavil, Limbitrol, Laroxyl, Saroten
		أكثر تحريضاً	زمرة Imipramine	Tofranil, Anafranil, Aponal
		أكثر إثارة	زمرة Desipramine	Pamelor, Pertofran, Nوتريل
متلازمة المُرَاق ، الرهاب مع كآبة ، العصاب ، الانهيار	رهاب الإفرنجي ، رهاب الحيوانات ، الحكمة دون سبب	مهدئ ومضاد للقلق	مهدئات ، مضادات كآبة ذات تأثير مهدئ	Valium, Librium, Ativan, Tavor, Tranxilium, Insidon, Limbatril
المتلازمة الزورانية أفكار توهمية دون سبب	توهم مرض جلدي ، هوس تنف الأشعار ، رهاب الإفرنجي أو السرطان	مضاد ذهان ومهدئ خفيف	مضادات الذهان	Haldol, triperidol, Pimozide
		مهدئ قوي		Taxilan, Neurocil
اضطرابات النوم عضوية ، نفسية المنشأ ، بسبب محرشات مختلفة مثل الحكمة ، مع ذهان	حكة ، آلام	تدبير صعوبة النوم	Hemineurin (وأحياناً الكافيين)	Distraneurin. (coffeine 0.05 – 0.1)
		تدبير النوم المتقطع	كلورال هيدرات ، بارا ألدهيد ، مضادات الذهان	Chloraldurat, Haldol, Doriden
		تدبير صعوبة النوم مع نوم متقطع	مهدئات	Valium, Mogadon, Mogadan, Dalmadorn

أَمْطَلَةٌ عَنِ الْمُسْتَحْضَرَاتِ التَّجَارِيَةِ	الزَّمْرَةُ الدَّوَالِيَّةُ	التَّأْثِيرُ الْمَطْلُوبُ	أَمْطَلَةٌ عَنِ الْأَعْرَاضِ الْجِلْدِيَّةِ	الْمُتَلَازِمَةُ النَّفْسِيَّةُ
Librium, Insidon, Limbatril Librium Dociton Librax, Bellergal	مهدئات حاصرات B مهدئات ، مهدئات ، مركبات الأرغوت القلوية	مُفَرِّجٌ (مُثَبِّتٌ) عَمُومًا حَالٌ لِلوَدِيِّ حَالٌ لِنَظَرِ الوَدِيِّ	فَرْطُ التَّعَرُّقِ ، الشَّرَى الْمُفْتَعَلُ ، الْإِكْرِيْمَةُ التَّأْتِيَّةُ	الْمُتَلَازِمَةُ النَّفْسِيَّةُ الْإِنْبَاتِيَّةُ اضْطِرَابٌ فِي الْجِهَازِ الْعَصْبِيِّ الْمُسْتَقَلُّ ، خَاصَّةً فِي الْجِهَازِ الْقَلْبِيِّ ، الدَّوْرَانِيِّ ، وَالْمَضْمِيِّ ، وَالْجِهَازِ الْبَوْلِيِّ وَالنَّاسَلِيِّ وَالْجِلْدِيِّ
Melloril, Melleril, Librium	المهدئات	إِنْقَاصُ الرِّغْبَةِ وَالْقُدْرَةِ الْجِنْسِيَّةِ ، حَالٌ وَدِي وَنَظَرِ وَدِي	الْقَدْفُ الْمُبَكِّرُ	الاضْطِرَابَاتُ الْجِنْسِيَّةُ
Androcur	مضادات الأندروجين ، أستات السيروترون	إِنْقَاصُ الرِّغْبَةِ وَالْقُدْرَةِ الْجِنْسِيَّةِ ، تَحْدِيدُ الْخُصُوبَةِ	فَرْطُ الرِّغْبَةِ الْجِنْسِيَّةِ	
Proviron, Tonol	الأندروجينات ، وَالْيُوهِيمِينِ Yohimbine	زِيَادَةُ الرِّغْبَةِ وَالْقُدْرَةِ الْجِنْسِيَّةِ	العنانة	
Elavil, Triavil, Laroxyl, Saroten	مضادات الكآبة	مضادات الكآبة	الأدواء السرطانية ، الأدوية الفقاعية الشديدة ، أدواء الكلولاجين	الحالات النهائية الاكتئاب ، القلق ، الذعر ، الهباج
Tavor, Ativan, Tranxilium	المهدئات	حَالٌ لِلْقَلْقِ		
Mellaril, Melleril, Taractan, Neurocil	مضادات الذهان	مركن قوي		

وفي مثل هذه الحالات تدعو الحاجة إلى الاستعانة بالطبيب النفسي .

المستحضرات التجارية : تنتمي أكثر المستحضرات أهمية إلى ما يسمى مضادات الكآبة ثلاثية الحلقة . إن التأثير الذي يحسن المزاج يكون واضحاً عند استعمال الإميرامين Imipramine (Tofranil) في المرضى الخارجيين بمقدار ٢٥ - ١٠٠ ملغ/يوم بدئياً ويمكن زيادتها (٢٠٠ ملغ/يوم ثم تخفيضها تدريجياً (٥٠ - ١٥٠ ملغ/يوم) ، Elomipramine ،

(Anafril ٢٠ - ١٥٠ ملغ/يوم) . ومن المستحضرات التي تحل بإثارة أكبر هي : Desimipramine (Pertofrane) ، Norpramine (، و Nortryptiline) Pamelor ، Nortrilen (، و Protryptiline) Vivactil ، Maximed) . أما الأدوية التالية فهي مضادات كآبة وخفضة للتأثير النفسي الحركي : Amitryptiline (Elavil) ، Limbitrol ، Triavil ، Laroxyl ، Saroten ، Tryptizol (، و Doxepin) Adapin ، Aponal ، Sinequan ، Sinquan) .

الفصل التاسع والستون

المعالجة الفيزيائية

Physical Treatment

د . عبد الحكيم عبد المعطي

تتوفر اليوم خبرة كبيرة في معالجة الآفات الجلدية بالبرودة ، والحرارة ، والكهرباء ، والضوء ، وفائت الصوت ، والإشعاع المؤين Ionizing radiation . ومع ذلك فقد يكون من الضروري اتباع دورات تدريبية خاصة لاكتساب خبرات عملية في استخدام الطرائق العلاجية السابقة بالشكل الملائم من أجل الحصول على نتائج علاجية جيدة .

البرودة Cold :

الرفادات الباردة Cold Compresses :

نادراً ما تُستخدم الرفادات الكحولية ٢٠٪ - ٣٠٪ (إيثانول Ethanol) . ويعد تطبيق اللبائخ (الكمادات) Poultices المبللة بماء الحنفية البارد على الريلة و/أو الساعد ثلاث مرات كل ١٠ دقائق ملائماً جداً لتخفيض الحرارة .

كيس الثلج Ice Pack :

يُستخدم هذا الكيس في حالات الرضوح ، والتورمات التالية للجراحة ، والوذمات الالتهابية (لسعات النحل أو الزنبور) ، وفي المعالجة المبكرة للحروق . كما يمكن بواسطة كيس الثلج الإقلال من فقدان الأشعار الناتج عن المعالجة الكيميائية المتعددة (خاصة الأدريناميسين Adriamycin) ، وذلك إذا ما طُبّق على الفروة أثناء نصف الساعة الأولى من التسريب الدوائي (Soukop ١٩٧٨) . هذا ويجب توخي الحذر التام عند تطبيق أكياس الثلج على الناحية التناسلية خاصة بالقرب من الخصيتين .

ثلج ثاني أكسيد الكربون (٥) Carbon Dioxide Snow :

قلّ اللجوء إلى تجميد الآفات الجلدية بثاني أكسيد الكربون الصلب في الآونة الأخيرة . تتوقف درجة التفاعل الالتهابي الناجم عن عملية التجميد على شدة ومدة الضغط المطبق على الآفة الجلدية . فإذا طُبّق الثلج الكربوني مدة ٦ - ١٠ ثوان ، نتجت لويحة متجمدة يضاء يطلوها احمرار التهابي وتورم ؛ وإذا طُبّق مدة ١٥ - ٢٠ ثانية ، تشكلت النفطة Blister ؛ وإذا

(٥) يدعى أيضاً : الثلج الكربوني ، ثاني أكسيد الكربون الصلب أو الجليدي ، الثلج الجاف (المترجم) .

طُبّق مدة ٤٠ - ٦٠ ثانية ، فقد يحدث النخر مع زوال الصباغ .

ثلج ثاني أكسيد الكربون المزوج مع الأسيتون Carbon Dioxide - Acetone Snow :

يُمزج ثلج ثاني أكسيد الكربون مع الأسيتون ، وتُدلك به الآفة الجلدية لفترة قصيرة بواسطة ماسحة قطنية Cotton swab . يقل تأثير البرودة في هذه الطريقة عن الطريقة السابقة (استعمال ثلج ثاني أكسيد الكربون وحده) .

الاستطابات : الذأب الحمامي القريصي ، والعقيدات الالتهابية في العد أو العد الوردي .

الآزوت السائل Liquid Nitrogen :

يمكن تطبيق الآزوت السائل مباشرة على الآفة الجلدية . تُغمس ماسحة قطنية Cotton swab في قارورة ديوار Dewar flask مملوءة بالآزوت السائل ، وتُطبق على الآفة الجلدية مع ضغطها ضغطاً خفيفاً . يتراوح زمن التطبيق بين ٣ - ٥٠ ثانية ، ويتوقف ذلك على درجة التفاعل المرغوب به ، كما يتوقف على الناحية الجلدية المصابة (ظهر اليد ، أو باطن الإصبع ، أو الراحة ، أو الأخص) ، ويتوقف على عمر المريض أيضاً . تظهر النفطة Blister بعد يوم إلى يومين من تطبيق الآزوت السائل رافعة الآفة نحو الأعلى . يحدث هذا النخر القري Cryonecrosis بدرجة حرارة تقدر بحوالي ٢٥ - درجة مئوية .

تسمح أجهزة الآزوت السائل الحديثة ببرد الآزوت فوق الآفة الجلدية ، ومع ذلك فإن الطريقة المفضلة في الوقت الحاضر لعلاج الآفات الجلدية بالآزوت السائل هي تبريد سطح الجلد بشكل غير مباشر عن طريق جهاز مغلق . في هذا الجهاز ينساب الآزوت السائل من حاوية خاصة عبر أنبوب إلى مطبق معدني Applicator ، ويبقى الإناء مملوءاً عادة بالآزوت السائل مدة ٨ - ٣٦ ساعة وذلك تبعاً لحجم الإناء . هذا ويتوفر المطبق المعدني بأشكال مختلفة ؛ فهناك القرص ، والأسطوانة ، والكرة ، والقلم ، ولكل شكل استعماله . تتوفر هذه الأجهزة تجارياً ، ومثال ذلك الجهازان Cry-Ac و Cry-owen ؛ إنتاج شركة Alconphama ، والجهاز C-76 ؛ إنتاج شركة Frigitrionics . هذا وللمعالجة الأورام الكبيرة الحجم مثل سرطانات الحليّة القاعدية ، فإنه يجب تجميد كامل الكتلة الورمية مع مسافة جلدية إضافية تُقدر بنحو (٥ ملم) على الأقل تُعتبر كهامش أمان . كما يتم غرز عنصر حراري صغري Microthermoelement كإبرة في الكتلة الورمية وفي الجلد السليم حول الورم للتأكد من أن درجة التبريد الكلية قد وصلت إلى ٤٠ - درجة مئوية حتّى . وليس من

الضروري أن يُقيم المريض في المستشفى لإجراء عملية تجميد الورم بالآزوت السائل ، إذ يمكن إجراء هذه العملية في جلسة واحدة على أي مريض خارجي (تشمل هذه الجلسة تجميد الورم ، ثم إعادة تجميده ثانية بعد انحسار التجميد الأولي) ، وقد يتطلب الأمر إجراء التبنيج الموضعي أحياناً . إذا أثبتت جميع قواعد العلاج بالآزوت السائل على الوجه الصحيح (من حيث الاستطباب ، والأسلوب التقني) ، فإن نتائج الجراحة القرية في علاج سرطانات الخلية القاعدية تكون جيدة ، وتماثل نتائج الطرق العلاجية الأخرى (كالجراحة ، والأشعة السينية) ، ويحدث النكس لدى حوالي ٣٪ - ٥٪ من المرضى .

المجدول ٦٩ - ١ : المُبرّدات (المواد المبردة) المستعملة في المعالجة بالبرودة / الجراحة القرية

المادة	درجة الغليان (درجة مئوية)
كلوريد الأثيل Ethyl chloride	+ ١٢,٢
فريون ١١٤ Freon 114	+ ٣,٨
فريون ١٢ Freon 12	- ٢٩,٨
فريون ٢٢ Freon 22	- ٤١
ثاني أكسيد الكربون (درجة حرارة التصليد) ^(*)	- ٧٨,٥
أكسيد الأزوتيك (النتريك) Nitric oxide	- ٨٩,٥
الآزوت السائل	- ١٩٥,٦

المجدول ٦٩ - ٢ : الحالات الجلدية^(**) التي يمكن علاجها بالآزوت السائل (مأخوذ عن زاكاريان Zacarian ١٩٨٥)

المجلدات

التهاب الجريبات الشعرية التصليبي للققا
التهاب الجلد والفصروف العقيدي المزمن لحثار الأذن
التقرانات المثية
التقرانات المسامية (أشكال مختلفة)
الثآليل الأخفصة
الثآليل الشائعة

(*) درجة حرارة تحول المادة من الحالة الصلبة إلى الحالة الغازية مباشرة (Sublimation temperature) (المترجم) .

(**) رُتبت هذه الحالات في الطبعة الإنكليزية وفق ترتيب الأحرف الأبجدية الإنكليزية ، وقد رأينا أنه من الأفضل أيضاً ترتيب هذه الحالات وفق ترتيب الأحرف الأبجدية العربية . (المترجم) .

الثآليل المُزَيقة Mosaic warts

الثآليل المسطحة الشبانية

الحبيبوم المقيح

داء هجرة اليرقات (اليرقات المهاجرة)

الذأب الحمامي القرصي

الزوائد الجلدية الحيطية الشكل

الشوكومات القرنية

الظهارومات الشعرية

العذ

الكيسات الظهرية Dorsal cysts

اللقوم المؤنف

الليفومات الجلدية

المليساء المعدية

ندبات العد الضخامية

الوجحات الحطية

الوجحات العنكبوتية

الوعاؤومات الدموية (الكهفية الجلدية)

الوعاؤومات للصفية

المجلدات المحتملة التمرطن والسرطانات الجلدية

التقرانات الزرنيخية

التقرانات السفجية (الشمسية)

داء بوفن

سرطانات الخلية القاعدية

الثآملة الخبيثة

القرن الجلدي الناشئ عن التقران السفجي

الحرارة Heat :

تُستعمل الحرارة موضعياً من أجل إعادة نمو (تنشيط) Regrowth التفاعلات النسيجية الانتهاية الموضعية ، أو من أجل تليينها وتجميعها . تؤدي الحرارة المطبقة على ناحية ملتبة (التوصيل الحراري Heat conduction) إلى التأثيرات التالية : إحداث تبنيغ فاعل Active hyperemia والمساعدة على الامتصاص ، وزيادة الإمداد بالأكسجين عن طريق زيادة التروية الدموية ، وتخفيف الألم غالباً .

الرفادات الحارة Hot Compresses :

يمكن بواسطة هذه الرفادات تطبيق الحرارة على مساحة جلدية واسعة ، كأن تُطبق على أحد الأطراف مثلاً لتسخين الطرف الآخر بالفعل الانعكاسي المديد Long reflex action .

الاستطبابات : الآلام العصبية ، والدمل ، وداء الشعرويات العميق .

البلائخ Cataplasms :

وهي أسهل استخداماً من أكياس اليرافين Paraffin . تُستخدم عادة الأكياس المملوءة ببزر الكتان الحار ، أو البطاطا المهروسة الحارة ، أو الرمل الحار . ومن الوسائل الأخرى أيضاً حاملات السخونة Thermophores كمثل المستخدمة من قبل الصيادين ، والوسائد الكهربائية Electric Pads .

الاستطبابات : الدمايل ، والآلام العصبية ، والفُصال (داء المفاصل) Arthrosis ، والتهاب المفصل المزمن .

الحرارة المشعة (الإشعاعية) Radiant Heat :

تُطبق هذه الحرارة باستخدام إشعاعات حرارية (تحت حمراء) تُصدرها مصابيح كهربائية .

الاستطبابات : الدمايل ، والجمرة ، والجروح الرديئة الالتئام ، والآلام العصبية ، وداء الشعرويات العميق .

إنفاذ الحرارة والإشعاع قصير الموجات Diathermy and Short Wave Radiation :

تُعد التيارات المتناوبة العالية التواتر ملائمة لإنفاذ الحرارة بشكل مباشر للأنسجة العميقة . كما تُستخدم مصادر الموجات القصيرة (مصادر أنبوية تُعطي موجات قصيرة تتراوح أطوالها بين ٣ - ١٥ متر) من أجل المعالجة بالحرارة النافذة لأنها تعطي تأثيرات حرارية منتظمة وشديدة العمق . هذا وتُحدّد الجرعة وفق حالة المريض بحيث تولد عنده الشعور بالدفء اللطيف دون الألم الشديد .

الاستطبابات : الألم العصبي عقب الحلاّ ، والدمايل ، والجمرة ، والتهاب الإبط من غُط التهاب الغدد العرقية المقيح ، والشرث ، والحمامى الجلدية (بازان Bazin) .

مضادات الاستطباب : وجود الناعمة القلبية Cardiac Pacemaker . كما يجب عدم تطبيق هذا النوع من الحرارة على مناطق مبنجة (خشية حدوث النخر) .

سنفرة الجلد Dermabrasion

[Kromayer ١٩٠٥ و Schreus ١٩٥٠] :

التعريف والتقنية : هي إحداث تآكل في الطبقات السطحية للجلد بواسطة أدوات ساحجة (كاشطة) عالية السرعة ، لتشذيب الندبات وإزالة الوعاؤومات الليفية ، والتقرانات الملية ، والتقرانات السفجية (الشمسية) ، والوحامات ، ووشوم الحوادث Accidental tattoos ، والوشوم المتعمدة Purposeful tattoos .

أدخل Kromayer طريقة التفريز الآلي Mechanical

milling في طب الجلد لتشذيب التبدلات الجلدية المعيبة ، ولقد أستخدمت في الأصل المثاقب السنية Dental drills ، لكن سرعة دورانها البطيئة كانت غير ملائمة ، كما أنها كانت تتطلب تقسية الجلد بواسطة التجميد أثناء القيام بعملية السنفرة ، وهذا يعدّ بحد ذاته إجراءً مُعيقاً . ثم أدخل Schreus الآلات ذات سرعات الدوران العالية ، وهي المستخدمة في الوقت الحاضر (فهي تدور أكثر من ٣٠٠٠٠ دورة في كل دقيقة) . هذا وقد صُممت الأجهزة الحديثة بأدوات تحكم قديمة .

للجلاخة (الكاشطة) Grinder رؤوس كالفرشاة مصنوعة من المعدن ، أو الماس ، أو الياقوت ، أو الأسلاك المعدنية ، أو الألياف الصناعية ، ولها أحجام وأشكال مختلفة ، ويتوقف انتقاء الجلاخة الملائمة على مكان توضع الآفة الجلدية المراد سنفرتها ، وغط الآفة الجلدية ، كما يتوقف على الخبرة الشخصية للجراح في هذا المجال . غالباً ما تُجرى السنفرة العالية السرعة لجلد الوجه على وجه الخصوص بعد إجراء التبنيج العام ، تجنباً لأي أذى قد يحدث أثناء عملية السنفرة في حال قيام المريض بحركة غير مرغوب بها . ويكفي إجراء التبنيج الموضعي حين سنفرة الوشوم المتوضعة على الأطراف ، أو حين سنفرة مساحات محدودة على الوجه . يُشدّ جلد المنطقة المراد سنفرتها بإحكام ، ثم تُكشط طبقة تلو طبقه حتى الحدود البشرية الأدمية ، علماً بأنه يحدث تندب دائم إذا تجاوز الكشط هذه الحدود .

يجب أن تكون المنطقة المراد سنفرتها خالية تماماً من الأَشعار ، وبعيدة عن رقادات العمل الجراحي ، كما يجب عدم استخدام الماسحات القطنية Cotton swabs أثناء السنفرة لأنه يمكن للفرشاة الدوّارة أن تلتقطها وتحملها معها ، فتسبب الأذى للمريض . يُستَرح الجرح السطحي الواسع النازف الناتج عن عملية السنفرة بالتّول (٥) Tulle gras المحتوي على الصادات لامتصاص المفرزات الناتجة عن الجرح ، ويُبدل الضماد لأول مرة بعد ٢ - ٤ أيام .

الاستطبابات :

ندبات العد وندبات الحوادث : غالباً ما يتطلب الأمر إجراء جلستين أو أكثر من السنفرة الجلدية للحصول على النتائج المثلى .

(٥) ضاد للجروح ، يُستخدم بشكل رئيسي في فرنسا ، ويتألف من شبكة مقطعة لمربعات مُشربة باليرافين اللين (٩٨ جزء) ، وبلسم البيرو (جزء واحد) ، وزيت الزيتون (جزء واحد) (قاموس Stedman) (المترجم) .

الشمس . يُسبب بعض المرضى استعداداً لتشكيل ندبات جدرية ، وفي هذه الحالة يُنصح بإجراء سنفرة تجريبية قبل البدء بالسنفرة الأساسية . هذا وينبغي على الطبيب عدم المبالغة بالتفاؤل عند شرحه النتائج المتوقعة لعملية السنفرة أمام المرضى وذلك لأن العديد منهم يأملون بالحصول على نتائج ممتازة جداً .

الكهرباء Electricity :

يُعتبر الصعق الكهربائي **Electrocution** أحد الأسباب الرئيسية الهامة للإصابات المهنية القاتلة عند الذكور الشباب . وأكثر الأشخاص تعرضاً للخطر هم : عمال البناء ، وعمال الكهرباء الذين يعملون في شركات المرافق العامة ، والعاملون في حقول النفط ، والأشخاص الذين يعملون داخل المنازل . يحدث الصعق الكهربائي عادة بسبب التماس المباشر مع مصادر الطاقة الكهربائية ، أو مع أسلاك الطاقة الكهربائية ، أو بسبب تماس وسائل النقل مع أسلاك الطاقة الكهربائية . وعلى الرغم من ذلك فإن للتيارات الكهربائية تطبيقات متنوعة في علاج الآفات الجلدية .

فالتيار المستمر **Direct current** له تطبيقات في الكهترلة (التحلل الكهربائي) **Electrolysis** ، وفي الرحلان الكهربائي (الشاردي) **Iontophoresis** ، وفي الحفر المتوهج **Incandescent Etching** (الحفر الفلاني) **(Galvanoetching)** .

الكهترلة (التحلل الكهربائي) **Electrolysis** : يُغرز المهبط **Cathode** ، الذي يكون على شكل إبرة رفيعة ، في الجلد المراد علاجه ، بينما يمسك المريض المصعد **Anode** بإحدى يديه . ومن الممكن وضع المصعد على مساحة جلدية كبيرة في مكان آخر من جسم المريض . يُستخدم في عملية الكهترلة التيار الكهربائي المستمر الذي تزداد شدته تدريجياً من ٥,٥ ميلي أمبير حتى ٢ ميلي أمبير ، وتختلف مدة التطبيق من ثوان قليلة حتى ١ - ٢ دقيقة ، ويتوقف ذلك على النظام الأساسي للجهاز المستخدم ، وعلى غط الآفة الجلدية المراد علاجها . وفي الوقت الذي لا يحدث فيه أي تأثير عند المصعد المطبق على مساحة جلدية واسعة بسبب انخفاض شدة التيار ، فإنه يحدث عند نقطة المهبط تفكك كيميائي للسوائل الكهرلية النسيجية الداخلية المنشأ ، ويتراقد ذلك بابيضاض النسيج وتشكل فقاعات الهيدروجين . تجف الآفة الجلدية المُعالجة (التؤلؤل مثلاً) بشكل تام بعد ٨ - ١٢ يوماً من العلاج وتسقط .

الاستطبابات : تُستخدم الكهترلة للحصول على تنف دائم **Permanent epilation** في حالة فرط الأشعار ، ولتخريب الشعيرات المتوسعة والوحمات العنكبوتية ، وإزالة الشايل والليفومات الصغيرة .

حروق البارود والوشوم الوسخة **Powder Burns and Dirt Tattoos** : يجب سنفرة حروق البارود (الناجمة عن الألعاب النارية أو الإصابات الصناعية) ، والوشوم الوسخة في غضون يومين إلى عشرين يوماً من الحادث .

هناك طريقة أخرى يُنصح بها أيضاً في علاج حروق البارود والوشوم الوسخة ، حيث تُفرك الآفة الجلدية بمادة الأكسي سيانات **oxycyanate** بتركيز ١,٠٪ أو بالمحلول الملحي وذلك باستخدام فرشاة عادية (فرشاة يدوية من النايلون ، أو فرشاة الأسنان) عوضاً عن استخدام الخلاخة العالية السرعة . هذا ويجب إجراء هذه المعالجة في غضون ٤٨ ساعة الأولى من الحادث .

الوحمات **Nevi** : تُستخدم السنفرة الجلدية لإزالة وحمات الخلايا الوحمة الصغيرة الحجم ، أو لكشط الوحمات الولادية العملاقة عند الرضع ، ويتطلب الأمر عدة جلسات غالباً .

فيمة الأنف **Rhinophyma** : يُزال النسيج الضام أولاً مع فرط النسيج الغدي الزهمي بواسطة مشرط أو شفرة حلاقة نبوذة **Disposable** ، ثم تُسوى الآفة المتبقية بشكل لاحق بكاشطة عالية السرعة .

الوعاؤومات الليفية في داء برينغل **Fibroangiomas in Pringle's disease** : غالباً ما تكون إعادة السنفرة ضرورية بعد ٢ - ٣ سنوات بسبب إمكانية حدوث النكس .

متفرقات : يمكن علاج التقرانات المثية ، والمليساء المعدية ، والوحمة التؤلولية ، والوشوم الوسخة ، وكثير من الأدوية الجلدية الأخرى بواسطة السنفرة ، ويتوقف ذلك على وجهة نظر الجراح ومدى خبرته وتضلعه في إجراء عملية السنفرة .

يجب أن يقتصر تشذيب الندبات (الناتجة عن العد أو الحوادث) بواسطة السنفرة على منطقة الوجه فقط ، وبخاصة المنطقة المحصورة منها بين الفروة والأذن الخارجية وزاوية الفك وذلك بسبب إمكانية تشكل ندبات جدرية عقب الجراحة في باقي المناطق الجلدية الأخرى ، لذلك يجب عدم إجراء السنفرة العالية السرعة على العنق أو الجذع . هذا وينبغي على الطبيب قبل البدء بأية سنفرة جلدية أن يُقدم توضيحات دقيقة لمريضه عن الإمكانيات العلاجية المتاحة ، والنتائج المتوقعة من عملية السنفرة ، والتأثيرات الجانبية التي قد تحدث ، ومضادات الاستطباب المطلقة . غالباً ما يحدث نقص تصبغ دائم في المناطق الجلدية المُسنفرة ، وقد تُصبح المنطقة الجلدية المتاخمة للجلد غير المكشوط مفرطة التصبغ . يجب على المريض بعد المعالجة الكاشطة أن يُطبق واقيات الضياء (دوائر الشمس) على المناطق الجلدية المعرضة للضياء مع تجنب التعرض لأشعة

الرحلان الكهربائي Cata - Ionto, or Electrophoresis : يُستخدم مسريان كهربائيان على شكل صفيحتين لنقل الأدوية الذوابة بالماء إلى الجلد اعتماداً على هجرة الشوارد ، ويتوقف تقاطب المسرين Polarity على الطبيعة الكيميائية للأدوية المراد استعمالها .

عند استخدام الرحلان الكهربائي (الاستشراد) Iontophoresis لمعالجة تعرق (فرط تعرق) اليد والقدم Hyperhidrosis manuum et pedum (Levit ١٩٦٨) ، فإنه يتم توصيل تيار مستمر (١٥ - ٢٠ ميلي أمبير) بين اليد واليد ، أو بين القدم والقدم بواسطة حمامات مائية (ماء الحنفية) ، ويمكن أن نستخدم في هذه الطريقة حوضين منفصلين أو متصلين . تدوم كل جلسة ٢٠ - ٣٠ دقيقة ، وتحدث اللاعرقية Anhidrosis بعد ٥ - ١٠ جلسات ، مع فعالية أفضل عند المصعد . إن آلية الاستشراد في هذه الحالة غير معروفة ، ولا يحدث أي انسداد في القنوات المفرغة للغدد العرقية الناعمة . ولأخذ العلم فإن هذا الجهاز متوفر تجارياً .

تدوم اللاعرقية أياماً إلى أسابيع ، ولم تتوافق هذه الطريقة بتأثيرات جانبية عدا حدوث تحريش جلدي خفيف وعابر .

الحفر الغلفاني Galvanoetching : (الحفر المتوهج Incandescent Etching ، الكي الكهربائي Electrocauterization ، الكي الحراري Cautery) : يجب عدم الخلط بين الحفر الغلفاني والجراحة الكهربائية Electrosurgery ، فهما مختلفان . ففي الحفر الغلفاني ، يتم تسخين أسلاك معدنية رفيعة ، أو أسلاك حلقيّة ، أو رؤوس إبر ، أو شفرات ضيقة حتى درجة الاحمرار بواسطة تيار مستمر (المقاومة الأومية للمعدن) ، ثم تُحرق بها الآفة الجلدية المراد علاجها . وهكذا فإن التخریب النسيجي في هذه الطريقة يحدث عن طريق انتقال الحرارة من جسم حار إلى جسم بارد . وعند تفحم النسيج المحروق يتصاعد دخان كثيف له رائحة اللحم المحروق . يكون الإرقاء Hemostasis في هذه الطريقة جيد جداً ، ويحدث الشفاء بعد انفصال جلبة الجرح في غضون ٢ - ٤ أسابيع .

الاستطبابات : التقرانات المائية ، والتقرانات السفعية ، والتآليل الشائعة ، والوعاؤومات الصغيرة .

الجراحة الكهربائية Electrosurgery :

يُستخدم في الجراحة الكهربائية تيار متناوب عالي التواتر يُعتبر كتيار مُنْفَذ للحرارة Diathermy current . يزول النسيج أو يتخرب عندما تتحول الطاقة الكهربائية إلى حرارة بسبب مقاومة النسيج . وكما يَبْينُ آنفاً فإنه يجب عدم الخلط بين

الجراحة الكهربائية (إنفاذ الحرارة الجراحي Surgical diathermy) والحفر الغلفاني (الكي الكهربائي) . ففي الجراحة الكهربائية تكون الطاقة المتجمعة عند المسرى المركز Concentrating electrode كبيرة جداً بحيث يمكن بواسطتها صقع النسيج fulguration ، أو تجفيفه Desiccation ، أو تخثيره Coagulation ، أو قطعه . هذا وتتوقف درجة التخریب النسيجي على تواتر التيار وشدته ، فالذبذبة المتضائلة damped oscillation بشكل ملحوظ (خفيض المدى Low amplitude) تؤدي إلى تخريب النسيج بشدة ، وإلى إرقاء جيد ، ولكنها لا تؤدي إلى إحداث القطع ، بينما تؤدي الذبذبة اللامتضائلة Undamped oscillation (عالي المدى High amplitude) إلى إحداث القطع بشكل جيد جداً ، ولكنها قلما تُخرب النسيج ، ونادراً ما تُحدث الإرقاء .

التخثير الكهربائي Electrocoagulation : يُؤخذ مسرى خامل على شكل صفيحة معدنية ذات مساحة كبيرة ، ويُنْبَت إلى ذراع المريض أو مساقه ، ويُستخدم في عملية التخثير الكهربائي مسرى فعال كروي الشكل أو مدبب أو يضيوي . وليس من الضروري اللجوء إلى عملية التسخين في منطقة المسرى الفعّال (وهو ما يدعى الكي البارد Cold cauterization) لأن التأثيرات الحرارية المحدودة الناشئة عن مقاومة التيار تؤدي إلى غليان النسيج (إبيضاض ، تخثير كهربائي) ، وبإطالة مدة التأثير يحدث التفحم Carbonization . كما تؤدي عملية تخثير النسيج إلى حدوث الإرقاء بشكل فوري . يُستخدم التخثير الكهربائي مع التجريف Curettage لإزالة الآفات الجلدية الكبيرة الحجم (التقرانات المائية ، وسرطانات الخلية القاعدية) ، فعلى سبيل المثال يُطبق التخثير الكهربائي مرتين أو ثلاث مرات ويُكشط النسيج المتخثر بين التطبيقات باستخدام كاشطة (مجرفة) حادة . ولقد حلّ هذا الإجراء محل الحفر الغلفاني Galvanoetching بشكل واسع .

الاستطبابات : جميع أشكال التآليل ، والليفومات ، والحببوم المقيح ، والوحدات الصغيرة ، واللويحات الصفراء ، والوعاؤومات الشيوخية ، والتقرانات السفعية ، وسرطانات الخلية القاعدية الصغيرة ، والشعيرات المتوسعة ، والوحدات العنكبوتية ، والتنف الدائم Permanent epilation .

البضع الكهربائي Electrotomy : يمكن بزيادة كثافة التيار الكهربائي واستخدام مسرى كهربائي فعال له شكل السكين أو العروة Loop قطع النسيج بشكل سريع دون تسخين الأنسجة المحيطة أو تخريبها . ومن المتعذر حدوث الإرقاء في هذه الطريقة إذا كانت مساحة القطع كبيرة ؛ ومع ذلك يُعتبر البضع

- (في الولايات المتحدة الأمريكية) ، أو مجلس رقابة التقنية Technical Control Board (في ألمانيا) .
- تأكد من تأريض الجهاز Grounding .
 - تخلص من الكبلات Cables الخارجية القصفة ، ومن التوصيلات المعبية .
 - تجنب الانفجارات باستعمال مُبْنِجات لا انفجارية .
 - تجنب الحروق بإزالة كل المطهرات القابلة للاشتعال من على جلد المريض أو من الماسحات Swabs (الكحول) .
 - تجنب الحروق التي قد تنجم عن الأنسجة القابلة للاشتعال (الموسلين Muslin ، والماسحات Swabs ، والأغطية القماشية ، وثياب المريض) .
 - يجب معالجة المرضى الذين لديهم نواظم قلبية Cardiac pacemakers فقط تحت شروط محددة ، نظراً لإمكانية تعرضهم للخطر ؛ لأن فعالية المسرى الكهربائي قد تؤدي إلى توقف الناطمة القلبية .

الإشعاع البصري Optical Radiation

(الإشعاع اللامؤين Nonionizing Radiation) :

يكون الإشعاع البصري - وهو إشعاع كهرومغناطيسي Electromagnetic radiation ذا طيف محدد بدقة - غير مرئي Invisible . فالرؤية Visibility هي تزامن ظواهر فيزيائية - فيزيولوجية محددة بدقة تجعل الإنسان « يرى to see » . هذا وتكون عين الإنسان غير مؤهلة « للرؤية » في المجالين فوق البنفسجي وتحت الأحمر ، ولذا فإن بعضهم لا يُسمي هذين المجالين ضوءاً . وباستخدام الكلمة اليونانية phos (phot) التي تعني الضوء ، فإن الطيف المرئي لعين الإنسان يُدعى بالطيف الضوئي Photic spectrum ، بينما يُدعى الطيفان المتاخمان لهذا الطيف (فوق البنفسجي UV ، وتحت الحمراء IR) بالطيف جنية الضوء Paraphotic spectra . هذا وكثيراً ما تعد المناطق المتاخمة لأطوال موجات الأشعة فوق البنفسجية الأقصر أو تحت الحمراء الأطول ضوءاً . ومن الخطأ أن تعد ضوءاً . فالضوء في حقيقة الأمر هو كامل منطقة الإشعاع البصري . أما من وجهة النظر الفيزيائية فإن الضوء هو طاقة إشعاعية كهرومغناطيسية . ويُقسم الإشعاع البصري الكهرومغناطيسي إلى عدة مناطق بأطوال موجات متباينة .

المصادر الطبيعية للإشعاع اللامؤين :

يختلف الإشعاع الذي تُزود به الشمس سطح الأرض باختلاف عدة عوامل منها : ساعة النهار ، والفصل من السنة ، والمنطقة الجغرافية ، ومقدار الارتفاع فوق سطح البحر ، وكمية الغيوم الساترة ، ومقدار الإشعاع المتشتت بشكل غير

لكهربائي مُلائماً جداً لإجراء القطع عبر الأوعية الدموية . تتنازل هذه الطريقة بالإرقاء الفوري للوعاء المقطوع ، ويمكن بالتالي تجنب انتشار الجراثيم أو الشدف الورمية عبر الأوعية الدموية أو نلغمية .

الاستطبابات : إزالة الأورام الجلدية الحبيشة ، والقطع عبر الأوعية الدموية أثناء العمل الجراحي ، إزالة الحبيشوم المقيح ، وشق الجمرة Carbuncle .

التجفيف الكهربائي Electrodesiccation : (الصعق الكهربائي Electrofulguration ؛ fulgar كلمة لاتينية وتعني الصاعقة) : يُستخدم التيار العالي التواتر في التخثير الكهربائي Electrocoagulation والبضع الكهربائي Electrotomy بطريقة ثنائية القطب (Bipolar) . أما عملية التجفيف الكهربائي فهي إجراء وحيد القطب (Monopolar) ، وفيه يُستخدم مسرى واحد فقط ، أما المسرى الثاني (وشيعة أودين Oudin coil) فيكون مرتبطاً بالوشيعة الرئيسية (وشيعة آرسونفال d'Arsonval coil) . يتميز التيار المستخدم في التجفيف الكهربائي بفولطية عالية نسبياً (٢٠٠٠ - ٥٠٠٠ فولط) ، وشدة منخفضة (١٠٠ - ١٥٠٠ ميلي أمبير) ، وتواتر عال (٠,٥ - ١ ميغاهرتز MHz) . وعند تقريب إبرة أو كرة التجفيف إلى مسافة صغيرة جداً من الآفة الجلدية ، يتدفق تيار كهربائي ضعيف عبر هذه الآفة مُحدثاً تخثيراً سطحياً جداً . وبما أن هذه الطريقة تؤدي إلى حدوث تجفاف سريع Dehydration فإنه يُشار إليهما باسم التجفيف Desiccation . ففي عملية الصعق الكهربائي Electrofulguration تُقرب إبرة أو كرة الصعق إلى مسافة صغيرة جداً من الجلد ، بينما في عملية التجفيف الكهربائي Electrodesiccation يمس المسرى النسيج المراد علاجه . تؤدي عملية التجفيف الكهربائي إلى حدوث ابيضاض سريع في النسيج المعالج ، وتسقط الجلبة السطحية الجافة بعد ١ - ٣ أسابيع دون أن تخلّف وراءها ندبة . لا يتطلب هذا الإجراء معالجة لاحقة بالمطهرات . وقد يحدث في بعض الأحيان زوال دائم للصبغ بسبب تخريب الخلايا الملانية .

الاستطبابات : التقترانات السفعية ، والتقترانات المثية ، والتقترانات المثية من غمط الشامات الشخوخية ، والثآليل المسطحة الشبابية ، واللويحات الصفراء .

الجدول ٦٩ - ٣ : احتياطات الأمان في الكي الحراري والجراحة الكهربائية

- تقيد بتعليمات الشركة المنتجة حول استخدام الجهاز .
- تقيد باحتياطات الأمان التي تنص عليها - على سبيل المثال - مختبرات مؤسسات الضمان Underwriters' Laboratories

المصادر الإشعاعية ذات التفريغ الغازي *Gas Discharge Radiation Sources* : يتألف طيف البث *Emission spectrum* لهذه المصادر من خطوط فردية (الطيف الخطي *Line spectrum*) .

المصابيح الفلورية (المتألقة) *Fluorescent Bulbs* : تُستعمل في هذه المصابيح غازات متنوعة (غالباً بخار الزئبق *Mercury vapor*) ، ويُطلى سطحها الداخلي بمواد مختلفة . وبما أنه يمكن تعديل طيف بث هذه المصابيح ضمن مجالات محددة ، يصبح من الممكن استخدامها كمصادر للـ *UVA* أو كمصادر للـ *UVB* . بيد أن العديد من هذه الأنابيب الفلورية يُنتج أيضاً كميات قليلة من الـ *UVC* الذي يُسبب التهاب القرنية والملتحمة الكهرضوئي *Keratoconjunctivitis* و *photoelectrica* ، ويُتلف الحيوانات الأولية *Protozoa* .

مصباح بخار الزئبق *Mercury Vapor Lamps* : تُعد من المصادر الهامة للإشعاع فوق البنفسجي *UVR* .

مصباح بخار الزئبق المنخفض الضغط *Low Pressure Mercury Vapor Lamps* : نادراً ما تُستخدم هذه المصابيح في علاج الآفات الجلدية ، ولكنها تُستخدم كمصابيح للتقيم بسبب وجود نطاق قوي *Strong band* عند الـ ٢٥٣,٧ نانومتر (تُعرف عادة ٢٥٤ نانومتر) .

مصباح بخار الزئبق العالي الضغط *High Pressure Mercury Vapor Lamps* : تُستخدم هذه المصابيح كثيراً كمصادر للإشعاع فوق البنفسجي *UV* ، فالكثير من المصابيح فوق البنفسجية تحتوي على مثل هذه المصادر ، التي يُمتص فيها الـ *UVC* بمقدار كبير . كما أن المصدر الإشعاعي في مصباح *Kromayer* المُبرد بالماء (الذي استخدم في السابق للتشعيع بالتماس) هو أيضاً مصباح بخار الزئبق العالي الضغط . هذا وتُصنع مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط من المرو (الكوارتز) وليس من الزجاج ، لأن الزجاج يتحطم بالحرارة المرتفعة ، كما أنه يمتص أطوال الموجات الأقصر من ٣٠٠ نانومتر .

مصباح بخار الزئبق الأعظمي الضغط *Maximum Pressure Mercury Vapor Lamps* : تُستخدم هذه المصابيح في الأجهزة التشخيصية (موحّدات اللون *Monochromators*) .

مصباح بخار الزئبق العالي الضغط المضاف إليها هاليدات المعادن *Metal halides* : وبإضافة هاليدات المعادن (كالحديد مثلاً) إلى مصباح بخار الزئبق العالي الضغط ، فإنه يمكن إنتاج خطوط إشعاعية جديدة محددة (في المجال *UVA* مثلاً) . توجد هذه

مباشر (سواء من الماء ، أو الرمل ، أو الثلج) . هذا ويُستخدم الإشعاع فوق البنفسجي في طب الجلد لأغراض علاجية .

الاستشماس (المعالجة الشمسية) *Heliotherapy* (من الكلمة اليونانية *Helios* وتعني الشمس) : أي المعالجة بأشعة الشمس ، ولكن كثيراً ما يكون الإشعاع فوق البنفسجي ب (*UVB*) المسبب للحمامي الجلدية عاملاً يحد من إمكانية التعرض الزائد لأشعة الشمس .

الاستبحار والاستشماس (المعالجة البحرية الشمسية) *Heliothalassotherapy* (من الكلمة اليونانية *thalassos* ومعناها البحر) : فالعلاج هنا يكون بأشعة الشمس ومناخ البحر ، حيث تُستخدم ضبوبات الماء المالح *Aerosols* مع الـ *UVA* ، والـ *UVB* ، والإشعاع الشمسي .

المجدول ٦٩ - ٤ : الطيف الكهرومغناطيسي *Electromagnetic spectrum*

المنطقة <i>Region</i>	أطوال الموجات (نانومتر)
الإشعاع فوق البنفسجي <i>UVR</i>	١٠٠ - ٤٠٠
فوق البنفسجية C (<i>UVC</i>)	١٠٠ - ٢٨٠
فوق البنفسجية B (<i>UVB</i>)	٢٨٠ - ٣٢٠ (٣)
فوق البنفسجية A (<i>UVA</i>)	٣٢٠ - ٤٠٠ (٤)
الإشعاع المرئي	٣٨٠ - ٧٨٠
الإشعاع تحت الأحمر <i>IRR</i>	٧٨٠ - ١٠ (٥)

(أ) - يتراوح مجال الإشعاع البصري بين ١٠٠ نانومتر وميلي متر واحد (*DIN ٥٠٣١*) .

(ب) - ٣١٥ نانومتر في تعاريف أخرى (*DIN ٥٠٣١*) .

(ج) - ٣٨٠ نانومتر في تعاريف أخرى (*DIN ٥٠٣١*) .

(د) - يُقسم إلى تحت حمراء قريبة ، وتحت حمراء متوسطة ، وتحت حمراء بعيدة .

الاستحمام والاستشماس (المعالجة بالاستحمام الشمسي) *Heliobalneotherapy* : أي المعالجة بالماء المالح وأشعة الشمس ، أو بالماء المالح والـ *UVA* والـ *UVB* من مصادر صناعية .

الاستطبائيات : العد ، والتهاب الجلد التأتبي ، والإكزيمة بمختلف أشكالها ، والصُداف ، ونظير الصُداف .

المصادر الصناعية للإشعاع اللامؤين :

يتوافر العديد من المصادر الصناعية للإشعاع اللامؤين ، وتتصف هذه المصادر بطيوف بث متنوعة جداً .

الجدول ٦٩ - ٥ : أبعاد واختصارات وحدات القياس الشائعة

• التردد Frequency	Hz	هرتز Hertz
• الزمن Time	s	ثانية Second
• الطول Length	m	متر Meter
	mm	ملي متر (١٠ ^{-٣} متر)
	μm	ميكرو متر (١٠ ^{-٦} متر)
	nm	نانومتر (١٠ ^{-٩} متر)
	A°	أنفستروم (١٠ ^{-١٠} متر)
• التيار الكهربائي	A	أمبير Ampere
• القدرة Power	w	واط Watt
المرادفات : تدفق الإشعاع ، تيار الطاقة ، الطاقة الإشعاعية لكل وحدة زمن .		
• الطاقة Energy	J	جول Joule (واط . ثانية)
المرادفات : مقدار الإشعاع ، كمية الإشعاع .		
	erg	١٠ ^{-٧} جول
	eV	إلكترون فولط (١,٦ × ١٠ ^{-١٩} جول)
• شدة الإشعاع Radiation intensity	W/m ²	واط لكل متر مربع
المرادفات : كثافة تدفق الطاقة ، قدرة الإشعاع لكل وحدة مساحة .	mW/cm ²	ملي واط لكل سنتيمتر مربع
• تدفق الطاقة الإشعاعية Radiation energy flux	J/s.m ²	جول لكل ثانية ولكل متر مربع
المرادفات : الجرعة ، الطاقة الإشعاعية لكل وحدة مساحة .	J/m ²	جول لكل متر مربع
	mJ/cm ²	ملي جول لكل سنتيمتر مربع
	Ws/m ²	واط . ثانية لكل متر مربع
	mWs/cm ²	ملي واط . ثانية لكل سنتيمتر مربع

٣٦٥ نانومتر فقط ، بينما تمتص جميع أطوال الـ UV الأخرى . هذا ويُستخدم مصباح وود لتشخيص كل من : الودح ، والأخماج بالبويغاء *Microsporum* (السعفة الناجمة عن البويغاء الأودوينية *Microsporum audouinii*) ، وزوال الصباغ الناجم عن التصلب المعجر (الحديدي) أو البهق .

مصاييح التفريغ ذات الغازات النادرة (الحاملة) *Rare Gas Discharge Lamps* : تُملأ هذه المصاييح بالأرغون Argon ، أو الكريبتون Krypton ، أو الكزينون Xenon ، وتُصدر طيفاً إشعاعياً مستمراً *Continuous spectrum* تقريباً . هذا ويُماثل الإشعاع الصادر عن مصباح الكزينون طيف أشعة الشمس إلى حد كبير . تُستخدم مصاييح الكزينون كمصادر للطاقة في موحّدات اللون *Monochromators* ، أو تُستخدم في الأجهزة الاختبارية المخصصة لفحص الحساسية الضيائية (مشاييه شمسية *Solar simulators*) .

المصاييح في العديد من أجهزة التشعيع الحديثة . الأنابيب المضيئة *Luminous Tubes* : تحتوي هذه الأنابيب على بخار الزئبق المنخفض الضغط ، ويُطلّ سطوحها الداخلي بمساحيق فلورية لإصدار المجال المرغوب به سواء الـ UVA أو الـ UVB . كما تُصدر هذه الأنابيب الـ UVC (المتولد في قوس الزئبق *Mercury arc*) ، ولكنه لا يستطيع اجتياز الأنبوب الزجاجي ، لأن الزجاج لا يُنفذ أطوال الموجات الأقصر من ٣٠٠ نانومتر .

مصباح وود *Wood's Lamp* : يُعد مصدراً للـ UVA (يُستخدم عادة مصباح بخار الزئبق العالي الضغط) ، ويتوضع فيه المضم (الحارق) القياسي *Standard burner* ضمن مصباح خارجي مصنوع من زجاج أكسيد النيكل *Nickel oxide* . وقد ابتكر Robert W. Wood مرشحة أكسيد النيكل التي تسمح بمرور أطوال الموجات التي هي بحدود

الليزرات Lasers :

مربع (١ جول = ١ واط . ثانية) .

تطبيقات الليزر في طب الجلد : يتميز ليزر الأرجون Argon laser بأنه يمتص بشدة من قبل الملانين والهيموغلوبين ، لذلك يعتبر ملائماً لتخثير الآفات المصبغة والوعائية . إلا أن عمق التخثير في هذا النوع من الليزر لا يتجاوز الـ ١ ملم ، وبالتالي تقتصر تطبيقاته في طب الجلد على الآفات السطحية فقط مثل : الصباغات الخمرية^(٥) (الحمراء) Portwine stains ، والشعيرات المتوسعة ، والليفومات الوعائية ، والبحيرات الوريدية ، والوشوم ، والوحامات البشرية ، واللويحات الصفراء على الأجفان ، وغيرها ...

يؤثر ليزر الصباغ Dye laser ، الذي تبلغ طول موجته ٥٧٧ نانومتر ، بطريقة نوعية أكثر على الأوعية الدموية ، لأنه يمتص بشدة من قبل الهيموغلوبين ، بينما يمتص قليلاً من قبل الملانين ، لذلك فهو يُفيد في علاج الآفات الوعائية مثل الصباغات الخمرية (الحمراء) .

يمكن بواسطة ليزر الـ Nd: YAG (نيود يميوم : إيتريوم - أليوم - غارنيت) التخثير حتى عمق ٥ - ٦ ملم ، وبالتالي يُعد ملائماً لعلاج الصباغات الخمرية المترافقة بسطح عقدي ، والوعاؤومات الدموية ، وضخامة الشفاه ؛ وكذلك لتخثير الأورام الجلدية السطحية مثل : سرطانات الخلايا القاعدية ، وداء بوفن ، والحطاط البوفناني Bowenoid papulosis .

يُستخدم ليزر ثاني أكسيد الكربون CO₂ laser بشكل رئيسي في عمليات قطع الأنسجة (المضع الضوئي) وتبخيرها . ويعمل هذا الليزر عن بُعد (دون أن يمس الآفة) ؛ كما أنه يتصف بقلة إحداثه للنزف والحمج ، وإحداثه لتورمات خفيفة فقط عقب العمل الجراحي ، ويعود السبب في ذلك إلى انسداد الأوعية الدموية واللمفية أثناء عملية القطع أو التبخير . هذا ويُستخدم ليزر CO₂ في تبخير الحليمومات الحموية مثل : اللقموم المؤنف ، والثآليل الشائعة ، والحطاط البوفناني وغيرها ؛ كما أنه يُفيد بشكل خاص في علاج الوشوم .

قد يحتوي البخار الناجم عن النسيج المخرب بليزر CO₂ على مواد خابجة كالجزيئات الحموية ، مما قد يشكل خطراً على الطبيب ، لذلك يجب استخدام مضخات التصريف والمراشح والأقنعة أثناء القيام بعملية التبخير بليزر CO₂ .

نبذة تاريخية : وصف أينشتاين Einstein في عام ١٩١٧ تأثير البث المنشط Stimulated emission الذي هو في الواقع مبدأ عمل الليزر . ثم أُضيفت مبادئ فيزيائية ونظرية أخرى من قبل Schawlow و Towns ومن قبل Prokhorov و Basow في عام ١٩٥٠ . وإن العالم ميان هو أول من طور ليزر شغال عام ١٩٦٠ .

المبدأ الفيزيائي : إن عبارة ليزر laser هي اختصار للكلمات التالية : Light amplification by stimulated emission of radiation ، أي تضخيم الضوء بالبث المنشط للإشعاع ، ويؤدي إمرار كم^(٥) ضوئي عبر ما يُدعى بالوسط الفعال لليزر Active medium of laser إلى بث كم ضوئي إضافي له نفس طول الموجه (بث منشط أو مُحَرَّض) . هذا ويكون الوسط الفعال لليزر صلباً (بلور الياقوت Ruby crystal) ، أو سائلاً (محلول صباغ الرودامين Rhodamine 6G dye solution) ، أو غازياً (الأرجون Argon ، أو الكربتون Krypton ، أو ثاني أكسيد الكربون) .

يُصدر الليزر ضوءاً وحيد اللون إلى حد كبير Monochromatic (وهو ما يعرف بالتناسك المنتظم Uniform coherence) ، فنجد مثلاً أن عرض الحزمة الضوئية لليزر الهليوم - نيون He-Ne لا يتجاوز الـ ٠,٠٠٢ نانومتر . هذا وتحرك الكمّات الضوئية الصادرة عن الليزر بشكل متواز تقريباً ، كما أنها تهتز بطريقة متماثلة (أي ما يعرف بالتناسك الفضائي « الحيزي » Spatial Coherence) . يؤدي تركيز ضوء الليزر بواسطة عدسات خاصة إلى إنتاج قدرات أكبر ، إذ يمكن تبخير الغرانيت Granite مثلاً بواسطة الضوء المركز لليزر CO₂ الذي تبلغ قدرته ٥٠ واط .

هذا وتُستخدم الليزرات في الطب في عمليات التخثير ، وكذلك في عمليات قطع الأنسجة و/أو تبخيرها .

شروط التشعيع : تتوقف هذه الشروط على قدرة الليزر (P) في منطقة العلاج ، وعلى قطر حزمة الليزر (مساحة التصادم impact area « A ») ، وعلى زمن التشعيع (t) . وتُعطى كثافة القدرة Power density أو الشدة (I) intensity بالعلاقة التالية : $I = \frac{P}{A}$ ، ويُقدر بالواط لكل سنتيمتر مربع ؛

كما تُعطى كثافة الطاقة Energy density أو الجرعة الإشعاعية (D) بالعلاقة التالية : $D = I \cdot t$ ، ويُقدر بالجول لكل سنتيمتر

(٥) تُدعى هذه الوحمة أيضاً بالوحمة الشعلية Nevus Flammeus (المترجم) .

(٥) جمعها كمّات : وهي أصغر مقدار من الطاقة يمكن أن يوجد مستقلاً (المترجم) .

الجدول ٦٩ - ٦ : الليزر المستخدمة في الطب

نمط الليزر	طول الموجة (نانومتر)
ليزر ثاني أكسيد الكربون	١٠٦٠٠
ليزر الـ Nd: YAG	١٠٦٠
Neodymium: (yttrium - aluminum - garnet)	٦٩٤
ليزر الياقوت Ruby laser	٤٨٨ - ٥١٤
ليزر الأرغون (Ar)	٦٣٣
ليزر الهليوم - نيون (He-Ne)	٦٤٧
ليزر الكريبتون Krypton	٥٧٧
ليزر الصباغ Dye laser	

إجراءات التشخيص الضوئي Photodiagnostic Procedures :

التحسس الضوئي **Photosensitivity** : المجالات التي تسبب التحسس الضوئي هي : الـ UVC ، والـ UVB ، والـ UVA ، وكذلك الضوء المرئي . يُعبّر عن معطيات التحسس الضوئي بجرعة الحماسي الأصفرية **Minimal Erythema (MED)** Dose التي تُقدّر بالجول لكل سنتيمتر مربع [فهناك : MED - UVC ؛ MED - UVB ؛ و MED - UVA] ، ويمكن قياس هذه الجرعة بواسطة الـ Lichttreppe [MED - UVA light ، steps Wucherpfennig ١٩٣١] . يُنصح عادة باستخدام المصادر الإشعاعية المتعددة الألوان التي تُجهز بمراشح خاصة لحجب الإشعاعات القصيرة و/أو الطويلة غير المرغوب بها [كاستخدام مصدر من الكريبتون Xenon في مشباه شمسي solar simulator] .

تُعد الأنابيب الفلورية مصادر ملائمة للـ UVA أو للـ UVB ، كما أن المصابيح الإشعاعية التي أُضيفت إليها هاليدات المعادن كمراسح تُعد مصادر ملائمة للـ UVA .

أنابيب فلورية تُصدر الـ UVB : (مجموعة مختارة) :

— (Westinghouse Fluorescent Sunlamps) FS20 :
T12 : تتوافر هذه المصابيح بقدرة ٢٠ واط ، ويرمز T12 إلى قطر الأنبوب الزجاجي (٨/١٢ إنش) .

— (Philips UVB lamp) TL20 W/12 : يتوافر هذا المصباح بقدرة ٢٠ واط ، وكذلك بقدرة ٤٠ واط ، ويرمز الرقم ١٢ إلى نمط المادة الفلورية .

— (Philips UVB lamp) TL100 W/01 : ومن المفترض

أن يُقلل هذا المصباح من خطر حدوث السرطان (يُعطي حزمة ضيقة عند ٣١٢ نانومتر) .

أنابيب فلورية تُصدر الـ UVA : (مجموعة مختارة) :

— (Sylvania fluorescent lamp Black Light) F...T12 BL : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرة وطيف مختلفة .

— (Sylvania fluorescent lamp Black Light Blue) F...T12 BLB : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرة مختلفة .

— (Philips UVA lamp) TL/09 : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرة مختلفة (الحد الأقصى = ٣٥٥ نانومتر) .

— (Philips UVA lamp) TL/10 : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرة مختلفة (الحد الأقصى = ٣٧٠ نانومتر) ؛ كما أنه يُصدر الـ UVB بكميات قليلة جداً .

— (Philips Black Light Blue) TL/08 : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرة مختلفة .

تحريض الآفات الجلدية من أجل تشخيص الجلادات الضوئية : لتشخيص العديد من الجلادات الضوئية Photodermatoses ، فإنه يحدّد تحريض التفاعلات الجلدية الضيائية المشتبه بها داخل المختبر . هذا ويمكن في الوقت نفسه تحديد الطيف الفعّال (٥) Action spectrums لهذه الجلادات الضوئية بصورة تقريبية .

الشرى الشمسي **Solar Urticaria** : تظهر آفة شروية حادة بعد التشعيع مباشرة ، وتستمر عدة ساعات . والمجالات المسببة للشرى الشمسي هي : الـ UVC ، أو الـ UVB ، أو الـ UVA ، أو الضوء المرئي .

البروتوبورفيرية المكونة للحمى **Erythropoietic Protoporphyria** : تظهر حكة وحامى وانتبارات بعد فترة تتراوح بين عدة دقائق وساعات من التشعيع . والمجالات المسؤولة عن هذا الجلاد هي الـ UVA والضوء المرئي غالباً .

الطفح الضوئي المتعدد الأشكال **Ploymorphous Light Eruption** : تظهر آفات حطاطية ، أو حطاطية حويصلية ، أو شروية ، أو لويحية الشكل في غضون ٢٤ ساعة من تشعيع مناطق جلدية انتقائية ذات مساحات ملائمة (٥ X ١٠ سم) بجرعات عالية من الـ UVA (٥٠ - ١٠٠ جول/سم^٢) . هذا ويمكن إعادة التشعيع بالـ UVA مرة أو مرتين بفواصل ٢٤

(٥) يُقصد بتعبير الطيف الفعّال أطوال الموجات المسؤولة عن حادثة حيوية ضيائية معينة (المترجم) .

ساعة إذا تطلب الأمر ذلك . علماً بأنه قد يرتكس بعض المرضى أيضاً الـ UVB أو لكل من الـ UVA والـ UVB .

الحصاف القومي الشكل *Hydroa Vacciniforme* : تظهر نطفات نزفية بعد التشعيع بجبرعات عالية من الـ UVA (٣٠ جول/سم² أو أكثر) مرة ، أو مرتين ، أو ثلاث (بفواصل ٢٤ ساعة) .

التفاعل الضوئي المستديم *Persistent Light Reaction* : تظهر آفات حاككة شبيهة بالإكزيمة في أي مكان من الجسم في غضون ٢٤ ساعة من التشعيع بجبرعات صغيرة من الـ UVB ، أو الـ UVA ، أو كليهما (كلاهما دون الجرعة الطبيعية للحمامى) ، أو الضوء المرئي .

تفاعلات الأرجية الضوئية والسمية الضوئية *Photoallergic and Phototoxic Reactions* : لتشخيص الأرجية الضوئية والسمية الضوئية فإنه يُجرى اختبار الرقعة الضوئية *Photopatch test* ، ويُستخدم في هذا الاختبار الإشعاع فوق البنفسجي أ (UVA) بجرعة ٥ جول/سم² ، وأحياناً ١٠ - ١٥ جول/سم² . تُوضع المواد المستخدمة في الاختبار على سطح الجلد مدة ٢٤ ساعة ، ولا تُعطى داخل الأدمة (اختبار الوخز *Prick test* ، أو اختبار التخديش *Scratch test*) ، ولا تُعطى زرقاً أو بطريق الفم إلا في حالات خاصة فقط . تُقرأ النتائج بعد التشعيع مباشرة ، وكذلك بعد ٢٤ - ٧٢ ساعة ، وقد لا تظهر التفاعلات الإيجابية عند بعض المرضى إلا بعد ٢ - ٣ أسابيع من التشعيع . هذا وتُفيد البقع غير المشعة كشواهد .

المعالجة الضوئية *Phototherapy* :

تُجرى هذه المعالجة على كامل الجسم أو على أجزاء منه .

تشعيع جزء من الجسم : يُجرى هذا النوع من التشعيع بواسطة مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط (مع أو دون هاليدات المعادن) ، أو بواسطة الأنابيب المضيئة *Luminous tubes* (البخار الفلوري) .

تشعيع كامل الجسم : تتوفر حجرات بأشكال مختلفة . فمنها ما يأخذ شكل الأريكة *Couch* أو السدة *Canopy* ، ومنها ما يكون قابلاً للطي ، وبعضها يأخذ أشكالاً هندسية (إهليلجية الشكل ، أو مسدسة الشكل ، أو مثنى الشكل ، أو مربعة الشكل ، إلخ ...) . تُزود هذه الحجرات بأنابيب فلورية أو بمصادر إشعاعية أُضيفت إليها هاليدات المعادن . وبحسب غط المصباح الموجود في هذه الحجرات ، فإنها إما أن تُصدر بشكل رئيسي الـ UVB (التفاعل العاجل الشبيه بحرق الشمس) ، أو الـ UVA ، أو أن تُصدر طيفاً مختلطاً يحتوي على قدر منخفض

من الـ UVC ، وغالب من الـ UVB ، وعالٍ نسبياً من الـ UVA ؛ ويلاحظ هذا الطيف المشترك مبدأ المعالجة الضوئية الانتقائية بالأشعة فوق البنفسجية *Selective UV (SUP) phototherapy* . هذا وتُستخدم الأجهزة التي لا تُعطي سوى الـ UVA مع مقادير صغيرة من الضوء المرئي في حالتي التشعيع : (تشعيع جزء من الجسم ، أو تشعيع كامل الجسم) .

الاستطابات : الصُدف ، ونظير الصُدف ، والإكزيمة التأتبية ، والعد ، والبق ، واللمفومات الجلدية الخبيثة ، والحكة (الكبدية ، أو اليوريمية) .

الجرعة والتدابير الوقائية : تُقاس الجرعة الشعاعية للـ UVA أو للـ UVB بالجول لكل سنتيمتر مربع (J/cm²) . غير أن مقاييس الجرعة الشعاعية *Dosimeters* لا تُعطي في معظم الأحيان إلا قياً تقريبية فقط ، كما أنها لا تقيس في المناطق الطيفية المختلفة بالتساوي . ولقد صُممت أجهزة التشعيع الحديثة للـ UVA أو للـ UVB بمقاييس مبنية على *Built-in* . يُنصح قبل البدء بتشعيع كامل الجسم ، أو قبل البدء بتشعيع كثيف لجزء من الجسم تعيين جرعة الحمامى الأصغرية (MED) اتقاءً للتفاعلات الشبيهة بحرق الشمس *Sunburn-like reactions* . كما ينبغي على المريض ارتداء النظارات الكتيمة للإشعاعات فوق البنفسجية وتحت الحمراء . كما يجب أن تأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية التي يمكن أن تنجم عن المواد السامة أو المؤرجة ضوئياً وخاصة عند التشعيع بالـ UVA (الأدوية ، العناصر الخارجية ، المزوّقات ، العطور ، وغيرها ...) .

المعالجة الكيميائية الضوئية *Photochemotherapy* : يُقصد بهذه المعالجة استخدام الإشعاع فوق البنفسجي UV مع دواء مُحسس للضوء لإحداث تفاعل سُمي ضوئي يمكن السيطرة عليه . والدواء المحسس إما أن يُطبق موضعياً ، أو يُعطى جهازياً . يقع الطيف الفعّال *Action spectrum* لمعظم الأدوية المحسسة للضوء في المجال UVA ، لذلك تُستخدم في المعالجة الكيميائية الضوئية الأجهزة التي تُصدر الـ UVA حصراً أو بشكل غالب .

أما الطرق العلاجية لجوكرمان *Goekerman* وإنغرام *Ingram* فهي ليست في الواقع معالجات كيميائية ضوئية ، لأن القطرانات *Tars* والأنترالين *Anthralin* إما أن تكون محسسات ضوئية ضعيفة ، أو غير محسسة للضوء على الإطلاق ، ومع ذلك فإنها كثيراً ما تُذكر في سياق المعالجة الكيميائية الضوئية . تُستعمل في هذه الطرق قطرات متنوعة

(*) أي أنها توضع في داخل جهاز التشعيع (المترجم) .

الجدول ٦٩ - ٧ : معدات من أجل الاختبار الضوئي والمعالجة الضوئية

الصانع والجهاز	نمط المصباح - أنجرة معدنية معالجة - مصابيح عالية الضغط	النمط الرئيسي للابتعاث	الاستخدام
Waldmann 1000	Waldmann ultraviolet F85/100w/ PUVA + F85/100w/ UV6	UVA SUP	حجرة للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Waldmann UV 6002	Waldmann ultraviolet F85/100w/ UV6	SUP	حجرة للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Waldmann PUVA 6002	Waldmann F85/100 – PUVA	UVA	حجرة للمعالجة بالـ PUVA بوضعية الوقوف
Waldmann UV 8001 K	Sylvania FR74 T12 Sylvania ultraviolet F75/w86/UV8	UVA أو SUP	حجرة PUVA بوضعية الوقوف
Waldmann PUVA 200/180	Sylvania F15 T8/F8T5	UVA	للمعالجة بالـ PUVA (صندوق لليدين والقدمين)
Waldmann UV 7001 K	Waldmann F85/100w/PUVA Waldmann F85/100w/UV21	UVA UVB	حجرة للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Waldmann UV 800	Philips TL 20w – 12	UVB	معالجة ضوئية لجزء من الجسم
Waldmann PUVA 800	Philips TLK 40w/09	UVA	للإجراءات التشخيصية (اختبار الرقعة الضوئي)
Saalmann SUP – Cabin	Metal halide high pressure S400	SUP – UVB	للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Saalmann UVA PURE SEI or SE II (مزدوج)	Metal halide high pressure SA 1000	UVA	للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف – المصباح قابل للحركة
Saalmann UVA PUR cabin	Metal halide high pressure SA 400	UVA	للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Saalmann UNIVERSAL cabin	Metal halide high pressure S400 + SA 400	SUP – UVB	للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Saalmann AQUA -- SUP	Metal halide high pressure S400	SUP – UVB	المعالجة الضوئية بالاستحمام* لليدين والقدمين
Saalmann – Multitester SBA – LT 400	Metal halide high pressure	UVA أو UVB	للإجراءات التشخيصية
H.E.Böcker cabin	Philips TL 100w/09N	UVA	للمعالجة بالـ PUVA بوضعية الوقوف
H.E.Böcker cabin	Philips TL/12	UVB	للمعالجة بالـ SUP بوضعية الوقوف
Dr. Hönle dermalight cabin 4000	Metal halide high pressure lamp	UVA	للمعالجة الكيميائية الضوئية وللمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف
Dr. Hönle dermalight cabin 6000	Metal halide high pressure lamp	UVA و UVB	للمعالجة الكيميائية الضوئية وللمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف

(*) Balneophototherapy .

الصانع والجهاز	- غلط المصباح - أنجرة معدنية معالجة - مصابيح عالية الضغط	الغظ الرئيسي للابتعاث	الاستخدام
Dr Hönle dermalight 2005	Metal halide high pressrue lamp	UVA و UVB	جهاز مفتوح متحرك بوضعية الوقوف أو الاستلقاء
Dr. Hönle Sol III	Metal halide high pressure lamp (400w)	UVA أو UVB أو ضوء مرئي	إشعاع مُقلد لأشعة الشمس ، إجراءات تشخيصية
Mutzhas types 3000, 5000	Filtered metal halide high pressure lamp	UVA	للمعالجة الضوئية ، وللإجراءات التشخيصية
Muller Dermolum HI	Xenonlamp (1000w) Type 976 C0010	UVA أو UVB أو ضوء مرئي	إشعاع مُحاكٍ لأشعة الشمس ، وإشعاع وحيد اللون ، وأطوال موجات انتقائية (إجراءات تشخيصية)

ينبغي على المريض ارتداء النظارات الواقية أثناء عملية التشعيع . وإذا ما أعطي المحسسات الضوئية زرقاً أو بطريق الفم فعليه ارتداء النظارات الكتيمة للـ UVA طوال فترة النهار ، ويُصبح عادة بارتداء النظارات التالية : Clarlet pink ، و Clarlet No. 35 pale green (شركة Zeiss) ، لأنها تمتص بشكل أفضل الموجات الطويلة من الإشعاع فوق البنفسجي دون أن تؤثر بشكل ملحوظ على المجال المرئي . كما يعد إجراء Spectra - Shield (Spectra - Shield ، Pasadena ، الولايات المتحدة الأمريكية) فعالاً أيضاً ، حيث تُسَرّ النظارات بطبقة تعكس بشكل كامل جميع الأشعة فوق البنفسجية UV ، والأشعة تحت الحمراء IR ، وتسمح بمرور الطيف المرئي فقط ، ويجب ارتداء هذه النظارات طوال يوم العلاج وحتى لحظة ذهاب المريض إلى الفراش . هذا ويُصبح أيضاً بإجراء استشارة عينية قبل البدء بالعلاج لاعتبارات قضائية . كما يجب توخي الحذر التام عند تشعيع كامل الجسم أو جزء منه بمعدات شعاعية عالية الشدة وخاصة في المعالجة الكيميائية الضوئية . أما الأشخاص المعنيون بالأمر (الأطباء والمساعدون) فعليه أن يكونوا على دراية جيدة بالبيولوجيا الضوئية ، واستطابات العلاج ، ومضادات استطابه ، وتركيب أجهزة التشعيع وطاقاتها ، وأن يُعطوا دوماً الجرعات الصحيحة ، وأن يتأكدوا من خلو الأجهزة من العيوب التقنية . هذا ويجب أن تخضع هذه الأجهزة لمراقبة دقيقة من قبل السلطات القانونية المختصة مثل : مختبرات الضامين في الولايات المتحدة الأمريكية Underwriters' Laboratories ، ومجلس مراقبة التقنية في ألمانيا (TÜV) Technical Control Board .

مثل القطرانان الخشبية (قطران البتولا Pix betulinae) وقطران الفحم الحجري (Pix lithanthracis) .
الاستطابات :

تشعيع كامل الجسم : الصُداف ، والتهاب الجلد التأتبي ، ونظير الصُداف ، والفطار الفطري ، والنخالية الحزازية المزمنة ، والشرى الصباغي ، والمتلازمة مفرطة الحمضات (*) ، والطفح الضوئي المتعدد الأشكال ، والتفاعل الضوئي المستديم ، والشرى الشمسي ، والحزاز المسطح .

تشعيع جزء من الجسم : الصُداف (مساحات محدودة) ، والفطار الفطري (ارتشاحات محدودة) ، والحاصة البقية ، والحبيوم الحلقي ، والذأب الشائع ، والعد ، والعد الوردي (الأشكال الحبيبية) . يُجرى التشعيع الجزئي بعد تطبيق محلول ٨ - Methoxypsoralen - ٨ (الميلادينين Meladinine) على المنطقة الجلدية المراد علاجها (البوفا الموضعية Topical PUVA ، البوفا الخارجية PUVA ex) ، أو بعد إعطاء أحد الأدوية التالية بطريق الفم : ٨ - ميتوكسي بسورالين ، ٥ - ميتوكسي بسورالين (البوفا الفموية oral PUVA) ، أو الخلين Khellin .

الجرعة والتدابير الوقائية : وكما هي الحال في المعالجة الضوئية فإن المعطيات في المعالجة الكيميائية الضوئية تُقدر أيضاً بالملي جول لكل سنتيمتر مربع (mJ/cm²) . أما المعطيات المقدرة بالتواني أو الدقائق أو النبضات Impulses فليس لها مغزى .

Hypereosinophilic Syndrome (*)

المبيغ Hyperemic . يُطبق فائق الصوت بشكل مستمر أو بشكل نابض Pulsed ، وبشدة تتراوح بين ٠,١ - ٠,٥ واط/سم^٢ (أحياناً حتى ١ واط/سم^٢) . أما فيما يتعلق بطب الجلد فلقد أقلع الأطباء عن استخدام هذا النوع من العلاج إلى حد كبير .

**الإشعاع المؤين (المشرد)
: Ionizing Radiation**

تطور علاج الآفات الجلدية بالإشعاع المؤين كفرع خاص من المعالجة بالأشعة السينية ؛ ويجب أن لا يُجرى هذا العلاج إلا من قبل أطباء الجلد المدربين عليه تدريجياً خاصاً ، تجنباً لأية أذيات إشعاعية غير قابلة للإصلاح أو الترميم .

جرعة الحمامى الجلدية (SED) Skin Erythema Dose :
 قبل البدء باستخدام الرُنتْجن Röntgen كوحدة لقياس الأشعة
 السينية وأشعة غاما (Chicago ١٩٣٧) ، كانت جرعة
 الحمامى الجلدية (SED) أساس كل قياس إشعاعي لفترة
 طويلة من الزمن . ولقد عُرِّفَت الـ SED بأنها جرعة الأشعة
 السينية التي تُنتِج حمامى مرئية على الجلد بعد ١٤ يوماً من
 التشعيع . ولكن الـ SED عامل شخصي يتوقف على نوع
 الأشعة السينية وعلى حالة جلد الإنسان المُعالَج ، ولذا فهي غير
 دقيقة ، ولا تستخدم في الوقت الحاضر .

يُرمز للرفتن بـ R أو r :

۱,۲۹۳ ملغ
کولوم
۳,۵۸۱-

الراد Rad : وهو الوحدة القدية لجرعة الطاقة الممتصة ، واختصار للعارة التالية : **Radiation absorbed dose**

الجدول ٦٩ - ٩ : طرق المعالجة الكيميائية الضوئية

• Oxoralen + Meladinine – (1)

. Trisoralen – (ب)

(ج) - تُطبق هذه الطريقة على مساحات جلدية محدودة أو على كامل الجسم (حمام بالبورلين) .

(د) - دیترانول (dithranol) و قطران .

اكتشف Spallanzani فائق الصوت في القرن التاسع عشر ، وتعرف Langevin على أهميته الفيزيولوجية في عام ١٩١٧ ، وقدم Horvath تقريراً عن نتائج المعالجة بفائق الصوت في عام ١٩٤٤ . وقد استخدم فائق الصوت على نحو واسع في الفترة السابقة بسبب فعله المنبه للاستقلاب وتأثيره

(جرعة الإشعاع الممتصة) . وجرعة الطاقة Energy dose هي المفهوم الأكثر أهمية للجرعة في سياق المعالجة الشعاعية ؛ كما أن لجرعة الطاقة لكل وحدة زمن أهمية أيضاً (معدل الجرعة الممتصة Absorbed dose rate) .

الغراي Gray : أطلق على جرعة الطاقة اسم الغراي (Gy) في نظام التعديل الثاني لقانون الوحدات للعام ١٩٧٧ .

لم يعد يُستخدم التعريف التاريخي للجرعة الشاردية ion dose المبني على أساس الـ ESU (وحدة الكهرباء الساكنة) وحجم الهواء ، وإنما ينوه فقط إلى الشحنة الناتجة عن تشعيع كتلة من الهواء : أي الجرعة الشاردية (I) المحدثة بإشعاع مؤين .

واعتباراً من عام ١٩٨٥ أصبحت الوحدات السيوية SI units (وحدات النظام الدولي Systeme International d'Unites) هي التي يمكن استخدامها فقط كوحدة قانونية ، وذلك وفقاً لقانون وحدات المقاييس للعام ١٩٦٩ المبني على أساس مؤتمر المتر Convention of the Meter . والوحدات السيوية الرئيسية هي : المتر Meter ، والكيلو غرام Kilogram ، والثانية Second ، والأمبير Ampere ، والكلفن (وحدة الحرارة الترموديناميكية) Kelvin ، والقنْدَلَة (وحدة شدة الإنارة) Candela ، والمول Mole ، بالإضافة إلى وحدات مشتقة من الوحدات السابقة بعامل القوة (١) . والرنْتغن Röntgen (R) ليس من الوحدات السيوية ، لذلك يجب ألا يُستخدم بعد عام ١٩٨٥ . أما وحدة التعرض السيوية SI Unit of exposure فهي الكولوم لكل كغ C/kg . لكن ما يعيب وحدة التعرض^(٥) هو أنها ترتبط بالتعريف بتأثير مقاس في حيز مملوء بالهواء وليس بفعل الإشعاع في الأنسجة ، ولقد أمكن التغلب على ذلك باستخدام الغراي gray الذي هو جرعة الطاقة (الجرعة الممتصة Absorbed dose) . والجرعة الممتصة هي نسبة الطاقة الإشعاعية المنتقلة من إشعاع مؤين إلى نسيج ما إلى كتلة النسيج :

$$١ \text{ غراي} = ١ \frac{\text{جول}}{\text{كغ}} = \frac{١ \text{ واط} \cdot \text{ثانية}}{\text{كغ}} = \frac{٠,٢٣٩ \text{ ميلي كالوري}}{\text{غرام}}$$

أما الوحدة القانونية لمعدل الجرعة الممتصة Absorbed dose rate فهي الغراي/ثا (Gy/s) . هذا ويمكن أيضاً استخدام الأجزاء العشرية أو المضاعفة للغراي (جرعة الطاقة) ، وأية وحدة قانونية للزمن مثل : ميلي غراي/ساعة (٥) أي الرنتغن والكولوم لكل كغ (المترجم) .

$$\begin{aligned} & (\text{mGy/h}) , \text{ أو غراي/دقيقة } (\text{Gy/min}) . \\ & ١ \frac{\text{ميلي غراي}}{\text{ساعة}} = ١٠^{-٣} \frac{\text{غراي}}{\text{ساعة}} = \frac{١ \text{ ساعة}}{٣٦٠٠ \text{ ثانية}} \times \frac{\text{ميكرو غراي}}{\text{ثانية}} \\ & ٠,٢٧٨ \frac{\text{ميلي غراي}}{\text{ثانية}} = ١ \frac{\text{غراي}}{\text{دقيقة}} = ١٠^{-٣} \frac{\text{غراي}}{\text{ثانية}} = ١٦,٧ \frac{\text{ميلي غراي}}{\text{ثانية}} \end{aligned}$$

وبحكم التجربة فإن العلاقة التقريبية^(٦) بين الغراي والراد هي : ١ راد = ٠,٠١ غراي . هذا وتؤثر نوعية الأشعة السينية ومقدار جرعتها الممتصة على نتيجة العلاج بشكل ملحوظ .

فولطية الأشعة السينية X-Ray Voltage : كلما كانت فولطية الأشعة السينية عالية كانت الأشعة السينية أفسى ، وأطوال موجاتها أقصر ، وكانت طاقتها أكبر ، ونفوذها أعمق ، أي أنه يزداد نفوذ الأشعة السينية كلما كانت أمواجها أقصر . ومن جهة أخرى تمتاز الأشعة السينية اللينة Soft X-rays الناتجة عن استخدام فولطية منخفضة بسهولة امتصاصها في الطبقات العليا من الجلد .

عمق نصف القيمة Half-Value Depth (D 1/2) : يُعرّف عمق نصف القيمة (HVD أو D 1/2) بأنه عمق النسيج الذي تنخفض عنده قيمة الجرعة الشعاعية إلى نصف قيمتها عند السطح (نصف جرعة السطح = الجرعة الجلدية) . ويجب على الطبيب المُعالج عند وضعه خطة علاج الآفات الجلدية السطحية أن يضع في حسابه ضرورة تزويد الآفة بالمقدار الأكبر من الجرعة الشعاعية اللازمة مع وصول أقل ما يمكن من هذه الجرعة إلى الأنسجة التحتانية .

الترشيح Filtering : يمكن تغيير نوعية الأشعة السينية وذلك باستخدام مراشح ملائمة مصنوعة من الألمنيوم عادة .

طبقة نصف القيمة Half-Value Layer : تُعرّف طبقة نصف القيمة (HVL) بأنها ثخانة مادة ترشيح معينة تؤدي إلى إنقاص شدة الأشعة السينية إلى ٥٠٪ من قيمتها الأصلية . ولقد اقترح أن يحلّ التعبير الحديث « ثخانة نصف القيمة Half-value thickness (HVT) » محلّ تعبير طبقة نصف القيمة (HVL) .

تناقص الشدة Decrease in Intensity : وهو يتبع قوانين البصريّات ، حيث تتناقص شدة الأشعة السينية طردياً مع مربع البعد عن منبع الإشعاع . وإذا كانت المنطقة المراد تشعيها

(٥) أي أنها علاقة مبنية على تجارب عملية وليس على قياسات علمية (Rule of thumb) (المترجم) .

مكورة وليست مسطحة ، فإننا نلجأ في هذه الحالة إلى استخدام أنبوب شعاعي أطول للتعويض عن الضياع في شدة الأشعة السينية داخل الكتلة الورمية بسبب شكلها .

بعد الجلد المستهدف *Target Skin Distance* : يلعب بعد الجلد المستهدف (TSD) دوراً هاماً عند معالجة الآفات الجلدية بالأشعة السينية ، فكلما ازداد الـ TSD تناقصت الجرعة على الجلد . وبتغيير عدة عوامل مختلفة (الفولطية ، ومرشحة الأنبوب ، ومرشحة الإشعاع ، وبعد الجلد المستهدف) فإنه يمكن الحصول على معالجة شعاعية مثلى تُحدث التأثير المرغوب به بأقل جرعة ممكنة ، وتهدف إلى وقاية الأنسجة المجاورة قدر الإمكان تجنباً للأذيات المتأخرة .

الإشعاع الفائق اللين *Supersoft radiation* : لا تتجاوز فولطية الأنبوب الـ ٢٠ كيلو فولط .

الإشعاع اللين *Soft radiation* : تتراوح فولطية الأنبوب بين ٢٠ - ٦٠ كيلو فولط .

الإشعاع السطحي *Superficial radiation* : تتراوح فولطية الأنبوب بين ٦٠ - ١٥٠ كيلو فولط .

المعالجة بأشعة غريز *Grenz Ray Therapy* : أشعة غريز هي أشعة سينية فائقة اللين *Supersoft* ، تُنتجها أنابيب خاصة (مزودة بنوافذ من البريليوم *Beryllium*) تتراوح طاقتها بين ١٠ - ٢٠ كيلو فولط أو أقل . وبما أن البريليوم ذو وزن ذري منخفض ، فإنه يسمح بمرور الأشعة السينية اللينة التي يمكن أن تضيع عند استخدام النوافذ الأخرى . ولقد أدخلت أشعة غريز إلى طب الجلد من قبل بكي *Bucky* في عام ١٩٢٨ (إشعاع بكي *Bucky radiation*) . تتميز هذه الأشعة بأنها تنفذ فقط إلى الطبقات الجلدية الأكثر سطحية (البشرة ، والأدمة العلوية) ، ولذا فهي ليست ملائمة من أجل التفت *Epilation* ، لا تحتاج هذه الأشعة إلى الترشيح ، غير أنه يجب تزويد أنبوب الأشعة السينية بنافذة خاصة (نافذة البريليوم *Beryllium window* أو نافذة ليندمان *Lindemann window*) بحيث تسمح بمرور حزمة الأشعة السينية الفائقة اللينة (أي أنها لن تُمتص قبل مغادرتها للأنبوب) . وفي معظم الأحيان يُلاحظ حدوث حمامي وفرط تصبغ بعد المعالجة بأشعة غريز (حتى بعد استخدام الأشعة المنخفضة الشدة) . كما قد تؤدي الجرعات المفردة التي تتجاوز الـ ١٠ غراي (Gy) وكذلك الجرعات الكلية المرتفعة إلى حدوث ضمور تبكلي سطحي في الجلد المُعالج .

الاستطبابات : الإكزيمة المزمنة المحددة ، والحزاز البسيط الزمن .

المعالجة بالتماس *Contact Therapy* : أدخلت هذه المعالجة من قبل شاول *Chaoul* في عام ١٩٣١ وذلك بصنعه الأنبوب المصعدي المجوف (جهاز شاول *Chaoul apparatus* ، *Siemens - Reiniger*) . وفي عام ١٩٣٤ بدأ *Van der Plaats* باستخدام جهاز مماثل (*R.T.50* ، *C.H.F.Müller* ، *Hamburg*) . ومن الممكن في الوقت الحاضر وضع الأنابيب الشعاعية قريبة جداً من سطح الجلد وبحيث لا يتجاوز بعد الجلد المستهدف (TSD) ١,٥ - ٥ سم . كما يمكن أن نستخدم في المعالجة بالتماس أنابيب الأشعة السينية اللينة التي تتراوح فولطيتها بين ٣٠ - ٦٠ كيلو فولط ، ولكن مع استخدام مراشح خاصة تؤدي إلى إنقاص جرعة العمق بشكل ملحوظ ، وبحيث لا يتجاوز عمق نصف القيمة (*D 1/2*) في هذه الحالة ٤ - ١٢ ملم . وعلى أي حال وبسبب بعض القيود المفروضة على تصميم مخروط الأشعة *cone* فإنه بالإمكان فقط تشعيع مساحات جلدية واضحة ، متجانسة ، صغيرة ، دائرية تقريباً ، بينما يؤدي تشعيع مساحات جلدية متجاورة إلى حدوث التراكب *Overlap* .

الاستطبابات : سرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة الشائكة الخلايا ، وداء بوفن ، والفطار الفطري ، والشامة الخبيثة ، وبعد الاستئصال الجراحي للجذرة أو للوعاؤوم الدموي الكهفي تجنباً للنكس .

المعالجة بالأشعة السينية اللينة *Soft X - Ray Therapy* : حلت هذه المعالجة بشكل كبير مكان المعالجة بالأشعة السينية بالتماس وذلك منذ ابتكار أنابيب الأشعة السينية المجهزة بنوافذ البريليوم *Beryllium windows* . يؤدي التشعيع بالأشعة السينية اللينة إلى حدوث تناقص حاد في قيمة الجرعة الشعاعية داخل النسيج المعالج ، وبالتالي فإن الامتصاص الأعظمي للأشعة سوف يحدث في الطبقات العليا من الجلد ، ويُستدل من ذلك أن بعد الجلد المستهدف (TSD) ليس له إلا أهمية ثانوية في سياق المعالجة بالأشعة السينية اللينة . هذا وتُصنع أجهزة الإشعاع اللين من قبل : *Siemens - Reiniger* (جهاز *Dermopan*) ؛ ومن قبل : *C.H.F. Müller* ، *Hamburg* (الجهازان *R.T.100* أو *R.T.50*) ؛ ومن قبل : *Philips* ، *Medical System Inc.* ، *710 Bridgeport Ave* ، *U.S.A* ، *Shelton* ، *P.O.Box 484* ، *CT 06484* . وإذا ما قمنا بتبديل المرشحة وفولطية الأنبوب الشعاعي (بين ١٠ و ١٠٠ كيلو فولط للجهاز *R.T.100* ، وبين ١٠ و ٥٠ كيلو فولط للجهاز *Dermopan*) فإنه يمكننا عند التحكم بالمعالجة الشعاعية المطلوبة : سواء منها المعالجة بأشعة غريز *Grenz* (حتى ١٢ كيلو فولط) ، أم المعالجة بالأشعة السينية اللينة

(كما تُنتج هذه الأجهزة الحزم الفوتونية photon beams من أجل المعالجة العميقة) .

الاستطبابات : الأورام الجلدية الخبيثة خاصة المتوضعة فوق عظم أو غضروف ، واللمفومات الجلدية الخبيثة (تشيع كامل الجسم) .

جهاز الكوري البُعادي Telecurie Apparatus : (ماري وبيير كوري ١٨٩٨) : يتم تركيز الراديوم - ٢٢٦ (^{226}Ra) في رؤوس مناسبة للتشيع (Radium canons ، ويُعد الجهاز ملائماً من أجل المعالجة شبه العميقة Semideep therapy . تعتمد الأجهزة الحديثة على مصادر الكوبلت - ٦٠ (^{60}Co) ، والسيزيوم - ١٣٧ (^{137}Cs) ، فقد أدى استعمال الكوبلت - ٦٠ (^{60}Co) ، الذي يُعطي إشعاعاً وحيد اللون تقريباً وكميات ثابتة من إشعاع عالي النوعية ، إلى تحسن جهاز الكوبلت البُعادي Telecobalt apparatus . والشئ نفسه ينطبق على عنصر السيزيوم - ١٣٧ (^{137}Cs) الذي يُصدر أشعة غاما (جهاز السيزيوم البُعادي Telecesium apparatus) . ويتغير بُعد الجلد المستهدف (TSD) ، فإنه يمكن استخدام جهاز الكوري البُعادي في المعالجة شبه العميقة أو في المعالجة العميقة . كما يتصف هذا الجهاز بميزات تفوق تلك الموجودة في المعالجة بالأشعة السينية ، وخاصة فيما يتعلق بتوزيع الجرعة الشعاعية ضمن الآفات الواقعة تحت الجلد ، حيث يتم هذا التوزيع بشكل أفضل عند استخدام جهاز الكوري البُعادي . تكون الجرعة السطحية أقل مما هي عليه على عمق ميليمترات أو سنتيمترات قليلة (وفقاً للطاقة المستخدمة) ، ويعود السبب في ذلك إلى ما يُسمى بالتأثير المتنامي (المتزايد) Build - up effect .

الاستطبابات : المعالجة شبه العميقة Semideep therapy (الكوبلت البُعادي Telecobalt ، السيزيوم البُعادي Telecesium ، الإلكترونات السريعة) : الأورام الخبيثة كالنقائل في الرأس ، والعنق ، والقضيب ، والأثداء ، والفرج ، والعقد اللمفية المحيطية ؛ والأورام السطحية في الأطراف . **المعالجة العميقة Deep therapy** (الكوبلت البُعادي ، الإلكترونات السريعة ، المُسرّع الخطي) : الأورام العميقة في الصدر والبطن والأطراف ؛ والأورام المنتشرة في الرأس والعنق . هذا ويجب ألا يُجرى هذا العلاج إلا من قبل أطباء مختصين بالمعالجة الشعاعية .

التوريوم X (Thorium X) (٥) : مادة مشعة من سلسلة التوريوم ، تنتج بشكل طبيعي عن تدرك عنصر التوريوم

(بين ٣٠ - ٦٠ كيلو فولط) ، أم المعالجة شبه عميقة Semideep (بين ٦٠ - ١٠٠ كيلو فولط) . تتصف أجهزة الأشعة السينية اللينة بفائدة إضافية تتجلى بإمكانية فرش الحزمة الشعاعية فوق مساحة واسعة لعلاج الفُطار الفطري ، وأحمرات الجلد ، واللمفومات الجلدية الخبيثة (المعالجة بطريقة الحقل الواسع Larg field method treatment أو المعالجة بالأشعة السينية البُعادية Remote tele - X - ray treatment ، Röntgenfernbestrahlung) . يُنتج مما سبق أن لجهاز الأشعة السينية اللينة استخدامات واسعة في مجال معالجة الآفات الجلدية بالأشعة السينية ، فهو يجمع إلى حد ما عدة أجهزة في جهاز واحد .

الاستطبابات : سرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة الوصفية الخلايا ، وداء بوفن وسرطانة بوفن ، والشامة الخبيثة (داء دوبروي Dubreuilh) ، واللمفوم الجلدي الخبيث . كما تعتبر الأشعة السينية اللينة فعالة في علاج الجلادات السليمة مثل : الإكزيمة المزمنة ، وحثل الأظافر الصُدافي ، والصُداف ، والتهاب الوريد الخثاري ، والتهاب الإبط من نمط التهاب الغدد العرقية المقيح ، غير أنه يجب تحديد الاستطباب بشكل دقيق وحذر قبل البدء بتشيع مثل هذه الجلادات السليمة ، وذلك على الرغم من ندرة استخدام الأشعة السينية اللينة في معالجة الجلادات السليمة في الوقت الحاضر .

مُسَرَّعات (مُعَجَّلَات) الجسيمات Particle Accelerators : وهي إما مُسرَّعات خطية أو دورية Cyclic (حزمة إلكترونية Electron beam) .

المُسَرَّعات الخطية Linear Accelerators : تكتسب الإلكترونات طاقتها من قدرة الموجات Microwave power مع ازدياد سرعة الطور Phase velocity . ويُنتج المُسرّع الخطي إشعاعاً دفعياً Impulse radiation ذا شدة عالية ، وله طاقات تتراوح بين ٤ - ٢٥ ميغا إلكترون فولط MeV ، وقد تصل أحياناً إلى ٤٠ MeV .

المُعَجَّلَات الذرية (السيكلوترونات) Cyclotrons : يتم تسريع الإلكترونات في وعاء حلقي الشكل مُفرَّغ من الهواء ، وذلك باستخدام مغناط كهربيائية ضخمة تؤدي إلى زيادة الدفع المغناطيسي . وبوصول السرعة إلى نهايتها القصوى فإنه غالباً ما تبلغ سرعة الضوء . كما يُعد جهاز البيتاترون Betatron (Siemens) مُسرّع للإلكترونات electron accelerator) ، الذي يملك طاقة إلكترونية قصوى تتراوح بين ١٨ - ٤٢ ميغا إلكترون فولط MeV ، سيكلوتروناً أيضاً . تُنتج المُسرَّعات الخطية والبيتاترونات حزمًا إلكترونية بطاقات محددة ، أي أنها تُعطي إلى حد كبير نفوذات إلكترونية محددة

(٥) يُعد التوريوم X نظيراً مشعاً طبيعياً للراديوم (المترجم) .

المشع . فترة حياته قصيرة جداً ، ويبلغ عمره النصفى ٣,٦٤ يوم . يُصدر التوريوم X إشعاعات ألفا (أكثر من ٩٠٪) تنفذ إلى الجلد بشكل سطحي جداً ، كما يُصدر إشعاعات غاما تنفذ عميقاً . هذا ولقد بطل استخدام هذه الوسيلة العلاجية لأسباب تتعلق بالحماية الشعاعية .

النظائر المشعة الاصطناعية (النويدات المشعة Radionuclides) : تُستعمل المواد المشعة الاصطناعية بدلاً من إبر الراديوم في المعالجة الخلالية Interstitial treatment (أي غرس الأشعة السينية داخل الورم) . ويُستعمل عادة وبحسب الحالة المعالجة الكوبلت - ٦٠ (^{60}Co) ، أو السيزيوم - ١٣٧ (^{137}Cs) ، أو الإيريديوم - ١٩٢ (^{192}Ir) ، أو اليود - ١٢٥ (^{125}I) إما على شكل خرزات أو على شكل أسلاك تُغرس بشكل دائم أو مؤقت . وبقدر الإمكان ، يجب استخدام تقنيات خاصة يمكن بواسطتها التحكم عن بعد بهذه المواد المشعة ، وذلك عند نقلها أو غرسها ضمن الأنسجة تجنباً للأذى الشعاعية التي يمكن أن تصيب العاملين في هذا الميدان . هذا ويجب عدم استعمال هذه المواد إلا من قبل أطباء الأشعة .

الباعثات الاصطناعية لأشعة بيتا Artificial Beta Emitters : تخترق هذه الأشعة ميليمترات قليلة فقط ، ولذلك فهي ملائمة بشكل خاص لعلاج الآفات الجلدية السطحية . والعنصر الأكثر استعمالاً هو السترونيتوم المشع Strontium (^{90}Sr) الذي يتفكك بعمر نصفى قدره ٢٨,٥ سنة إلى الإتريوم المشع Yttrium (^{90}Y) ، وهذا الأخير يتحول بعمر نصفى قدره ٢,٦٧ يوم إلى نظير مستقر هو الزركونيوم (^{90}Zr) بعد أن يُصدر أشعة بيتا نقية طاقتها القصوى ٢,٣٥ Mev . تتوافر هذه المستحضرات على شكل صفائح من الـ ^{90}Sr - ^{90}Y (باعثات أشعة بيتا المغلفة) (Buchler) ، أو على شكل مطاييق بقعية Spot applicators .

الاستطبابات : الأورام السطحية للجلد والأغشية المخاطية ، والوعاؤومات الدموية الجلدية ، والملائومات الخبيثة في العين . يجب ألا يُجرى هذا النوع من العلاج (المعالجة بالنظائر المشعة الاصطناعية) إلا من قبل أطباء مُرخّص لهم بموجب أنظمة الحماية من الإشعاع Radiation Protection Regulations .

أطلس الأشكال

الفصل الثاني



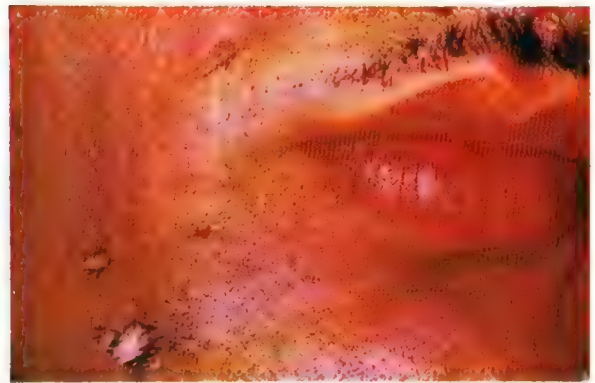
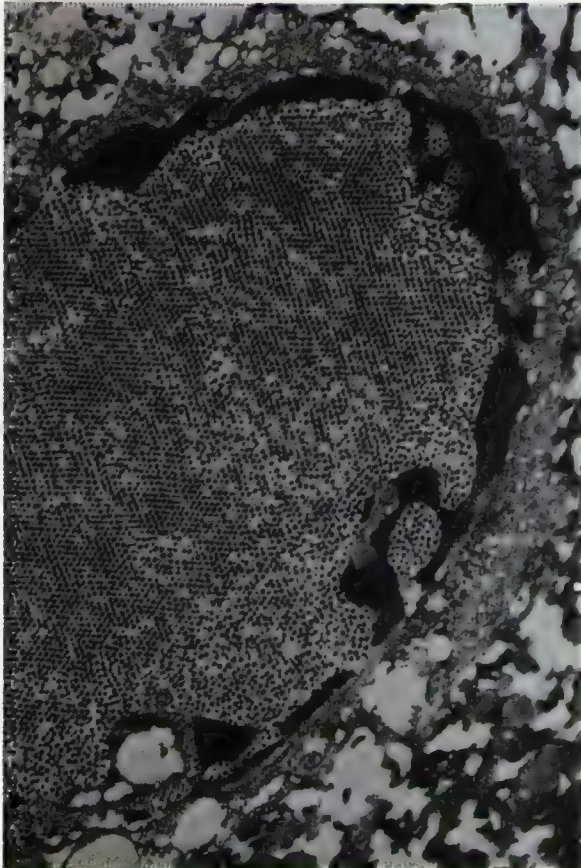
تآليل الطيات الظفرية .



تآليل أخمصية ،



الشكل 2 - 1 : تآليل شائعة ،

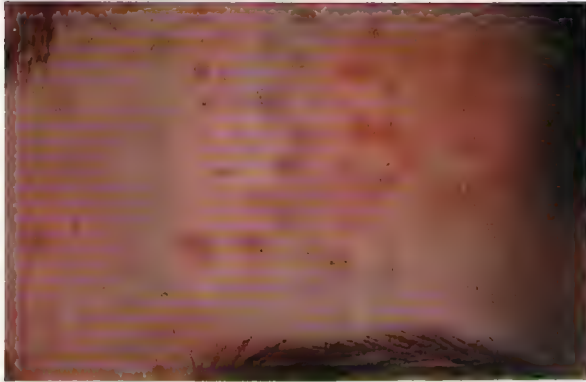


الشكل 2 - 2 : تآليل شائعة خيطية .

الشكل 2 - 3 : تآليل شائعة : جسيمات الحمات الحليمومية
الإنسانية داخل النواة في خلية مقرنة « الصورة بالمجهر الإلكتروني ،
تكبير $\times 80000$ » .



الشكل 2 - 4 : ثآليل أخمسية « ثآليل مزينة » .



الشكل 2 - 5 : ثآليل خوية مسطحة (منبسطة) .



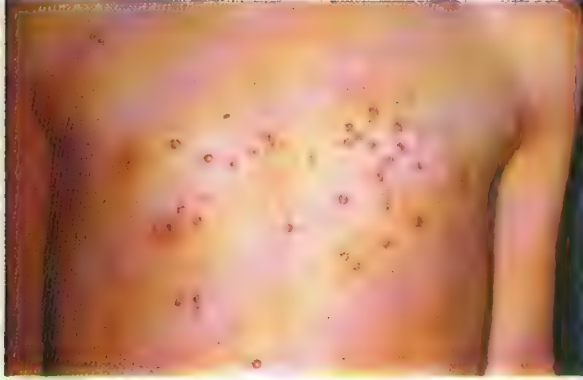
الشكل 2 - 6 : لقنومات مؤنفة .



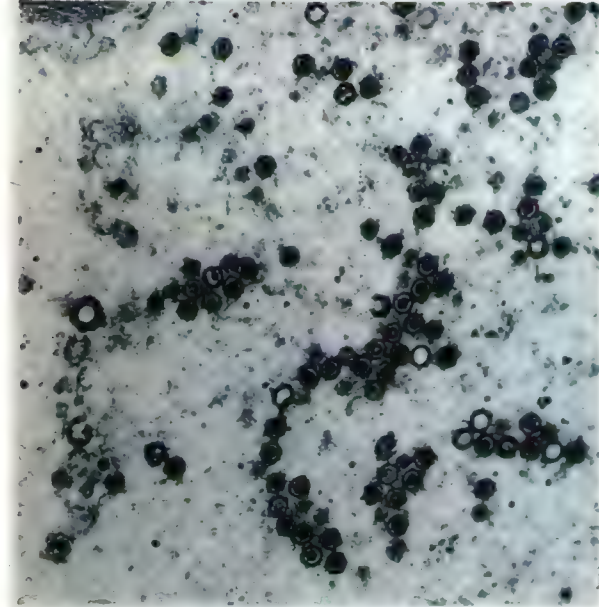
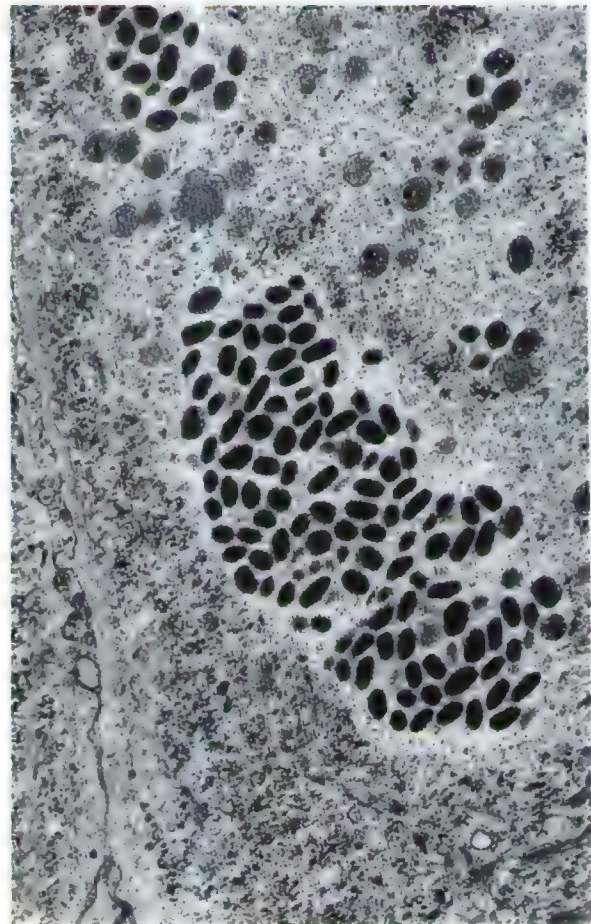
الشكل 2 - 7 : لقنومات مؤنفة حول الشرج .



الشكل 2 - 8 : لقنومات عملاقة .



الشكل 2 - 9 : ملىءاء معدية .



الشكل 2 - 11 : حلاً بسيط « حمة الحلاً البسيط في خلية مقترنة » - الصورة بالمجهر الألكتروني مكبرة $\times 30000$ مرة .

الشكل 2 - 10 : ملىءاء معدية : « جسيات حموية في خلية مقترنة » - صورة بالمجهر الألكتروني ، مكبرة $\times 62000$ مرة .



الشكل 2 - 13 : إكزيمة حلقية .



الشكل 2 - 12 : التهاب لثة وفم حلي .



الشكل 2 - 14 : حلاً بسيط ... خمج بدئي .



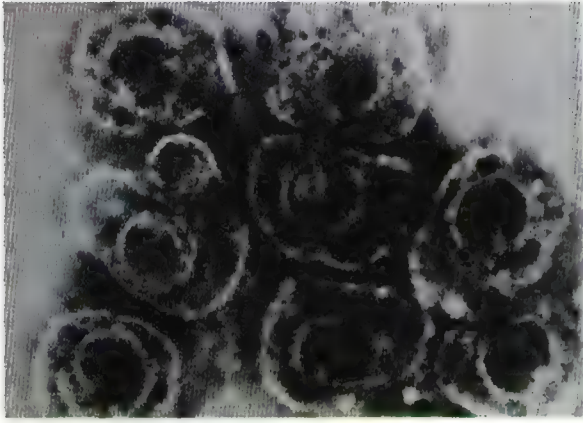
الشكل 2 - 15 : حلاً بسيط شفوي .



الشكل 2 - 16 : حلاً بسيط : تقرح عقب الحلا .



الشكل 2 - 17 : حلاً بسيط .



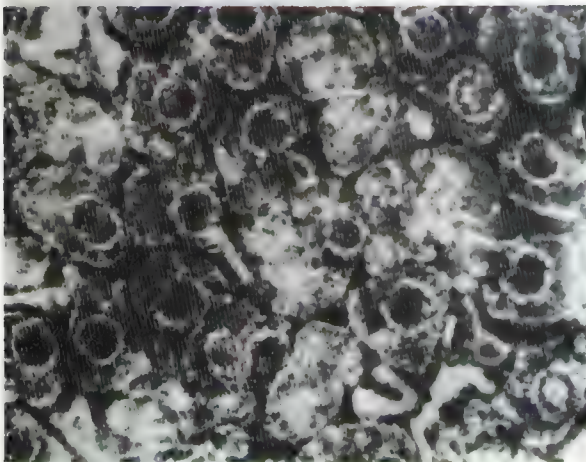
الشكل 2 - 19 : حلاً بسيط : حمة الحلاً البسيط الإنسانية من
محتوى حويصل . صورة بالمجهر الإلكتروني بلا تلوين
× 57500 .



الشكل 2 - 18 : حلاً بسيط معاود موضع .



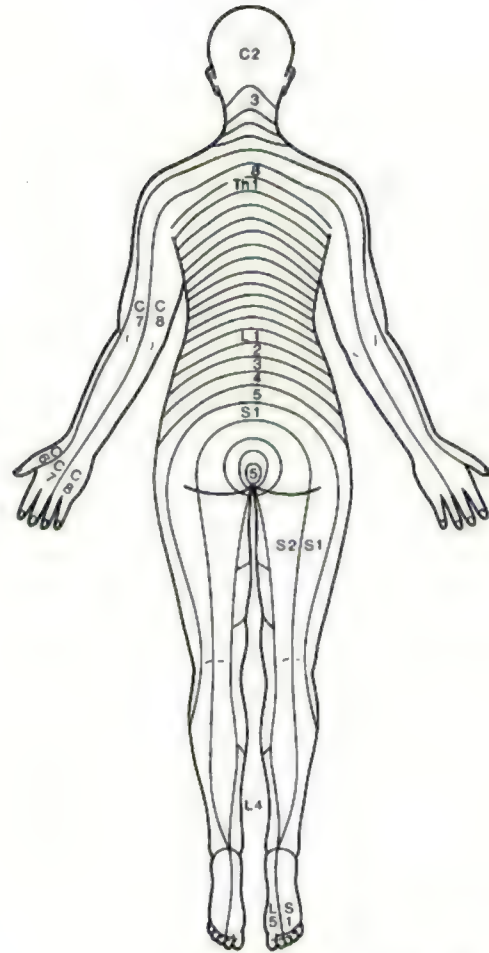
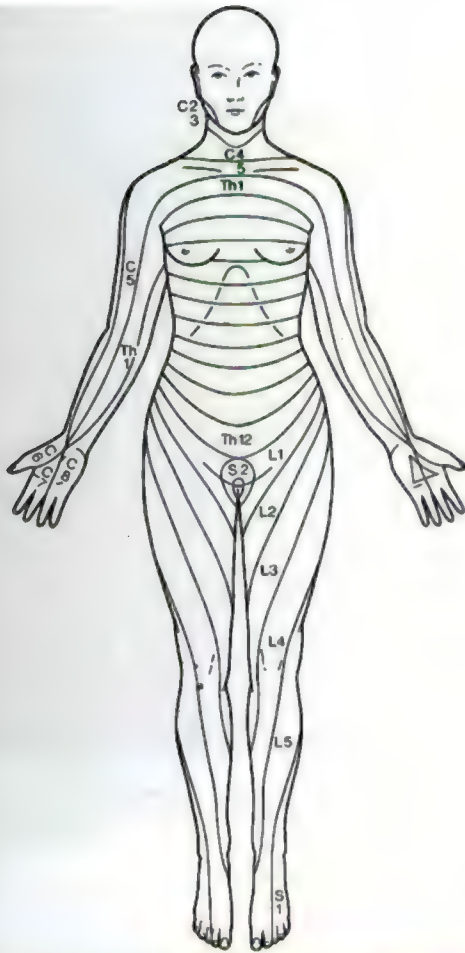
الشكل 2 - 21 : آفات حمقية .



الشكل 2 - 22 : حلاً نطاقي : « حمة الحماق - الحلاً النطاقي في
سائل حويصل » صورة بالمجهر الإلكتروني بلا تلوين × 60000 .



لشكل 2 - 20 : حماق .



الشكل 2 - 23 : التعصيب القطعي للجلد .



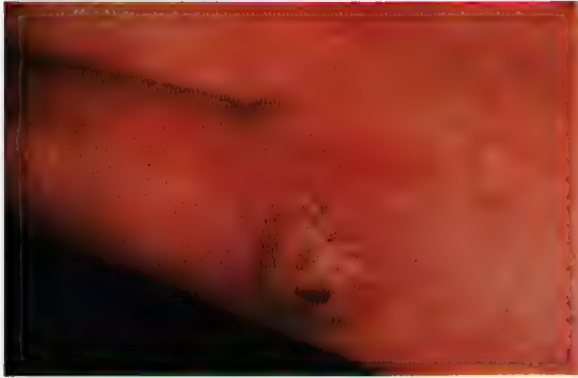
الشكل 2 - 25 : حلاً نطاقي في منطقة توزع مثلث التوائم .



الشكل 2 - 24 : حلاً نطاقي .



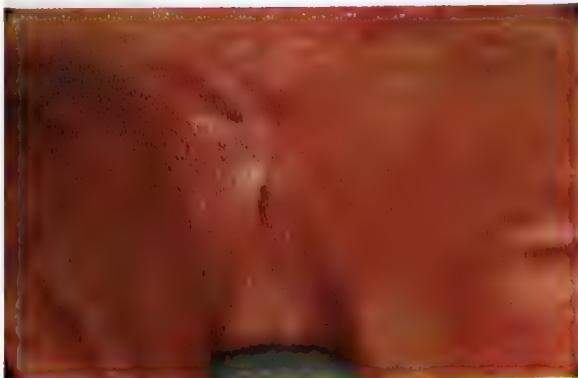
الشكل 2 - 26 : نذبات الجدري .



الشكل 2 - 29 : عقيدات الحلاّين .



الشكل 2 - 27 : إكزيمة لقاحينية .



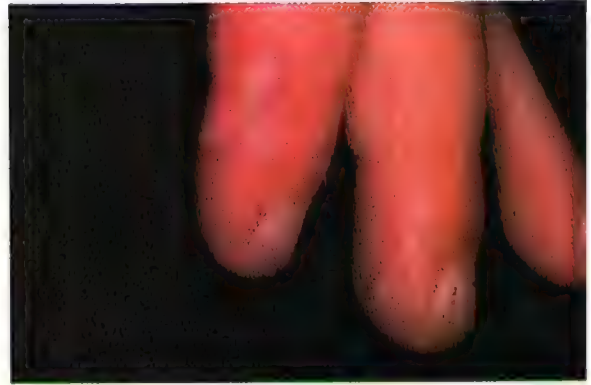
الشكل 2 - 30 : حبيبومات الحلاّين أو الحلاقين (حبيبوم شعري) .



الشكل 2 - 31 : الإكزيمة المعدية .



الشكل 2 - 28 : وقس .



الشكل 2 - 32 : طفحية اليد - القدم - الفم .



الشكل 2 - 33 : الحصبة .



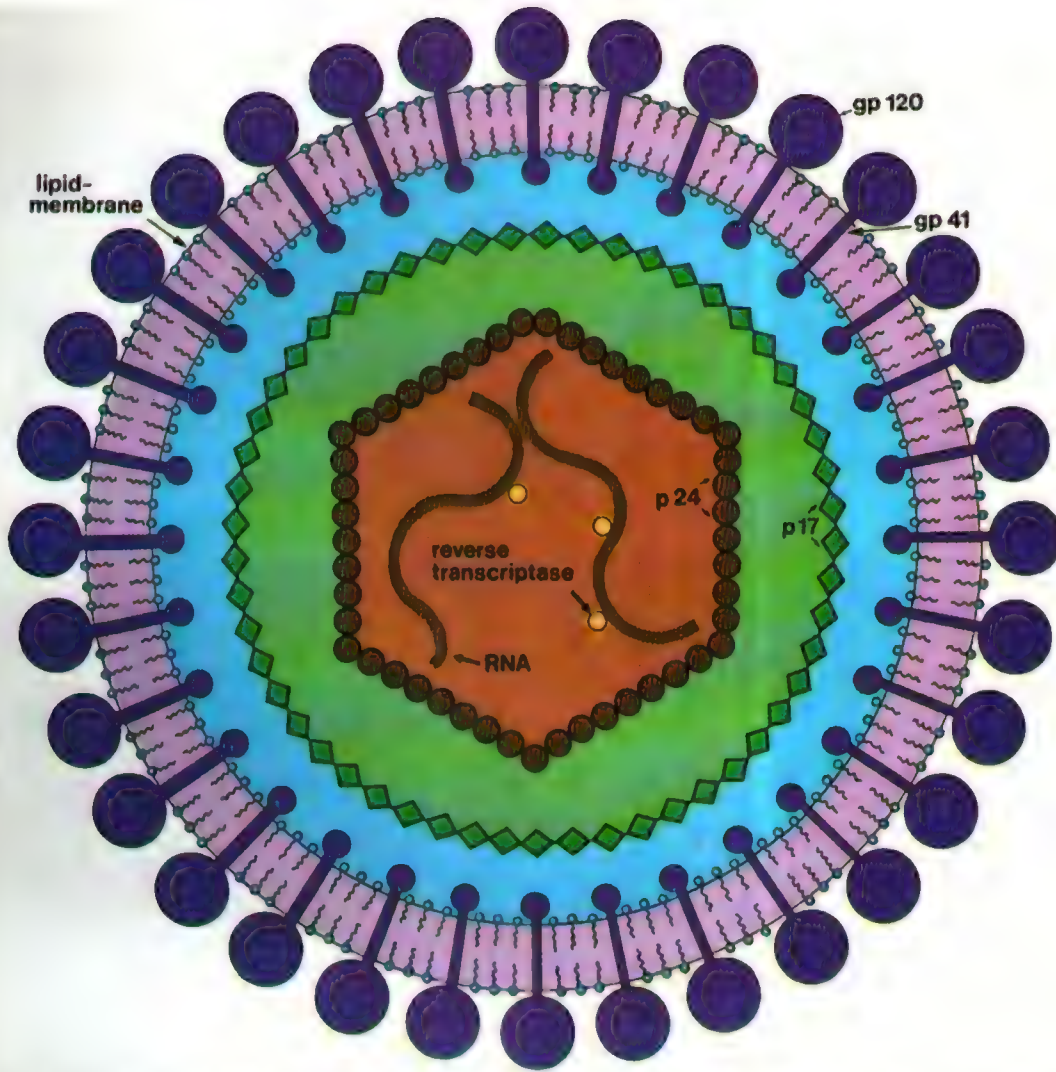
الشكل 2 - 34 : الحميراء (الحصبة الألمانية) .



الشكل 2 - 36 : الحمامي الخمجية .



الشكل 2 - 35 : الحمامي الخمجية .



الشكل 2 - 37 : جسيم حمة عوز المناعة الإنسانية : تتألف المحفظة من البروتينات P_{17} و P_{24} ، تحتوي على نسختين من جين الرنا RNA مترافقة مع إنزيم الإنتساخ الخلفي P_{51} ، P_{66} والنواة الداخلية P_{91} . يتألف غلاف الحمة من طبقة مضاعفة شحمية وبروتين سكري ذي

مكونتين gp_{120} و gp_{41} وهما يشتقان من البروتين الطليعي gp_{160} بواسطة الشطر الحال للبروتين (معدّل عن Gallo عام 1987 بعد أخذ الإذن) .

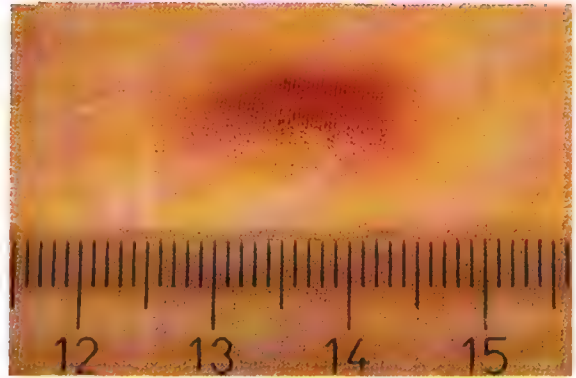


الشكل 2 - 38 : غرن كابوزي عند مريض مصاب بالإيدز .

الشكل 2 - 39 : غرن كابوزي عند مريض مصاب بالإيدز .



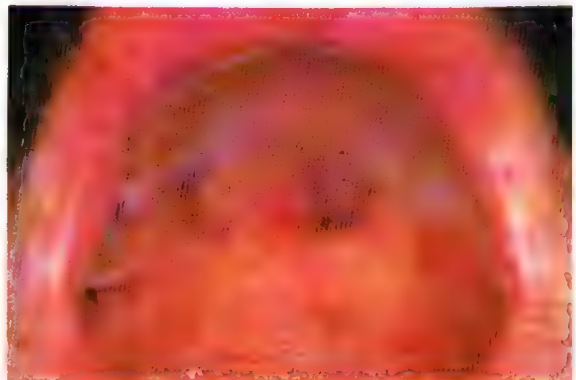
الشكل 2 - 42 : طولوان مشعر فموي عند مريض مصاب
بالإيدز .



الشكل 2 - 40 : غرن كابوزي عند مريض مصاب بالإيدز .

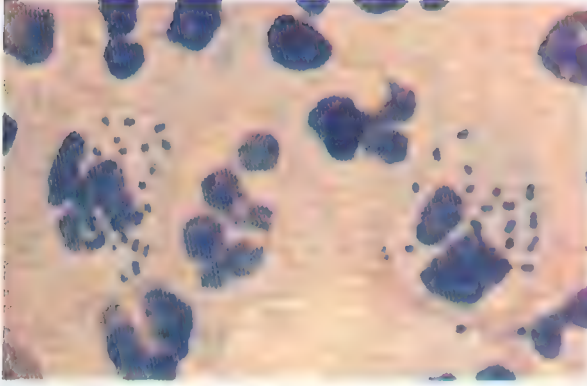


الشكل 2 - 43 : غرن كابوزي على القضيب عند مصاب
بالإيدز .



الشكل 2 - 41 : غرن كابوزي في الغشاء المخاطي للفم .

الفصل الرابع



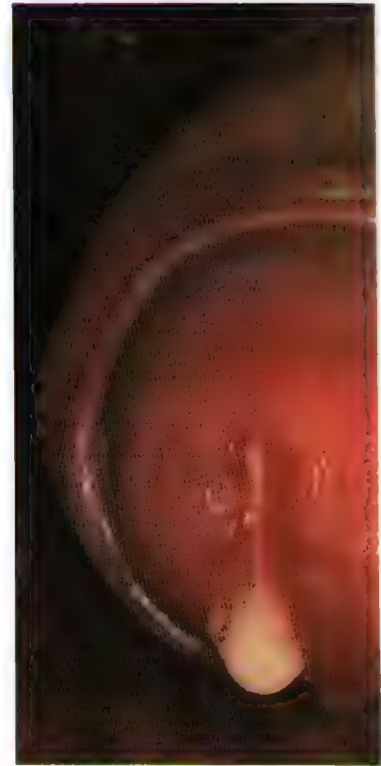
الشكل 4 - 1 : النيسرية البنية .



التهاب غدة بارثولان بالسيلان البني مع خراج .



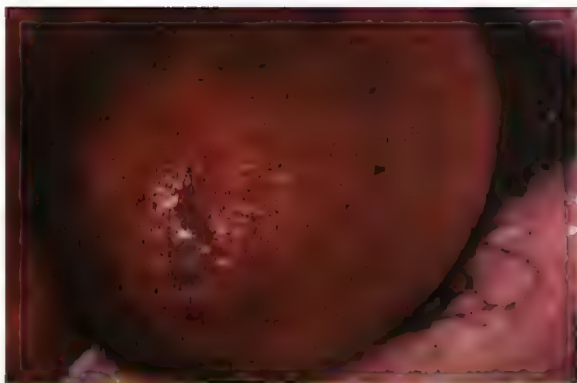
التهاب الإحليل السيلاني البني المزمن .



الشكل 4 - 2 : التهاب الإحليل السيلاني البني الحاد .



الشكل 4 - 3 : السيلان العيني عند الكهول .



الشكل 4 - 7 : التهاب الإحليل بالمشعرات .



الشكل 4 - 4 : خمج منتشر بالبنيات .



الشكل 4 - 8 : داء رايتز . التهاب الحشفة التآكلي المتحلق .



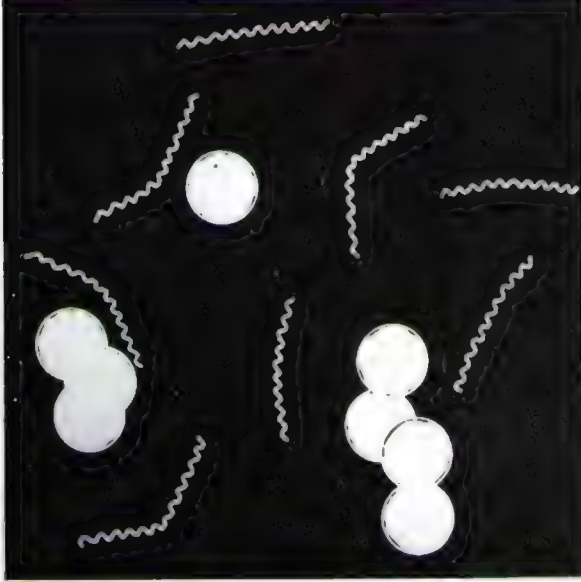
الشكل 4 - 5 : مصورة البولة الحالة للبولة .



الشكل 4 - 9 : داء رايتز . تقرن الجلد السيلاني .



الشكل 4 - 6 : المفطورة الإنسانية .



الشكل 4 - 10 : ترسيم لساحة مظلمة مجهرية تبدي وجود اللولبيات الشاحبة والكربيات الحمرة في لطاخة مصلية من جرح .



الشكل 4 - 11 : الإفراخي 1 ، الآفة الأولية : قرح صلب ، قرح تآكلي ، قرح صلب .



الشكل 4 - 12 : الإفرنجي I ، الآفة الأولية : قرح صلب ، وذمة جاسفة ، قرح تأكلي .



الشكل 4 - 14 : إفرنجي I ، توسع الأوعية اللمفية على ظهر القضيب بسبب التهاب الأوعية اللمفية التصليبي .

الشكل 4 - 13 : إفرنجي I ، قرح صلب .



الشكل 4 - 17 : إفرنجي ثانوي (الطفحة الإفرنجية الأخصية) .



الشكل 4 - 18 : إفرنجي ثانوي ، (الطفحة الحطاطية) .



الشكل 4 - 19 : إفرنجي ثانوي ، الطفحة البقعية الحطاطية .

الشكل 4 - 20 : إفرنجي ثانوي ، الطفحة الحزازانية الحطاطية
العقيدية .



الشكل 4 - 15 : إفرنجي ثانوي ، طفحة إفرنجية بقعية (وردية
إفرنجية) .

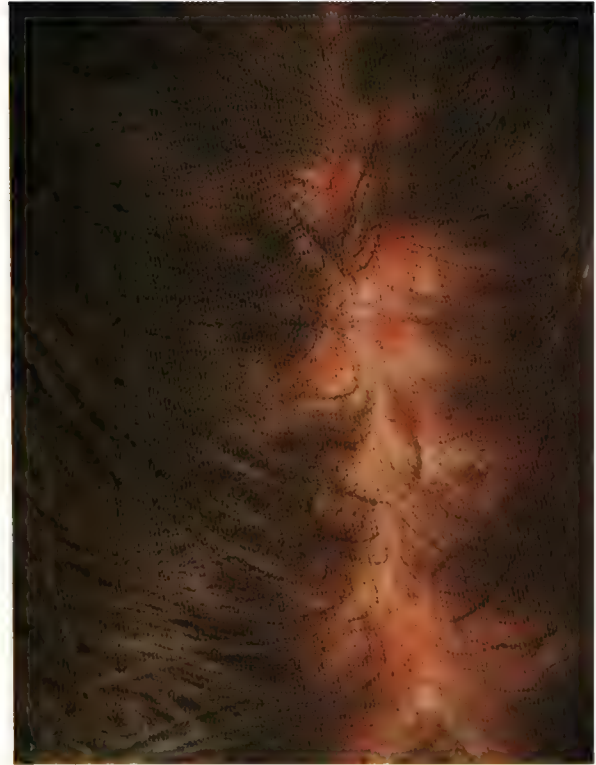


الشكل 4 - 16 : إفرنجي ثانوي ، طفحة إفرنجية على الراحتين .





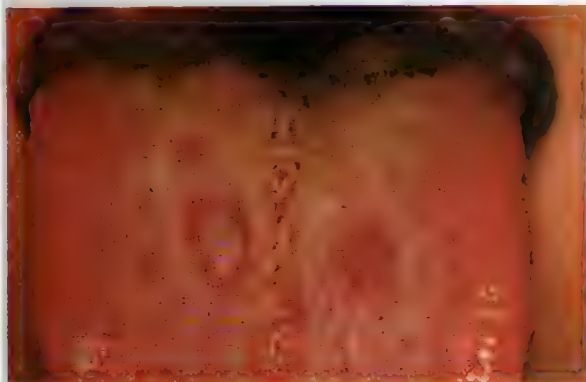
الشكل 4 - 22 : إفرنجي ثانوي ، الحطاطات النازة حول الشرج والمتسحجة .



الشكل 4 - 21 : إفرنجي ثانوي ، الطفحة الحطاطية .



الشكل 4 - 24 : إفرنجي خبيث .



الشكل 4 - 25 : الإفرنجي الثانوي ، البقع المخاطية .



الشكل 4 - 23 : إفرنجي ثانوي ، اللقموم المنبسط .



الشكل 4 - 30 : الإفرنجي الولادي الآجل ، الأنف السرجي وميزة باروت .



الشكل 4 - 31 : الإفرنجي الولادي ، أسنان هتشنسون .



الشكل 4 - 32 : الإفرنجي الولادي ، الظنبوب بشكل نصلة السيف .



الشكل 4 - 26 : الإفرنجي الثانوي ، (الذباح الإفرنجي) .



الشكل 4 - 27 : الإفرنجي الثالثي ، الطفحة المعجرة .



الشكل 4 - 28 : الإفرنجي الثالثي ، الصمغة .

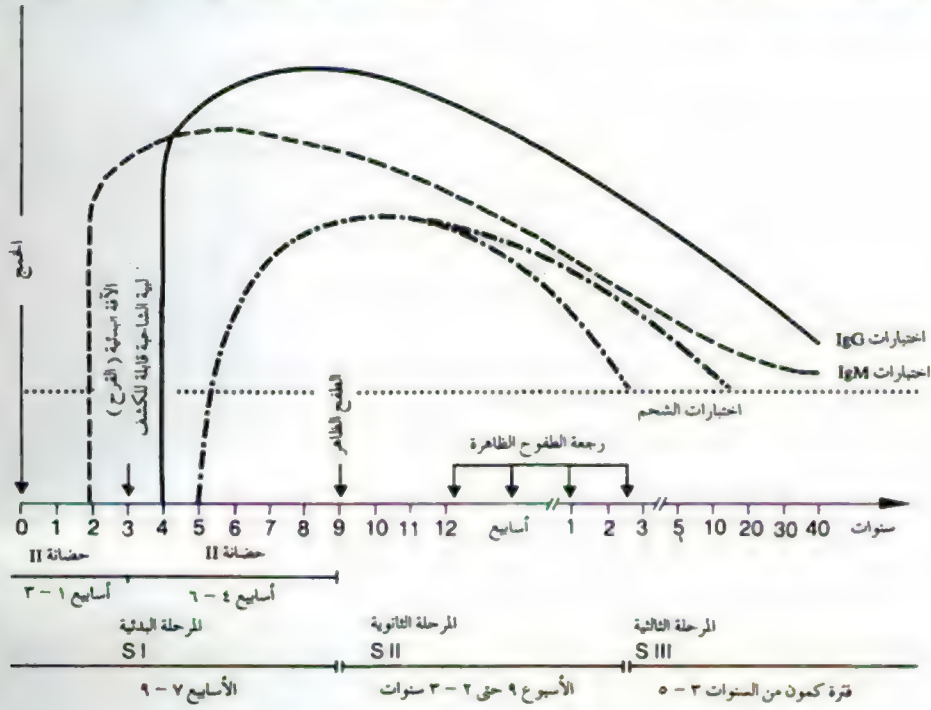


الشكل 4 - 29 : الإفرنجي الولادي الباكر .

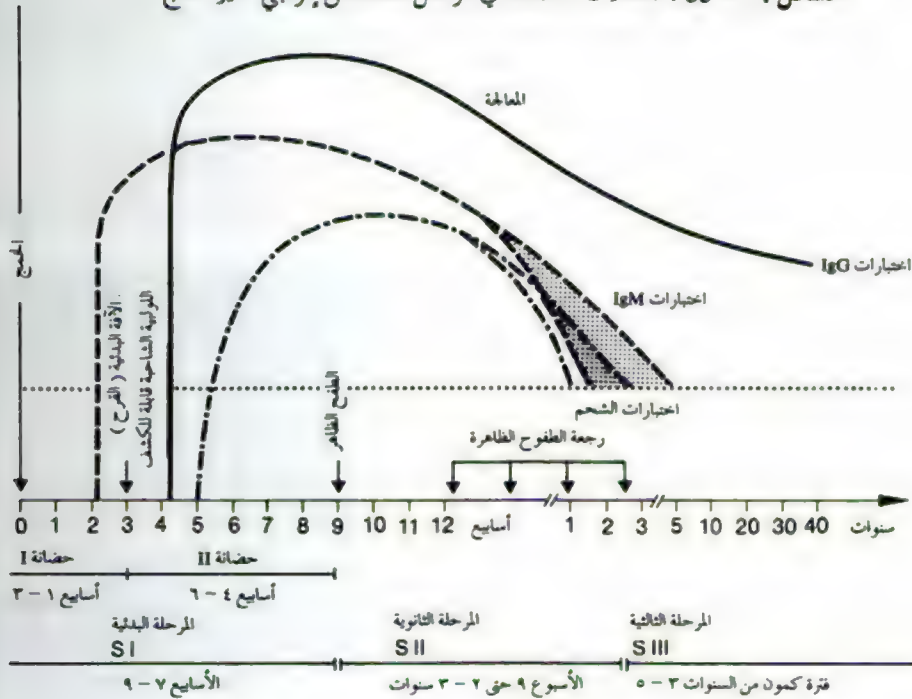


الشكل 4 - 34 : اختبار FTA - ABS ، تفاعل إيجابي .

الشكل 4 - 33 : اختبار VDRL ، تفاعل إيجابي .



الشكل 4 - 35 : تفاعلات الأضداد في مراحل مختلفة من إفرنجي غير معالج .



الشكل 4 - 36 : تفاعلات الأضداد في مراحل مختلفة من إفرنجي معالج .



الشكل 4 - 37 : حمى مزمنة هاجرة .



الشكل 4 - 38 : حمى مزمنة هاجرة مع تفاعل مركزي للدغة .



الشكل 4 - 39 : التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، المرحلة الالتهابية - الوذمية .



الشكل 4 - 40 : التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، ترقى إلى المرحلة الضمورية .



الشكل 4 - 43 : عصيات دوكري (السلسية) .



الشكل 4 - 44 : القرخ .



الشكل 4 - 45 : قرع ، آفات متعددة .



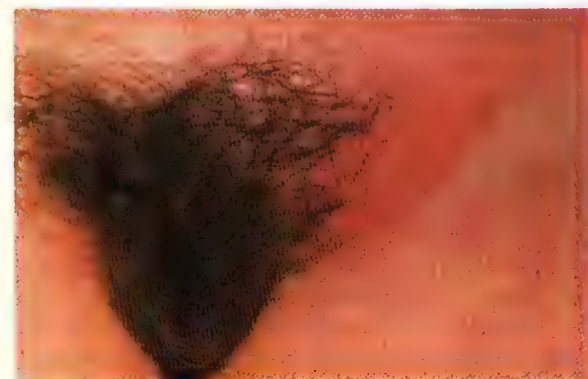
الشكل 4 - 46 : آفات قريحية ودبل التهاية .



الشكل 4 - 41 : التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، مرحلة ضمورية .



الشكل 4 - 42 : الحبيبوم اللمفي الزهري .





الشكل 4 - 51 : ذأب شائع ، ارتشاح ذأباني (عقيدة ذأية بلود
جمد التفاح) بالمعاينة الشفوية .



الشكل 4 - 47 : قرع ، تلقيح ذاتي إيجابي .



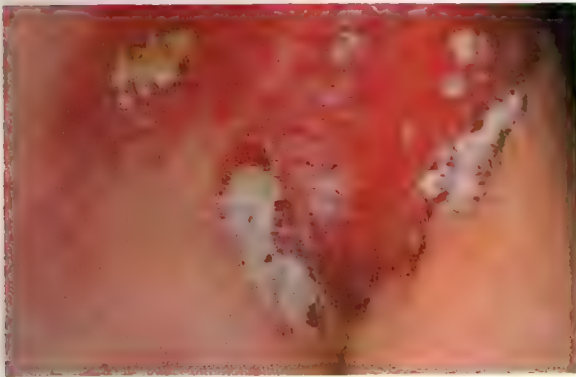
الشكل 4 - 48 : قرحة بعد لقاح ب . ث . ج .



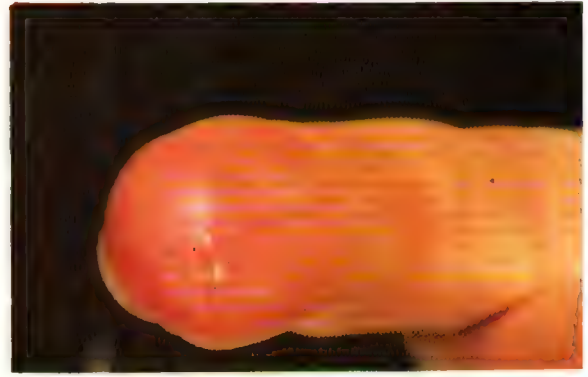
الشكل 4 - 52 : ذأب شائع جادع (آكل فصيص الأذن) .



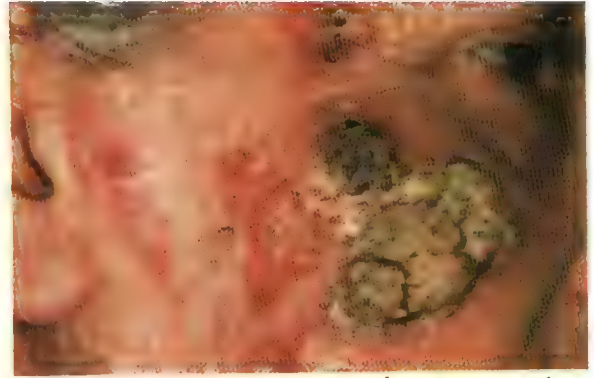
الشكل 4 - 49 : مل الجلد الثؤلولي .



الشكل 4 - 53 : ذأب شائع صدافي الشكل .



الشكل 4 - 50 : ثؤلول نخري المنشأ (الدرنه بعد الوفاة) .



الشكل 4 - 54 : ذأب شائع .



لشكل 4 - 55 : ذأب شائع جادع ، ذأب شائع متندب (بعد
لمعالجة بالأشعة السينية) .



الشكل 4 - 56 : ذأب شائع مع سرطانة ذأبية .



الشكل 4 - 57 : تدرن الجلد (خنزرة) .



الشكل 4 - 58 : حزاز خنزري .



الشكل 4 - 59 : الطفحة السلية (السليات) الخطاطية
النخرية .



الشكل 4 - 60 : حمامي حاسفة على الريلة .



الشكل 4 - 62 : جذام جذمومي .



الشكل 4 - 61 : ذأب دخني منتشر وجهي .



الشكل 4 - 63 : جذام درني .



الشكل 4 - 68 : فقاعات زاحفة .



الشكل 4 - 64 : قوباء معدية ذات حويصلات صغيرة .



الشكل 4 - 69 : فقاعات زاحفة مع داحس .



الشكل 4 - 65 : قوباء معدية (التخط الفقاعي) .



الشكل 4 - 70 : تقيح جلد جريسي .



شكل 4 - 66 : قوباء فقاعية (الفقاعاني بالمكورات العنقودية)
ند الوليد .



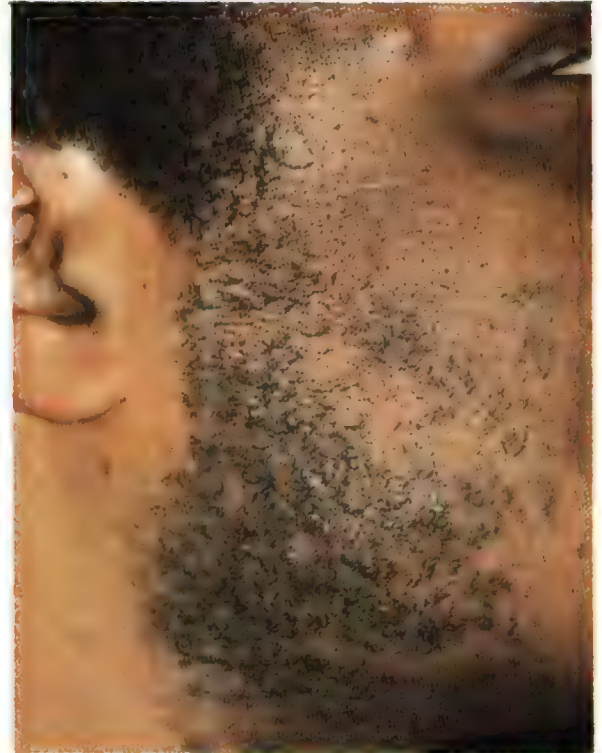
شكل 4 - 67 : التهاب الجلد التقشري عند الوليد (متلازمة
يل الناجمة عن العنقوديات) .



الشكل 4 - 71 : التهاب الجريبات بالعنقوديات المذمبة .



الشكل 4 - 73 : التهاب الجريبات الخاص في الرأس .



الشكل 4 - 72 : التهاب الجريبات الكاذب في اللحية (انغراز أشعار الذقن) .



الشكل 4 - 74 : التهاب الجريبات الخاص على الوجه .



الشكل 4 - 77 : التهاب ما حول الجريبات الرأسي المشكل للخراجات والمختر .



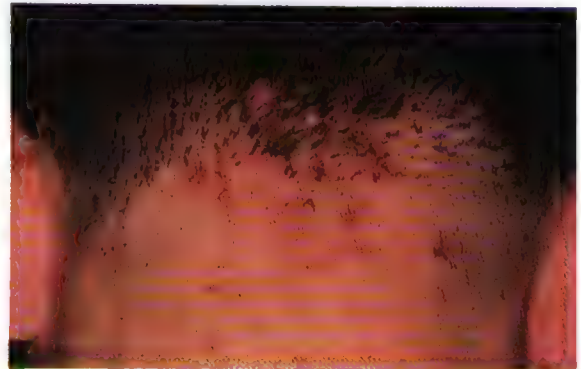
الشكل 4 - 75 : التهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام .



الشكل 4 - 78 : شعيرة .



الشكل 4 - 79 : دمل على الوجه .



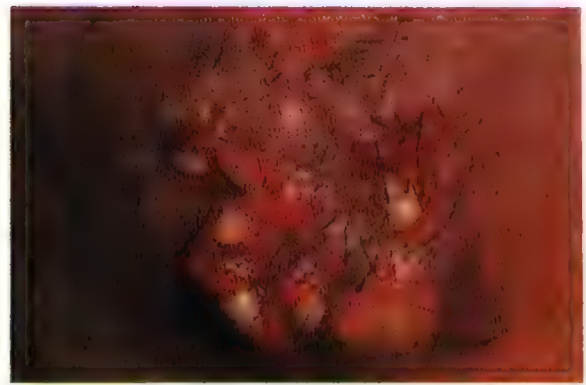
الشكل 4 - 80 : دمال .



الشكل 4 - 76 : عد جديري .



الشكل 4 - 82 : ما يسمى التهاب الغدد العرقية التقيحي
الإبطي .



الشكل 4 - 81 : جمة (العنق) .



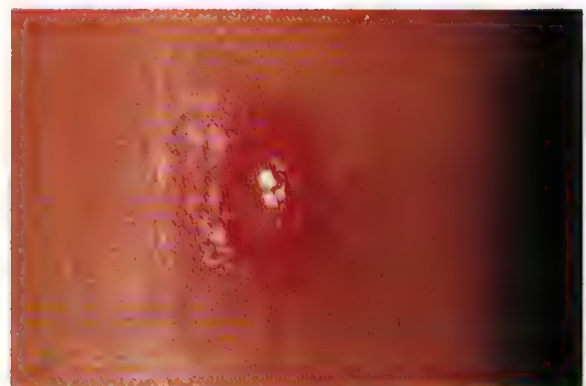
الشكل 4 - 84 : حُمرة .



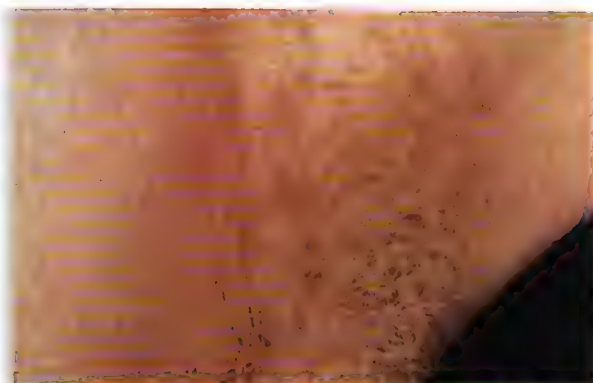
الشكل 4 - 83 : حُمرة .



الشكل 4 - 86 : فلغمون على العنق .



الشكل 4 - 85 : إكثيمة (طرف سفلي) .



الشكل 4 - 91 : فطار شعري إبطني .



الشكل 4 - 87 : تفيح الجلد قرحي الشكل .



الشكل 4 - 92 : انحلال الطبقة القرنية المنقر .



الشكل 4 - 88 : عد نخري .



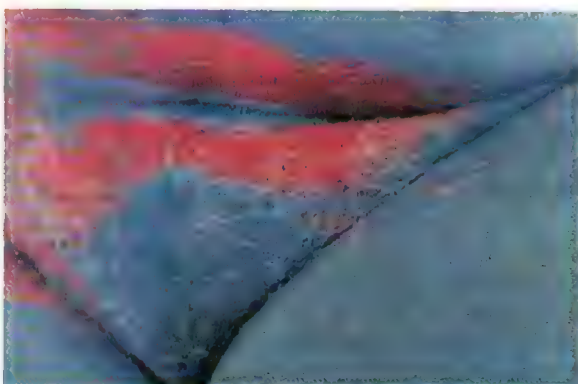
الشكل 4 - 93 : داء الشعيات الرقي الوجهي .



الشكل 4 - 89 : وذح .



الشكل 4 - 94 : داء الشعيات .



الشكل 4 - 90 : وذح (أشعة وود) .



الشكل 4 - 95 : فطروم ناجم عن النوكاردية البرازيلية .

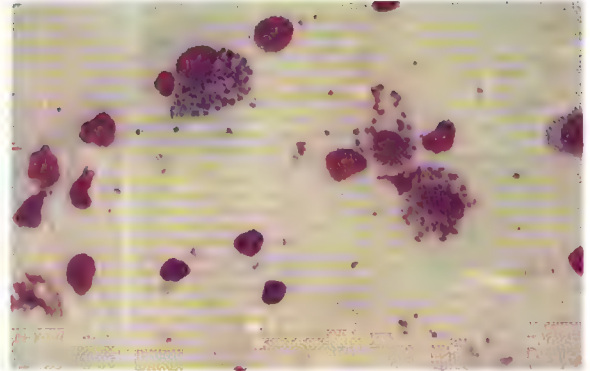


الشكل 4 - 96 : فطروم .

الفصل الخامس



الشكل 5 - 2 : الليشانيات - الشكل القرصي .

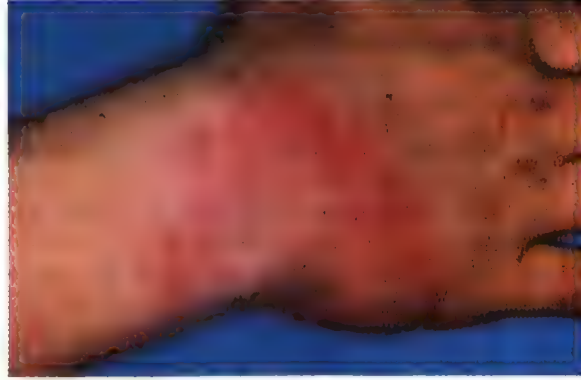


الشكل 5 - 1 : جسيمات الليشمانيا المدارية .



الشكل 5 - 3 : الليشانيات الأمريكية ، الشكل الجلدي المخاطي .

الفصل السادس

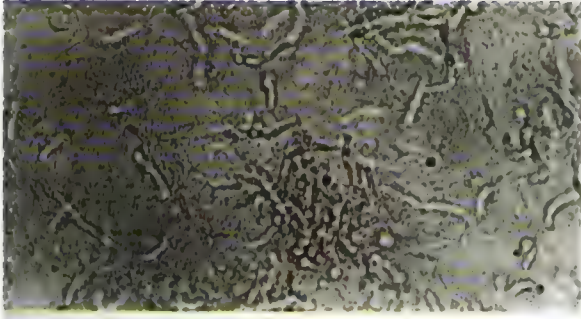


الشكل 6 - 1 : حمراية .

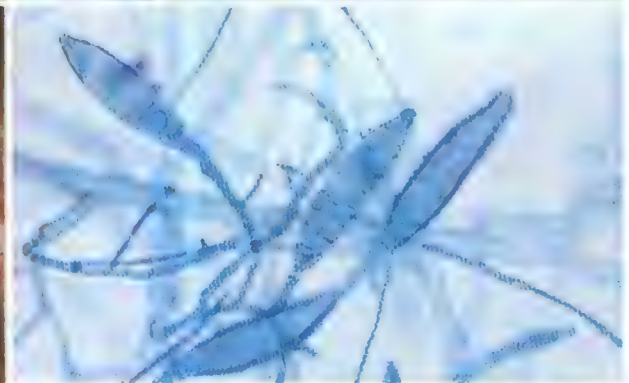
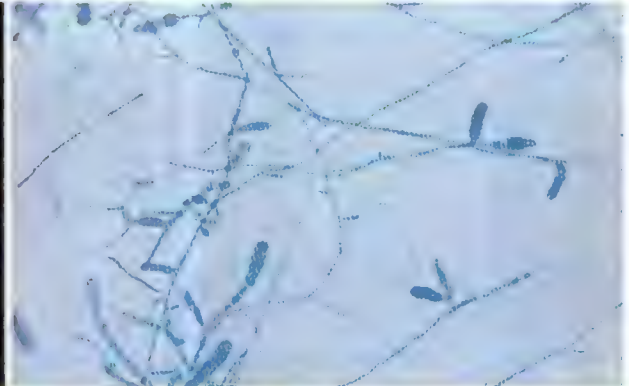
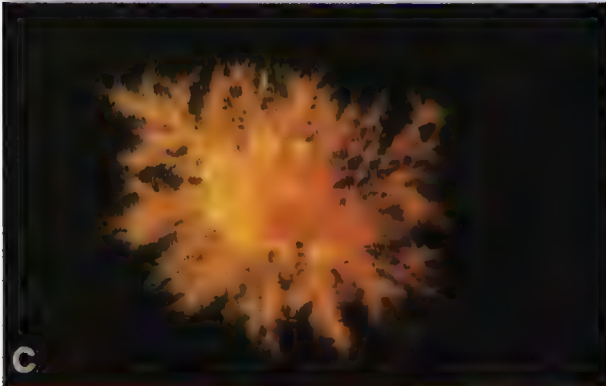
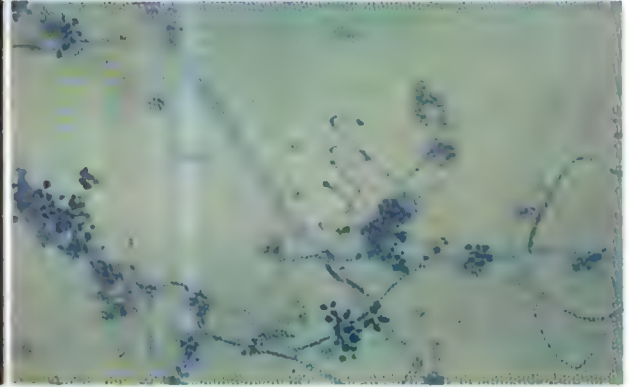
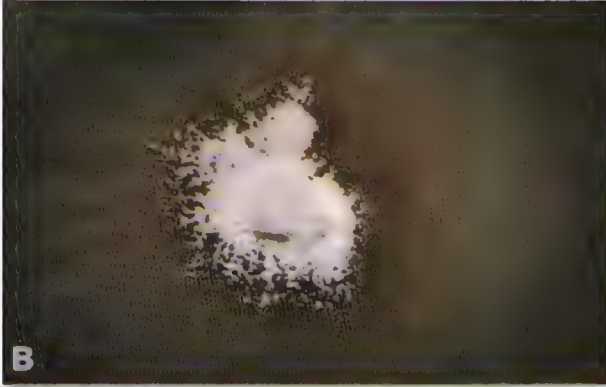
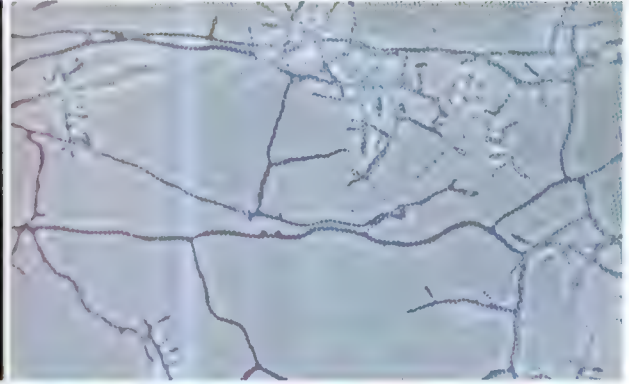


الشكل 6 - 2 : جمة خبيثة .

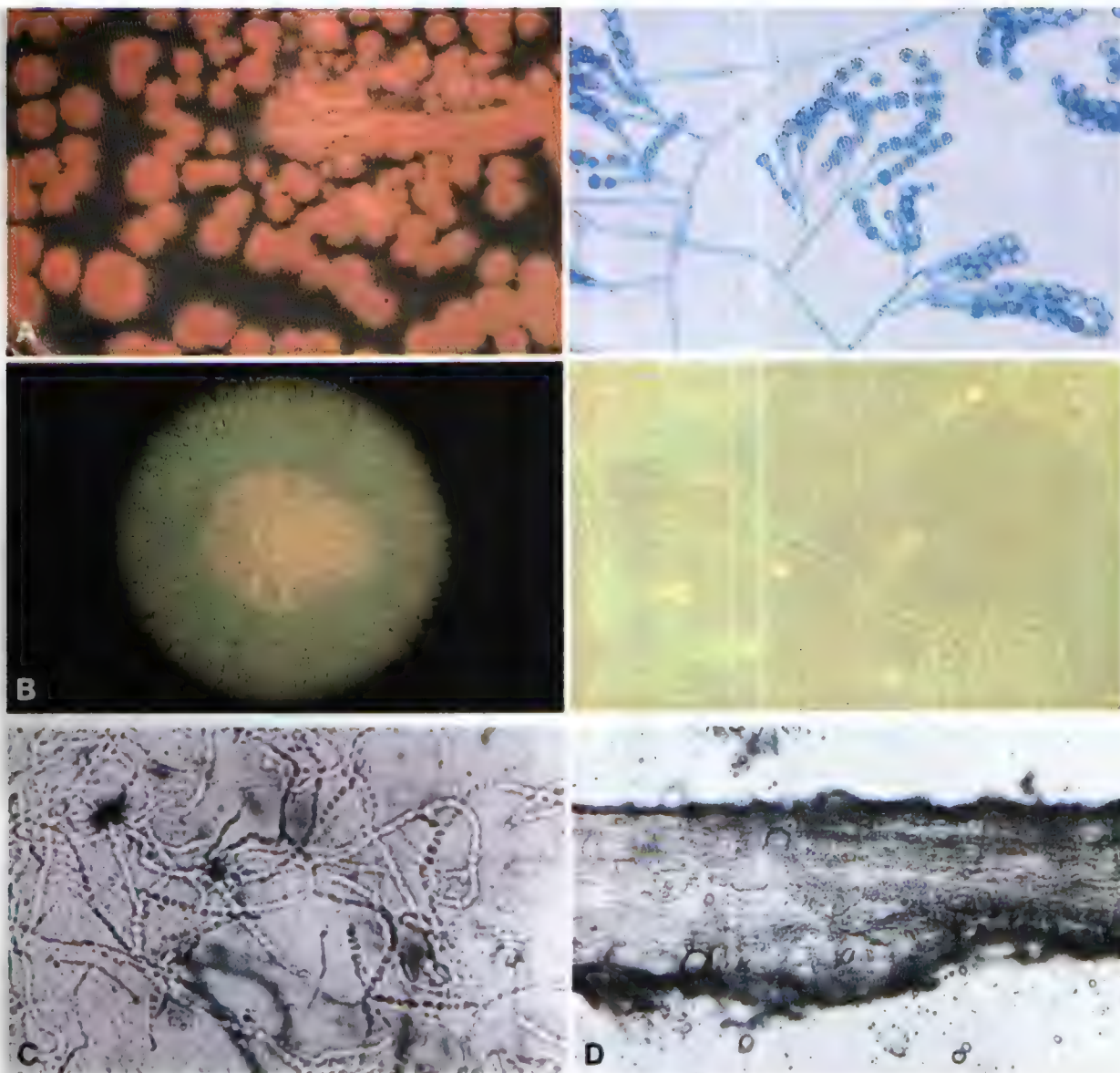
الفصل السابع



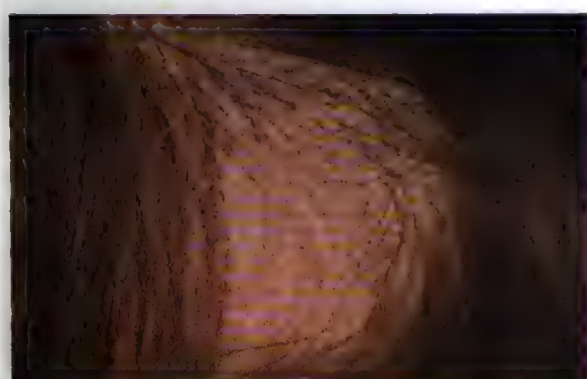
الشكل 7 - 1 : أفطورة فطرية : خيطان فطرية وأبواغ



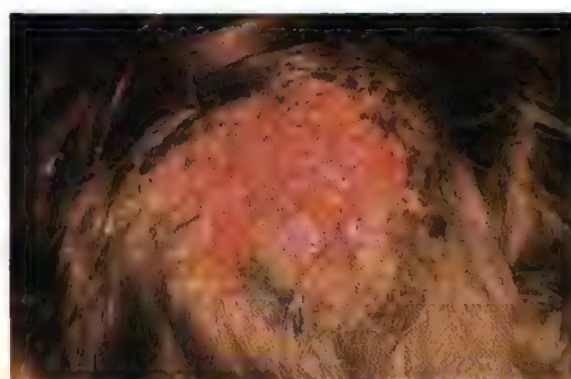
الشكل 7 - 2 : الشكليات العيانية ، والشكليات المجهرية للمستنبتات الفطرية : الفطور الجلدية .
A - الشعروية الحمراء . B - الشعروية الذقنية . C - البشرورية الندفية . D - البويغاء الكلوية .



الشكل 7 - 3 : الشكليات العيانية والمجهريّة للمستنبتات الفطرية : A - عفن (*Scopulariopsis brevicaulis*) ؛ B -
خمائر (مبيضات بيض) ؛ C, D - مظهر لفطور في محضرات غير ملونة ؛ C - وسوف من الجلد ؛ D - شعر .



الشكل 7 - 5 : داء البويغاء (*Microsporiasis*) .



الشكل 7 - 4 : سعفة الرأس (داء الشعرويات العميق) .



الشكل 7 - 6 : السعفة القرعية (قرعة ، سعفة) .



الشكل 7 - 10 : سعفة جسدية .



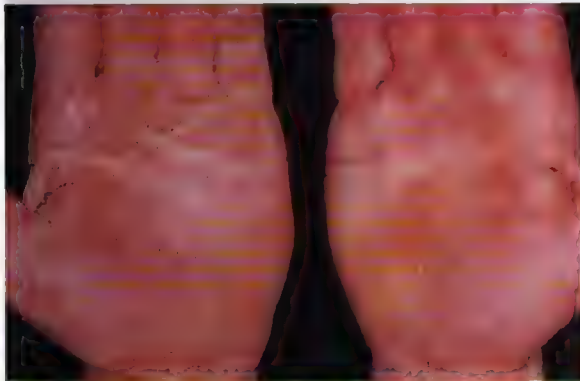
الشكل 7 - 7 : سعفة اللحية (داء الشعرويات العميق) .



الشكل 7 - 11 : سعفة أربية أو مغبنية (سعفة فخذية T. Cruris) .



الشكل 7 - 8 : سعفة الوجه (داء الشعرويات السطحي) .



الشكل 7 - 12 : سعفة اليد : غمط وسفي مفرط التقرن .



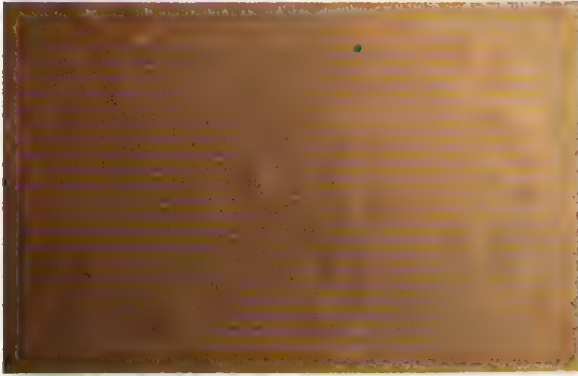
الشكل 7 - 9 : سعفة كولبي T. Colli (داء الشعرويات السطحي) .



الشكل 7 - 17 : فطار الأظفار (محدث بالشعروية الحمراء) .



الشكل 7 - 13 : سعفة القدم (غمط متعطن) .



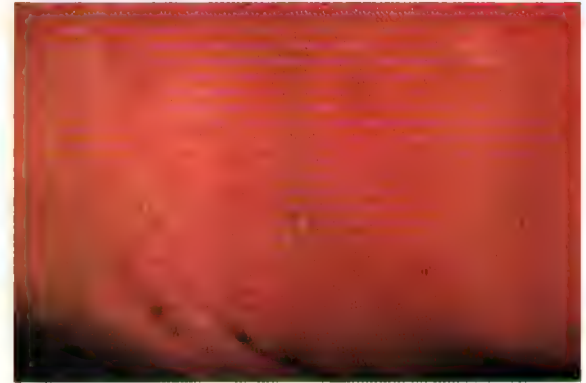
الشكل 7 - 18 : طفحة فطرية Mycid (حزاز شعروي) .



الشكل 7 - 14 : سعفة القدم (غمط وسفي - مفروط الثقرن) .



الشكل 7 - 19 : سلاق ، التهاب الشفتين الزاوي والتهاب اللسان المسببان عن المبيضات البيض .



الشكل 7 - 15 : سعفة القدم (غمط خلل التعرق ، قوس القدم) .



الشكل 7 - 20 : التهاب الشفتين الزاوي المسبب عن المبيضات البيض في فم خالٍ من الأسنان .



الشكل 7 - 16 : سعفة الأظفار (الوبش الفطري ، محدث بالشعروية الحمراء) .



الشكل 7 - 24 : التهاب الجلد الحفاضي مع داء مبيضاً
مذحي .



الشكل 7 - 21 : التهاب الحشفة بالمبيضات .



الشكل 7 - 25 : داحس مزمن بالمبيضات البيض .



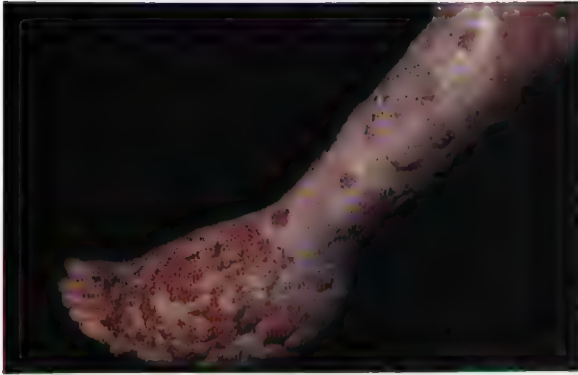
الشكل 7 - 22 : داء المبيضات بين الأصوات .



الشكل 7 - 26 : داحس مزمن بالمبيضات مع ختل الأظفار .



الشكل 7 - 23 : مذح بالمبيضات البيض .



الشكل 7 - 30 : الفطار الصباغي Chromomycosis .



الشكل 7 - 27 : داء المبيضات الجلدي المخاطي (إصابة الأجنان) .



الشكل 7 - 31 : داء الشعريات المبوغة (التخط للمف) .



الشكل 7 - 28 : نخالية مرقشة .



الشكل 7 - 32 : داء الشعريات المبوغة (التخط الجلدي الثابت) .



الشكل 7 - 29 : سعفة سوداء .



الشكل 7 - 33 : الفطار نظير الكرواني (القمط القرحي
النابت) .



الشكل 7 - 34 : الفطار نظير الكرواني .

الفصل الثامن



الشكل 8 - 4 : قملة الجسد أو الثياب (Pediculus Humanus . Corporis)



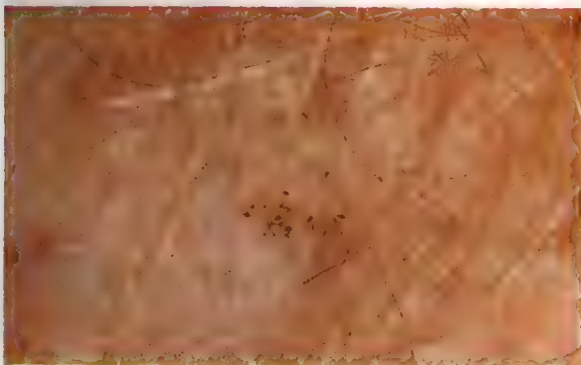
الشكل 8 - 1 : قُمال الرأس ، الصتيان .



الشكل 8 - 5 : داء المتشردين ، تسحجات ، وتأكزم مع اضطرابات في التصبغ .



الشكل 8 - 2 : قُمال الرأس ، إكزيمة القمل Louse Eczema على مؤخرة العنق .



الشكل 8 - 6 : قُمال العانة ، قُمَل وصتيان .



الشكل 8 - 3 : صُوابة Nit .



الشكل 8 - 7 : قملة العانة (القمل) Phthirus Pubis .



الشكل 8 - 8 : داء البق ، آفات ناجمة عن بق الفراش .



شكل 8 - 9 : عضات .



الشكل 8 - 10 : الفرفرية البرغوثية ، عضه البرغوث .



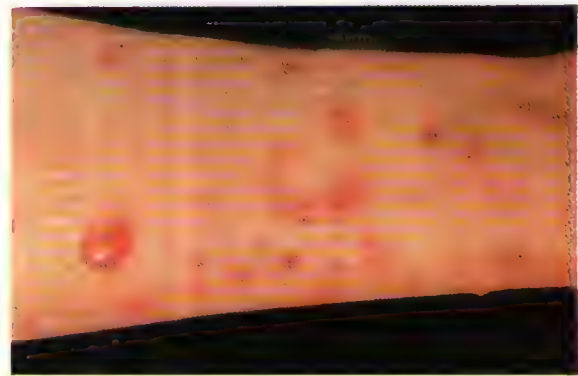
الشكل 8 - 15 : جرب .



الشكل 8 - 11 : داء البعوض ، عضات البعوض .



الشكل 8 - 16 : جرب : تلم السوسة مع تفاعل التهابي .



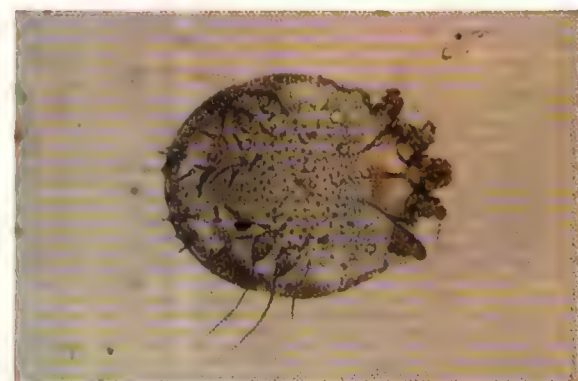
الشكل 8 - 12 : داء البعوض الفقاعي .



الشكل 8 - 13 : داء هجرة البقعات .



الشكل 8 - 17 : جرب : الحطاطات المستديرة .



الشكل 8 - 14 : سوسة الجرب .

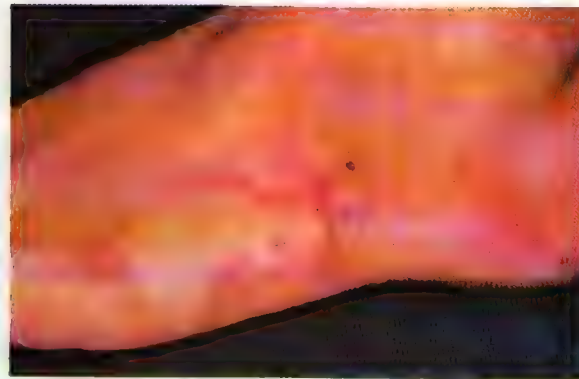


الشكل 8 - 19 : لبود الحروع *Ixodes Ricinus* (قُرَاد بَنُور الحروع) .



الشكل 8 - 18 : داء الحَطَمَاوَات .

الفصل التاسع



الشكل 9 - 1 : داء هجرة البُرَقَات الجلدي .

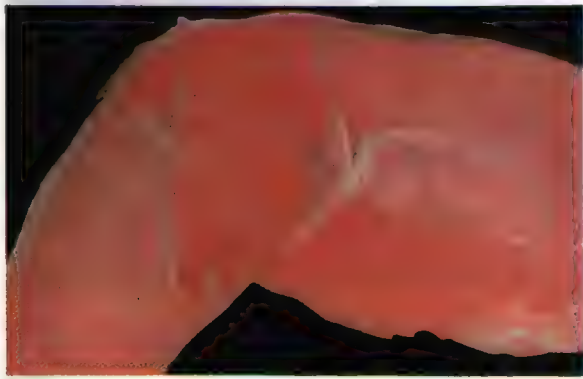
الفصل العاشر



الشكل 10 - 3 : متلازمة لاييل المحدثه بالأدوية .



الشكل 10 - 2 : طفح دوائي بقعي .



الشكل 10 - 4 : متلازمة لاييل المحدثه بالأدوية .



الشكل 10 - 6 : طفح دوائي عدي الشكل .



الشكل 10 - 7 : فرط تصبغ ناجم عن المينوسيكليين .



الشكل 10 - 5 : طفح دوائي ثابت .



الشكل 10 - 8 : صدمة جلدية دوائية عقب زرقعة عضلية من عقار مضاد للربو يحتوي على الديكساميثازون .

الفصل الحادي عشر



الشكل 11 - 3 : شرى البرد .



الشكل 11 - 1 : شرى حاد .



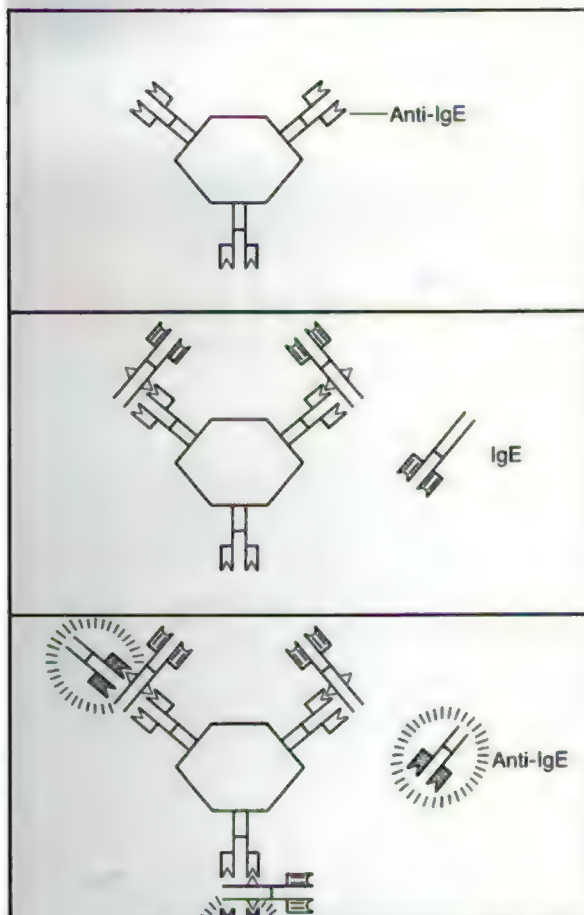
الشكل 11 - 4 : شرى كوليزجي .



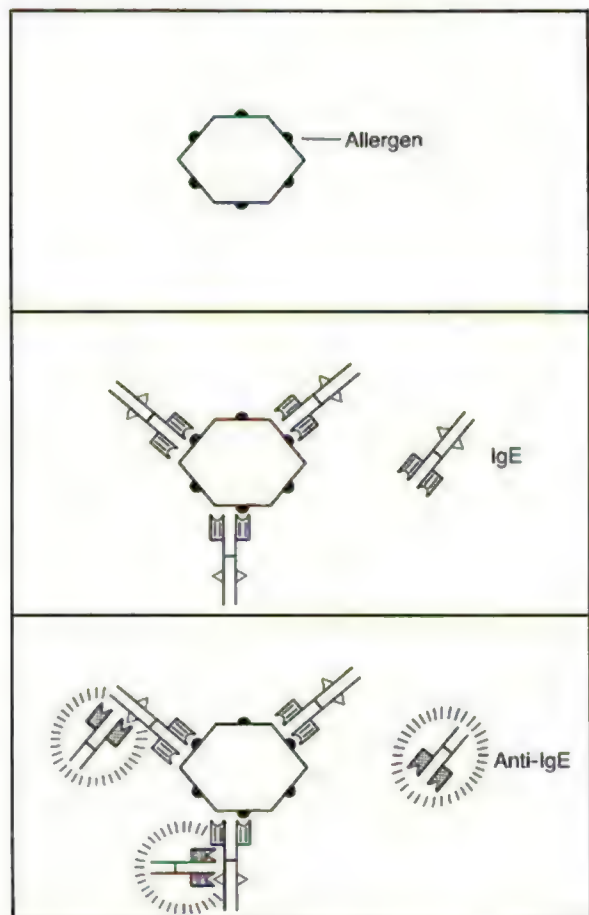
الشكل 11 - 2 : كتوية جلد شروية .



الشكل 11 - 5 : اختبار الوخز . الشكل 11 - 6 : اختبار داخل الجلد . الشكل 11 - 7 : إيجابية الاختبار داخل الجلد .



الشكل 11 - 9 : أساس اختبار RAST .



الشكل 11 - 8 : أساس اختبار PRIST .



الشكل 11 - 10 : معالجة التفاعلات التأقانية في المراحل المختلفة (عن Ring 1988) .



الشكل 11 - 11 : الوذمة العرقية .

الفصل الثاني عشر



الشكل 12 - 4 : سعة إميائية .



الشكل 12 - 1 : مراحل التهاب الجلد التماسي الحاد كما يتصورها Kreibich : تعدد الأشكال باختلاف المراحل نموذجياً ... ، التهاب جلد حاد دون نز أو تجلّب ... التهاب جلد حاد فقط مع حمى وتوسف



الشكل 12 - 5 : إكزيمة متشققة Eczema Craquele .



الشكل 12 - 2 : التهاب الجلد التخرشي التماسي الحاد ، التهاب الجلد الشمسي (مرحلة الحمامي) .



الشكل 12 - 6 : إكزيمة الميزابة (القنالية) Eczema Canale .



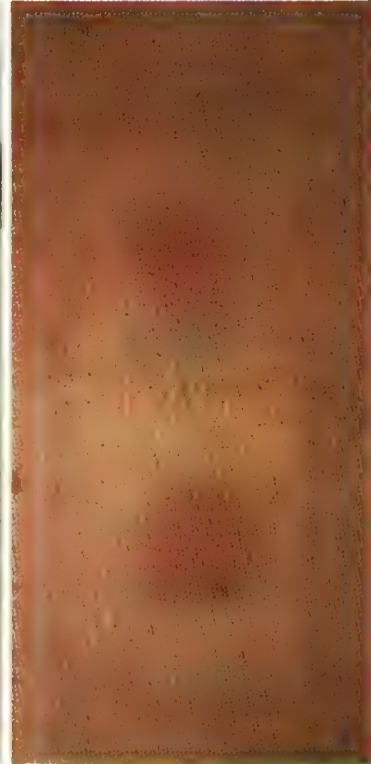
الشكل 12 - 3 : التهاب الجلد التخرشي التماسي الحاد (الطور التوسفي) .



الشكل 12 - 8 : إكزيمة اليد المشققة مفرطة التقرن .



الشكل 12 - 7 : إكزيمة اليد التخريشية التراكمية المزمنة .



الشكل 12 - 9 : الاختبار البقي (الرقي) ، على اليسار : تطبيق شريط الاختبار .
 - في الوسط : نزع شريط الاختبار بعد ٤٨ ساعة مع وضع علامات على مناطق الاختبار .
 - على اليمين : اختبارين رقميين إيجابيين .



الشكل 12 - 13 : التهاب جلد حاد أرجي بالتماس ، الطور التجليبي ، المستأرج بالتماس هو صبغة الشعر .



الشكل 12 - 10 : التهاب الجلد الأرجي التماسي الحاد : المستأرج بالتماس هو أبخرة التريبتين .



الشكل 12 - 14 : التهاب جلد حاد أرجي بالتماس مع تفاعل منتشر ، المستأرج بالتماس هو الأزولين .



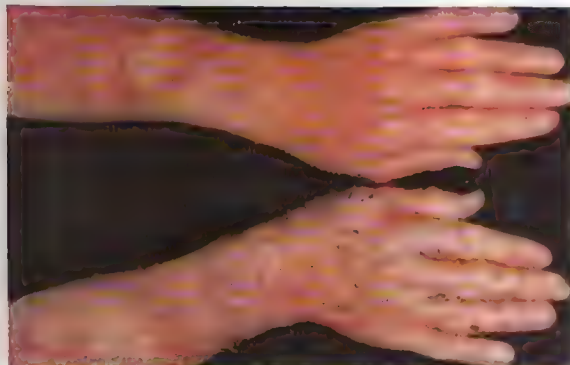
الشكل 12 - 11 : التهاب جلد أرجي تماسي حاد من نموذج خلل التعرق . المستأرج بالتماس هو Epoxide Resine .



الشكل 12 - 15 : إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس (إكزيمة رباط القبة) المستأرج بالتماس هو اللوريل .



الشكل 12 - 12 : التهاب جلد حاد أرجي بالتماس على الأذن مع امتداد الآفات باتجاه الوجنتين ، المستأرج بالتماس هو سلفات النيومايسين .



الشكل 12 - 16 : إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس .



الشكل 12 - 20 : إكزيمة منية عند وليد حديث الولادة .



الشكل 12 - 17 : إكزيمة الأنامل عند طبيب أسنان ،
المستأرجات بالقماس هي المينجات .



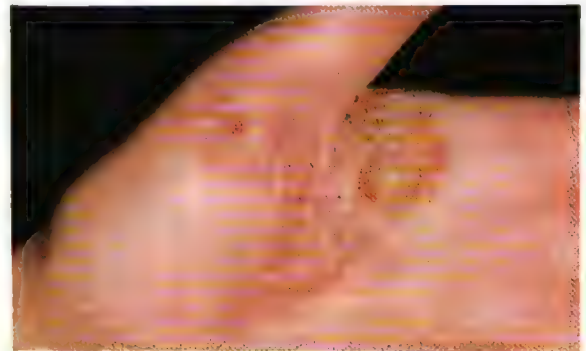
الشكل 12 - 21 : إكزيمة منية .



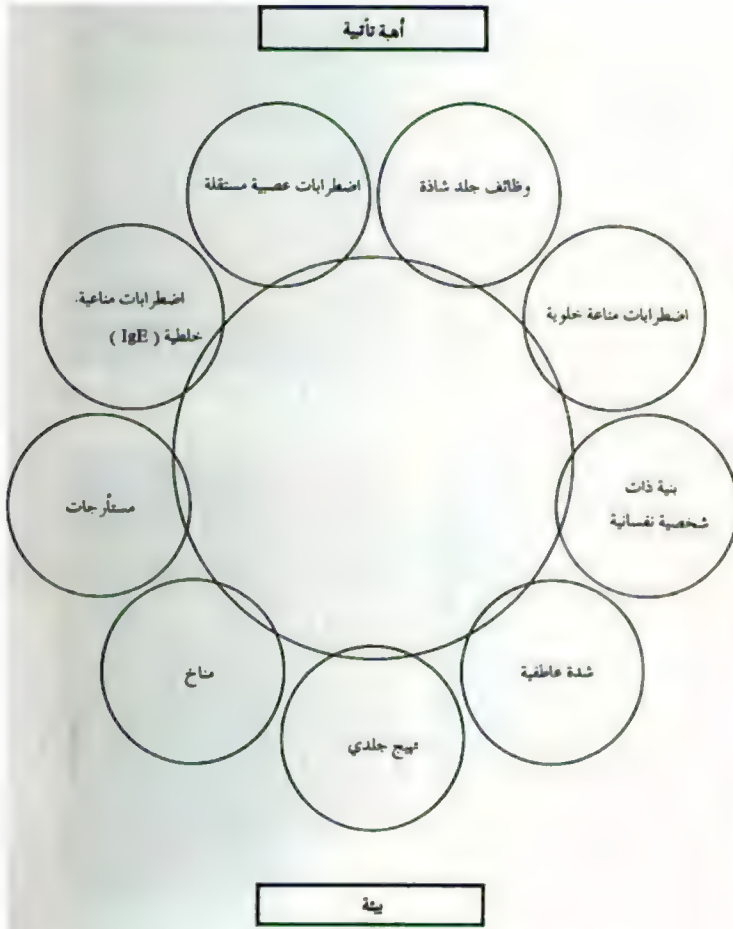
الشكل 12 - 18 : إكزيمة مزمنة أرجية بالقماس ، المستأرج بالقماس
بلسم البيرو ، اللانولين .



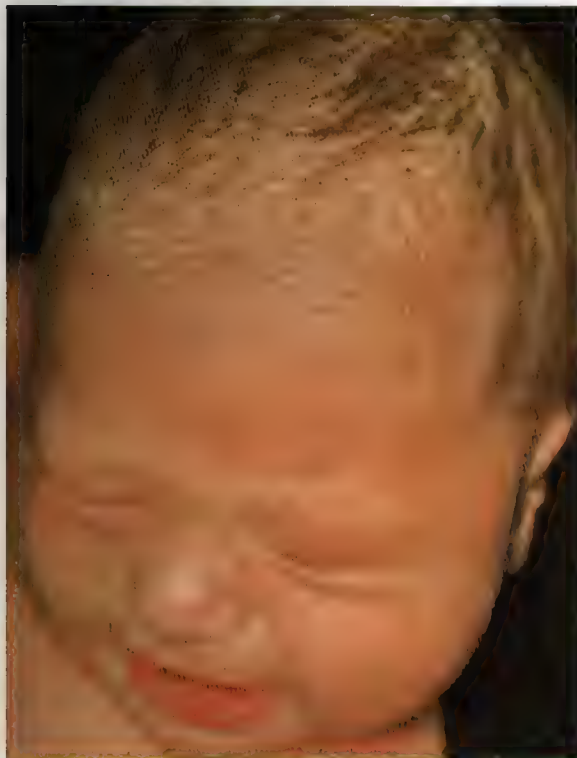
الشكل 12 - 22 : إكزيمة منية .



الشكل 12 - 19 : إكزيمة مزمنة أرجية بالقماس من غط خلل
التعرق . المستأرج بالقماس هو النيكل (المقص) .



الشكل 12 - 24 : الأمراض متعددة العوامل في التهاب الجلد التأتبي .



الشكل 12 - 23 : إكزيمة درمية (نمية) .

الشكل 12 - 25 : إكزيمة تأتبية عند وليد ، تدعى « جلبة الحليب » .



الشكل 12 - 30 : سعة كاذبة لدى مريض تأبّي .



الشكل 12 - 26 : إكزيمة تأبّيّة في سن الطفولة ، وهي ما يدعى إكزيمة الشّيات .



الشكل 12 - 31 : إكزيمة تأبّيّة : نموذج حكاكي .



الشكل 12 - 27 : علامة هيرتوغ Hertoghe .



الشكل 12 - 28 : إكزيمة تأبّيّة .



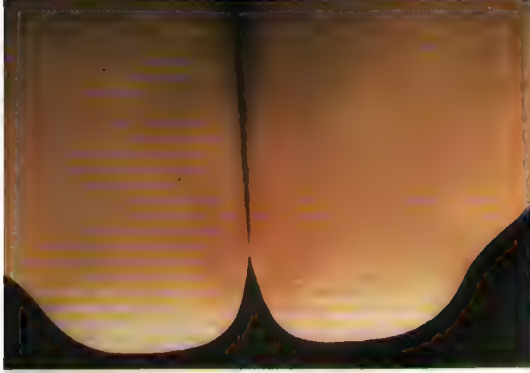
الشكل 12 - 32 : إكزيمة تأبّيّة درهميّة (غيّة) .



الشكل 12 - 29 : إكزيمة تأبّيّة متحرّزة في الفرج .



الشكل 12 - 33 : إكزيمة تأتبية في ناحية هالة الثدي (إكزيمة الحلمة) .



الشكل 12 - 36 : التهاب جلد حزازاني بالاحتكاك (التهاب جلد بصندوق الرمل Sandbox Dermatitis) .



الشكل 12 - 34 : طليّات أو ثنيات التأتب في الأُجفان السفلية (خطوط Morgane Dennie) .



الشكل 12 - 37 : التهاب جلد حفاظي .

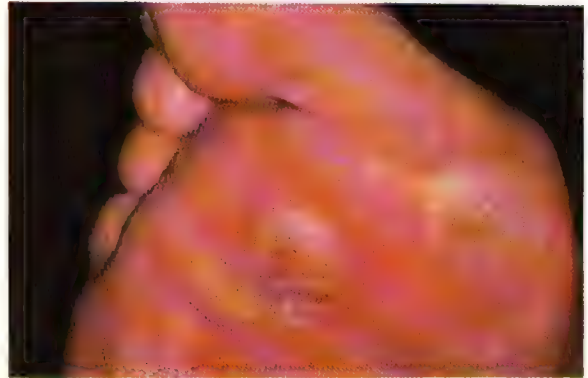


الشكل 12 - 35 : اليد السُماكية مع تغضنات زائدة العمق في اليد .

الفصل الثالث عشر



الشكل 13 - 1 : فقاعات آية أو بالاحتكاك .



الشكل 13 - 2 : ثفن .



الشكل 13 - 4 : حرق من الدرجة الثانية .



الشكل 13 - 5 : حرق من الدرجة الثالثة .



الشكل 13 - 3 : عقب أسود .



الشكل 13 - 6 : عضة صقيع من الدرجة الثالثة .



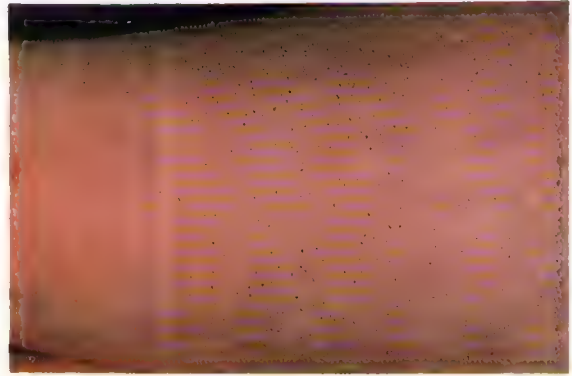
الشكل 13 - 10 : كي من الدرجة الثالثة - حمض الخليك .



الشكل 13 - 7 : شرث .



الشكل 13 - 11 : التهاب جلد إشعاعي مزمن مع تقرر
روننجية متعددة وحثل ظفري لدى جراح .



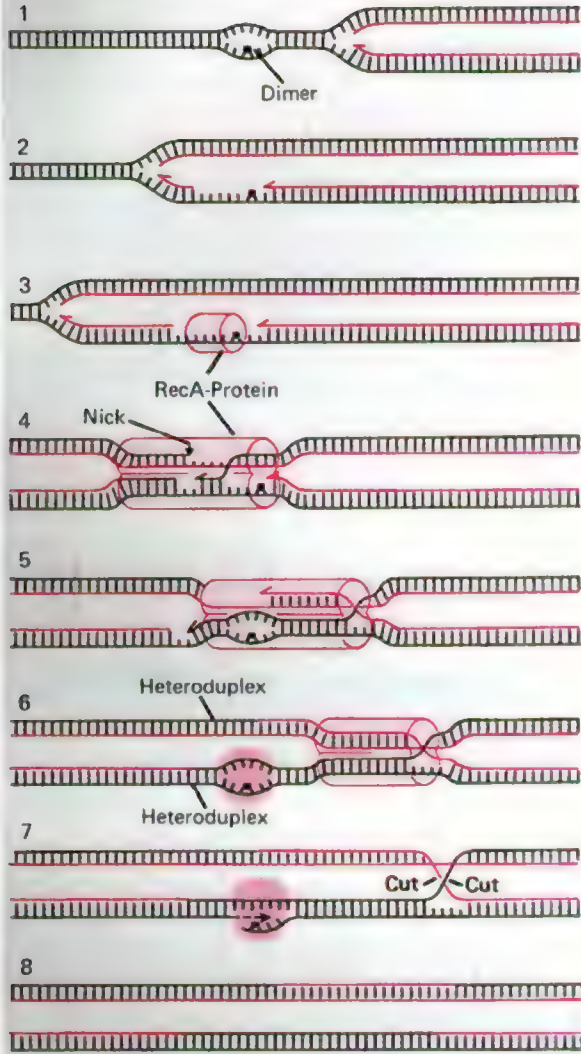
الشكل 13 - 8 : شرث جريبي .



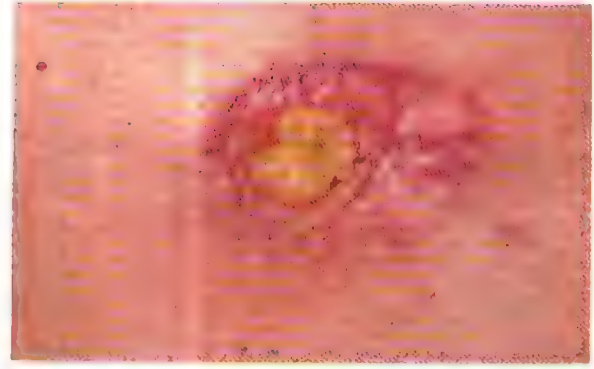
الشكل 13 - 12 : التهاب جلد إشعاعي تبكلي بعد مع
إشعاعية لسرطانة قاعدية الخلايا .



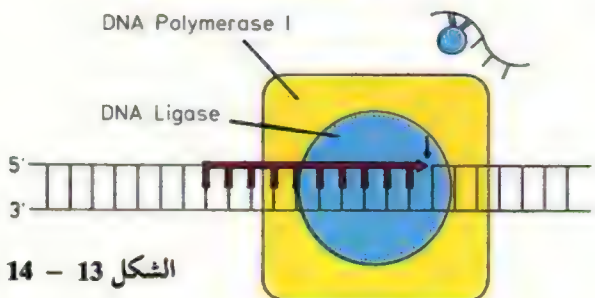
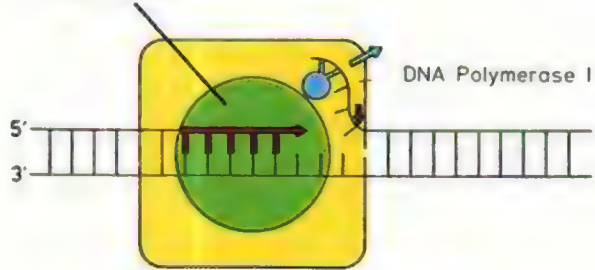
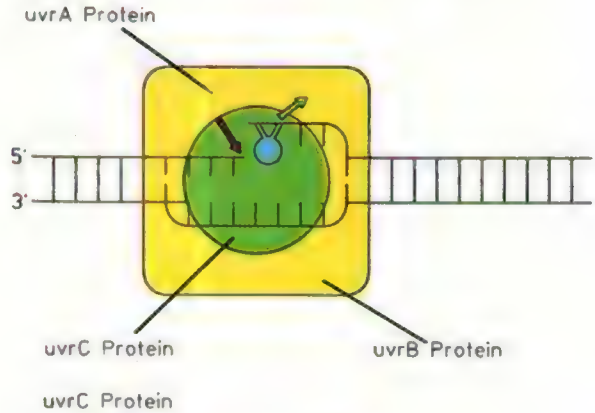
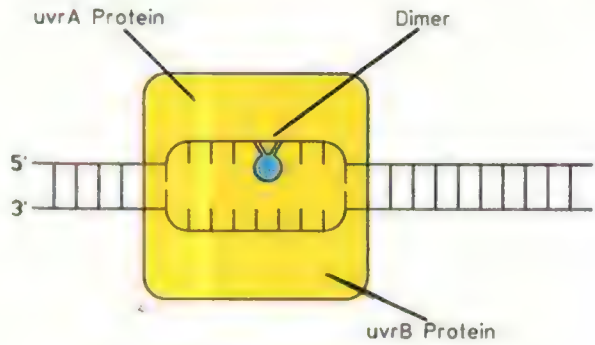
الشكل 13 - 9 : أذية كهربائية .



الشكل 13 - 15 : تصليح بعد التنسخ : بعض أنماط التغيرات
وقد صُلِّحت بعد حدوث تنسخ الدنا . تنحل السلسلتان الأم أثناء
التنسخ وتعطيان المطرق لتركيب سلاسل بنات . تُزال المثنويات
المقابلة لسلسلة سليمة بالتصليح بالاستئصال ، ولكن المثنويات في
سلسلة أم تهي الإزدواج الأصلي ، وبذلك لا تتركب أي سلسلة ابنة
في هذه النقطة ، وتنشأ ففوة بعد التنسخ . وتُصلح هذه الففوة
بتأثير بروتين Rec A وبوليميراز الدنا .



الشكل 13 - 13 : التهاب جلد إشعاعي مزمن مع قرحة
رونجن .



الشكل 13 - 14 : تصليح بالاستئصال .



الشكل 13 - 16 : التهاب جلد شمسي ، مرحلة حمامية .



الشكل 13 - 17 : جفاف جلد مصطبغ .



الشكل 13 - 19 : التهاب جلد قلادي .



الشكل 13 - 20 : التهاب جلد ضوئي نباتي (ذراع) .



الشكل 13 - 18 : التهاب جلد تماسي سُمي ضوئي
(٨ ميتوكسي بسورالين و UVA) .



الشكل 13 - 23 : شرى شمسي (معرض بأشعة UVA) .



الشكل 13 - 21 : التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي بسبب الكلوربرومازين .



الشكل 13 - 24 : طفح ضوئي متعدد الأشكال .



الشكل 13 - 22 : تفاعل ضوئي مستمر .



الشكل 13 - 25 : طفح ضوئي متعدد الأشكال (منطقة
القص) .

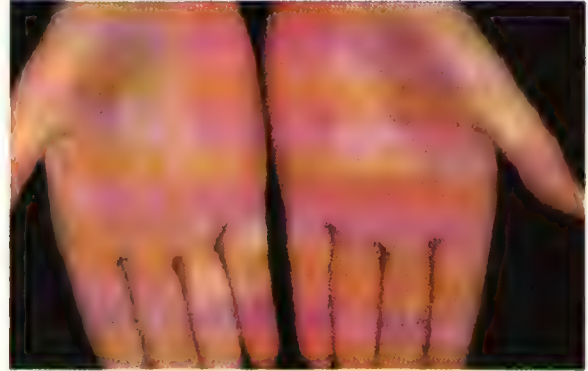


الشكل 13 - 26 : حصاف وقسي الشكل .

الفصل الرابع عشر



الشكل 14 - 4 : حمامى مرتفعة دائمة .



الشكل 14 - 1 : حمامى راحية .



الشكل 14 - 5 : حمامى عديدة الأشكال .



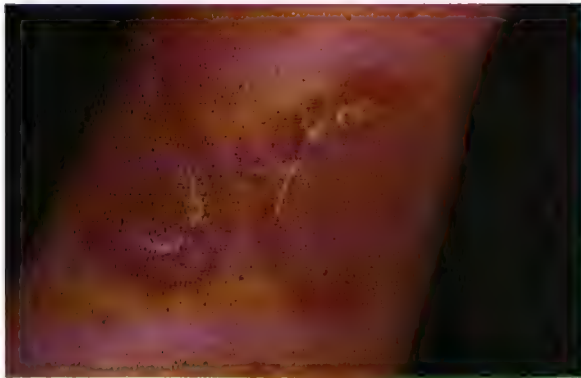
الشكل 14 - 2 : حمامى حلقيه ناهضة .



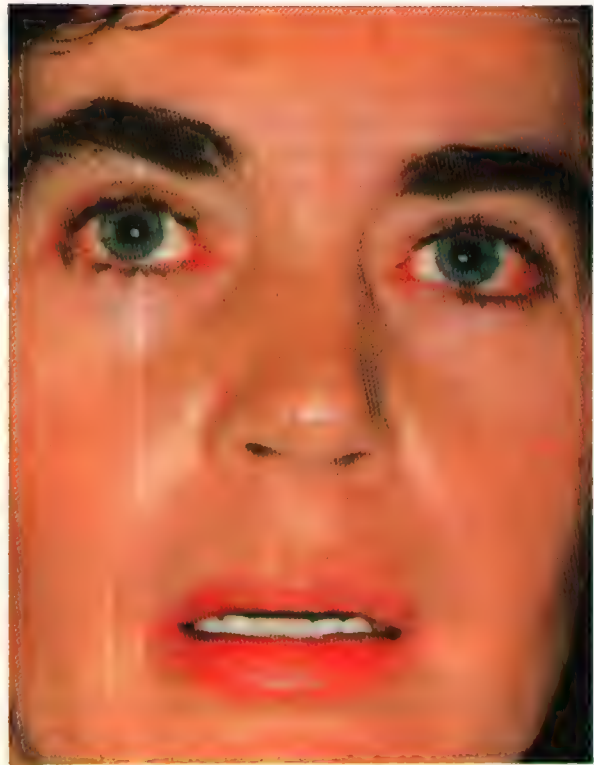
الشكل 14 - 6 : حمامى عديدة الأشكال (غط سنوي) .



الشكل 14 - 3 : حمامى ملتفة زاحفة .



الشكل 14 - 9 : جلاد عدل حمى حاد (متلازمة سويت) .



الشكل 14 - 7 : حمى عديدة الأشكال (متلازمة فوكس) .



الشكل 14 - 10 : نخالية وردية .



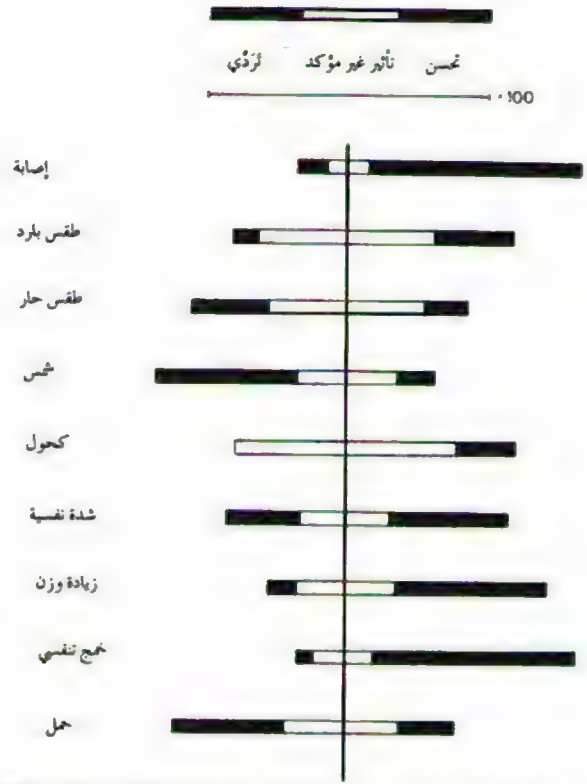
الشكل 14 - 8 : حمى عقدة .



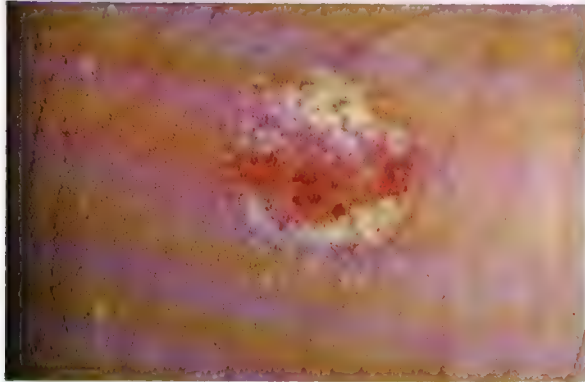
الشكل 14 - 11 : صدف شائع ، ظاهرة كوبنز بسبب شريط لاصق .



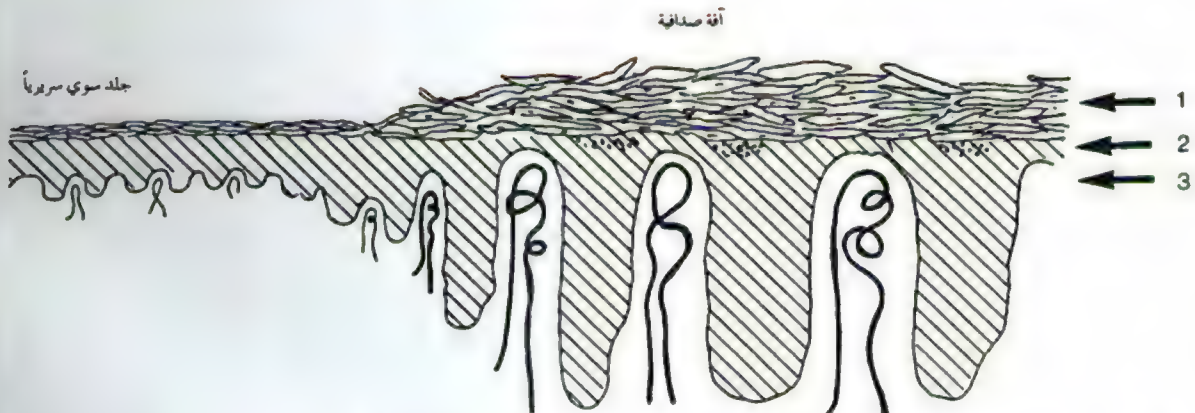
الشكل 14 - 13 : فرضية أمراض الصدف .



الشكل 14 - 12 : تأثيرات عوامل خارجية وداخلية المنشأ على الصدف الشائع في ٥٣٦ مريضاً .



الشكل 14 - 14 : صدف شائع - الظاهرة الثالثة : نزف بوري تالٍ لكشط طبقة الجلد الأخيرة . (ظاهرة أوسبيتز Auspitz's Phenomenon) . ويمكن مشاهدة وسوف فضية (الظاهرة الأولى - ظاهرة التشمع) .



الشكل 14 - 15 : بنية نسيجية لآفة صدفية ، تشير الأسهم إلى مستويات ظواهر الصدف السريرية : ١ - ظاهرة التشمع . ٢ - طبقة الجلد الأخيرة . ٣ - النزف البوري (ظاهرة أوسبيتز) .



الشكل 14 - 18 : صدف شائع ، غط ثابت مزمن مع سور
تحت حادة .



الشكل 14 - 16 : صدف شائع ، غط نقطى .



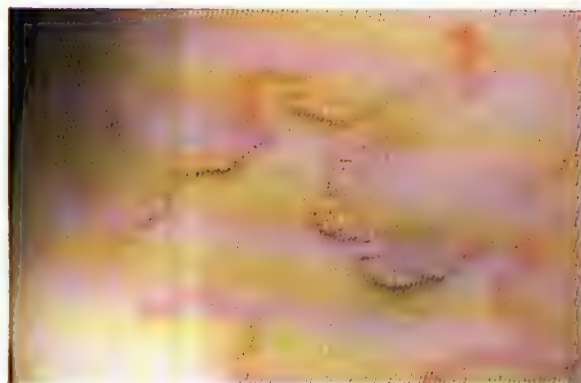
الشكل 14 - 19 : أحمرية صدفية .



الشكل 14 - 17 : صدف شائع ، غط غمي مع تلافى للبقع .



الشكل 14 - 22 : صدف مذحي مع شق غمطي .



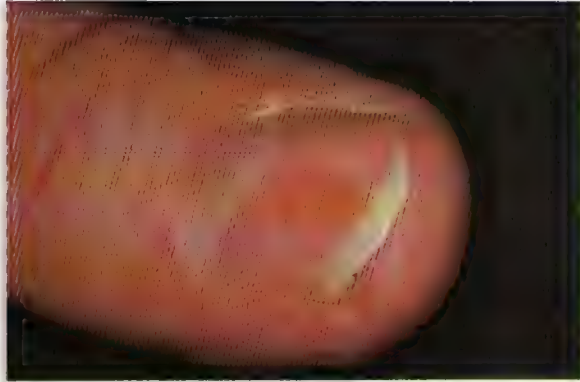
الشكل 14 - 20 : صدف متلفف .



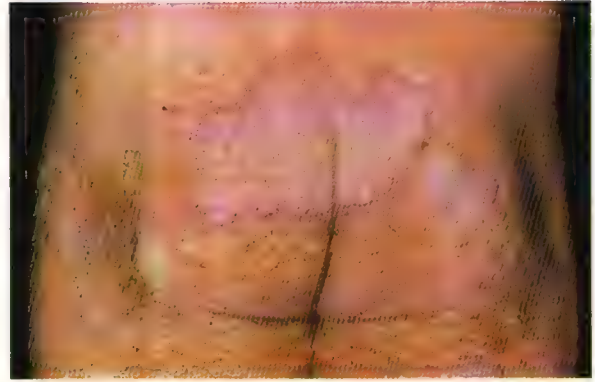
الشكل 14 - 23 : صدف شائع على القضيب .



الشكل 14 - 21 : صدف شائع .



الشكل 14 - 28 : صدف ظفري ، بقعة الزيت .



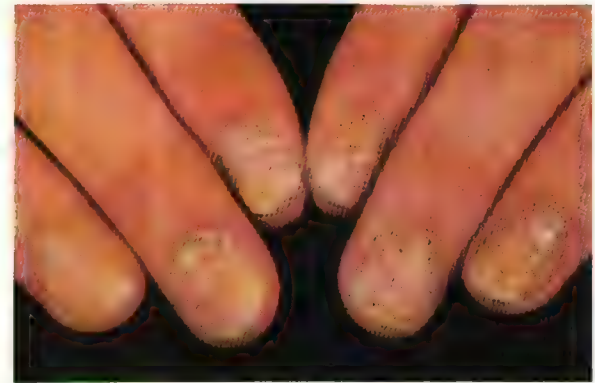
الشكل 14 - 24 : صدف شائع في المنطقة العجزية .



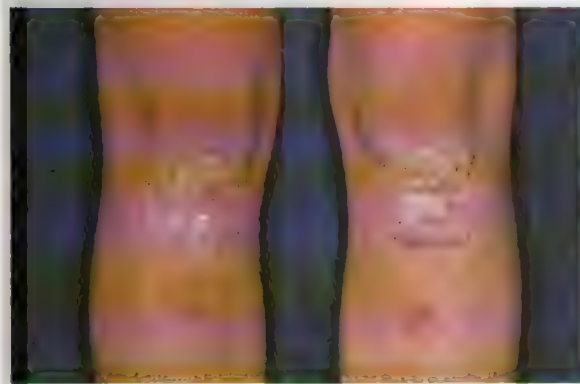
الشكل 14 - 29 : صدف شائع ، صدف داخلي ، تنقرات ظفرية ، انفكاك ظفري يعزى إلى صدف سرير الظفر .



الشكل 14 - 25 : صدف شائع راحي .



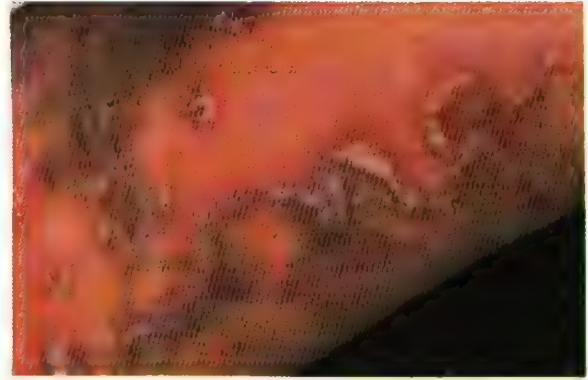
الشكل 14 - 26 : صدف مَطْرَق الظفر .



الشكل 14 - 30 : صدف شائع على الركبتين .



الشكل 14 - 27 : صدف شائع ، تنقرات ظفرية .



الشكل 14 - 31 : صدف بئري معمم .



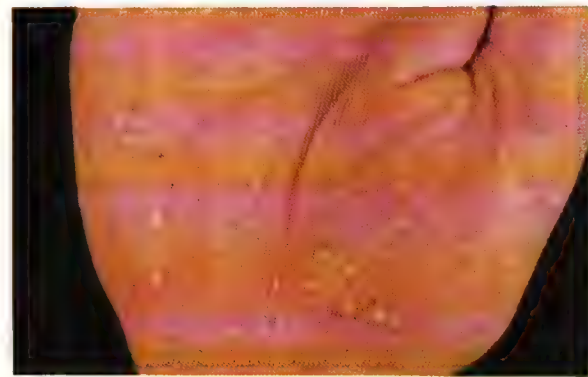
الشكل 14 - 32 : صدف بئري معمم .



الشكل 14 - 34 : التهاب مفاصل صدفى ، غمط جادع .



الشكل 14 - 35 : صدف شائع عولج بالأنترايين ، وضع كاذب صدفى .



الشكل 14 - 33 : صدف بئري على راحة اليد .



الشكل 14 - 38 : نخالية حزازانية مزمنة .



الشكل 14 - 36 : نخالية حمراء شعرية .



الشكل 14 - 39 : نخالية حزازانية مزمنة ، وسوف تشبه الرقاقة .



الشكل 14 - 40 : نخالية حزازانية حماقية الشكل حادة .



الشكل 14 - 37 : نخالية حمراء شعرية .



الشكل 14 - 43 : نظير صدف لويجي ، غط كبير اللويحات
تبكلي .



الشكل 14 - 41 : نظير صدف لويجي ، غط حميد صغير
اللويحات .



الشكل 14 - 44 : أحمرية ملانية مع دنف وتورمات عقد لمفية .



الشكل 14 - 42 : نظير صدف لويجي ، غط كبير اللويحات
التهابي .



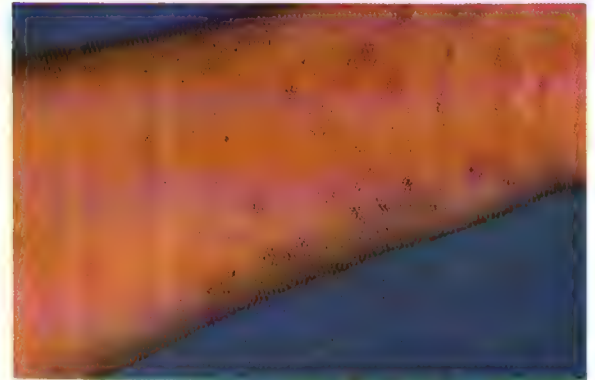
الشكل 14 - 49 : خزاز مسطح جريبي (خزاز مسطح مؤنف)



الشكل 14 - 45 : خزاز مسطح ، خطوط ويكهام .



الشكل 14 - 50 : خزاز مسطح ضخامي .



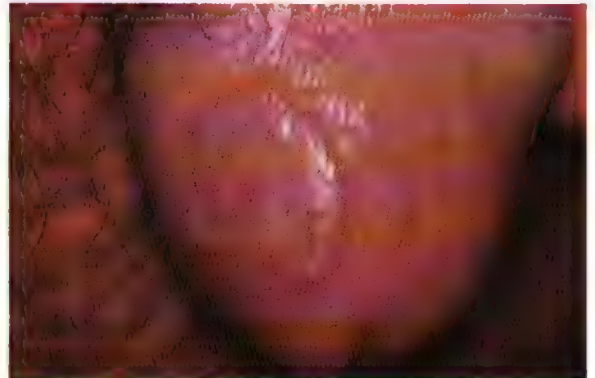
الشكل 14 - 46 : خزاز مسطح ، الوجه الانعطافي للساعد .



الشكل 14 - 51 : التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي .



الشكل 14 - 47 : خزاز مسطح في المخاطية الفموية .



الشكل 14 - 48 : خزاز مسطح على حشفة القضيب .



الشكل 14 - 54 : شواك أسود .



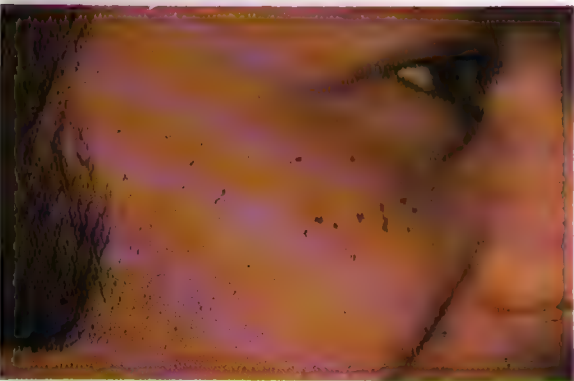
الشكل 14 - 52 : المتلازمة الحويصلية الحطاطية الموضوعة على الأطراف الطفلية .



الشكل 14 - 55 : شواك أسود كاذب .

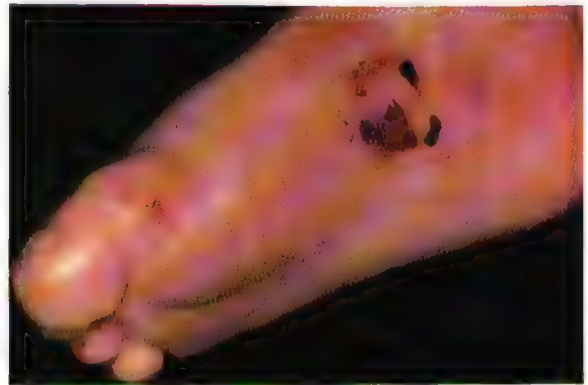
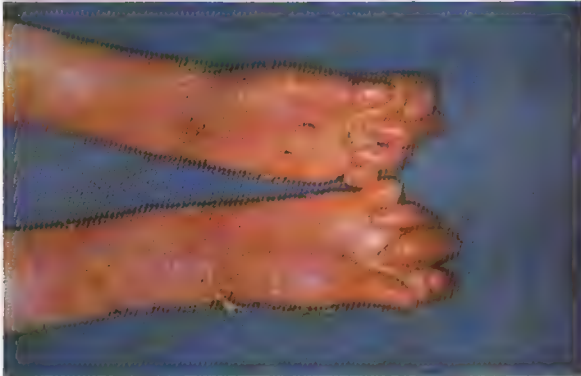
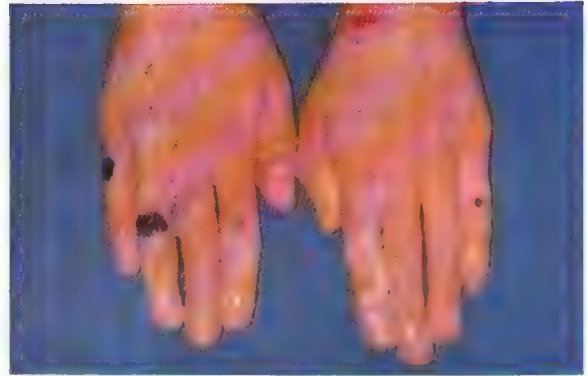


الشكل 14 - 53 : حزاز خطي .



الشكل 14 - 56 : جلاد حطاطي عند الزنوج .

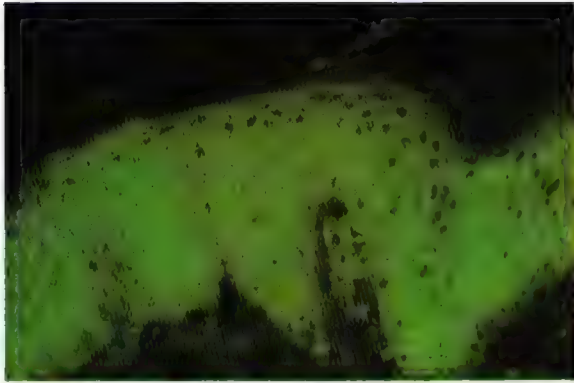
الفصل الخامس عشر



الشكل 15 - 1 : انحلال بشرة فقاعي بسيط .



الشكل 15 - 2 : انحلال بشرة فقاعي حثلي .



الشكل 15 - 6 : فقاع شائع . يبدى التآلق المناعي المباشر ترسب IgG (أضداد بين الخلايا) في البشرة .



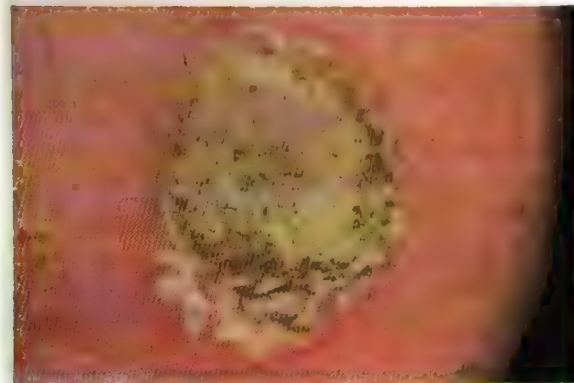
الشكل 15 - 3 : فقاع شائع .



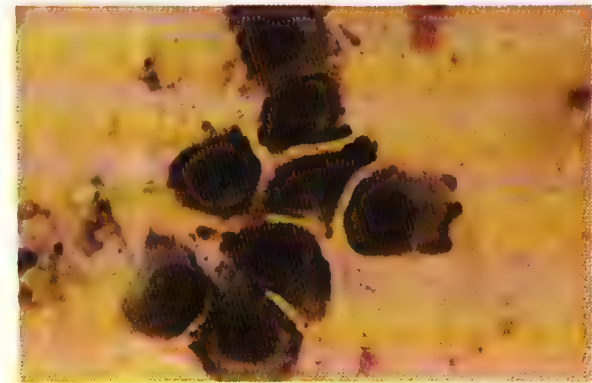
الشكل 15 - 7 : فقاع تنبئي غطت نيومان .



الشكل 15 - 4 : فقاع شائع .



الشكل 15 - 8 : فقاع تنبئي غطت هالوبو .



الشكل 15 - 5 : اختبار ترانك - خلايا الفقاع .



الشكل 15 - 11 : فقاع عائلي حميد مزمن .



الشكل 15 - 9 : فقاع ورقي .



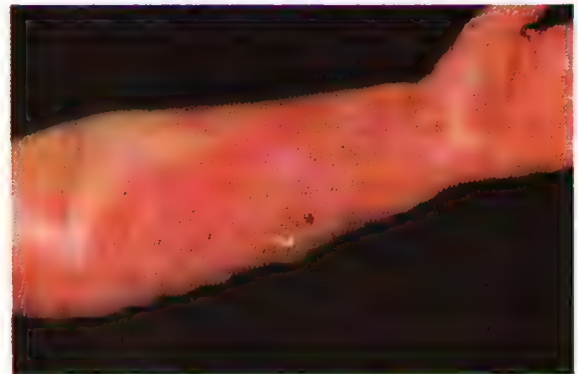
الشكل 15 - 12 : جلاد حال للأشواك عابر .



الشكل 15 - 10 : فقاع عائلي حميد مزمن .



الشكل 15 - 15 : فقاعاني ندبي .



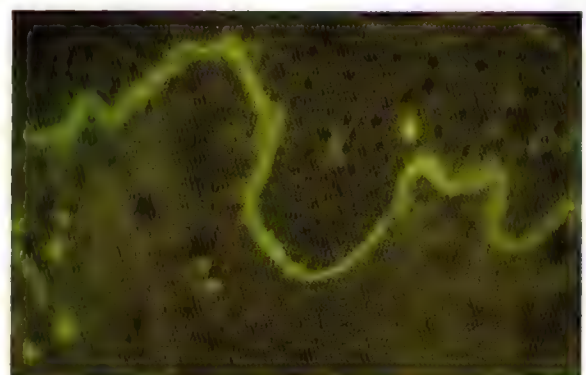
الشكل 15 - 13 : فقاعاني فقاعي .



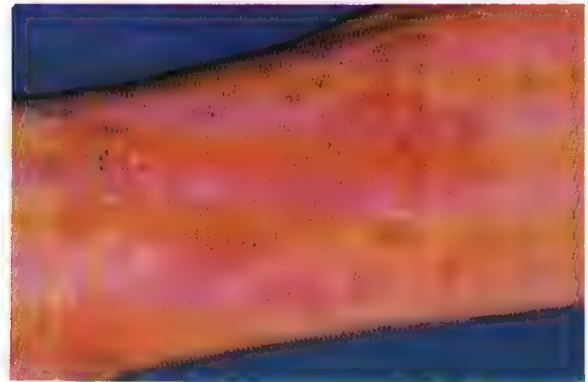
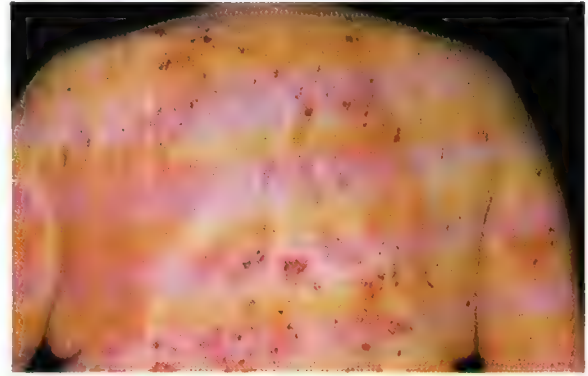
الشكل 15 - 16 : فقاعاني ندبي .



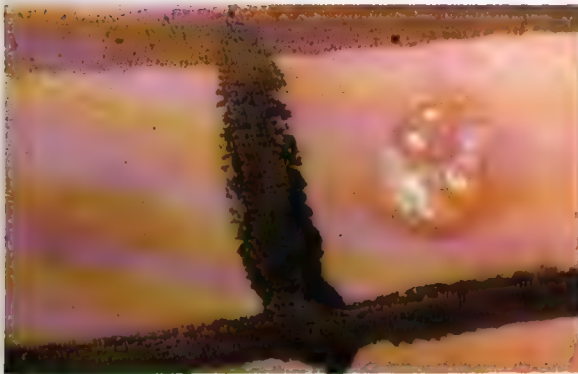
الشكل 15 - 17 : حلاً حملي .



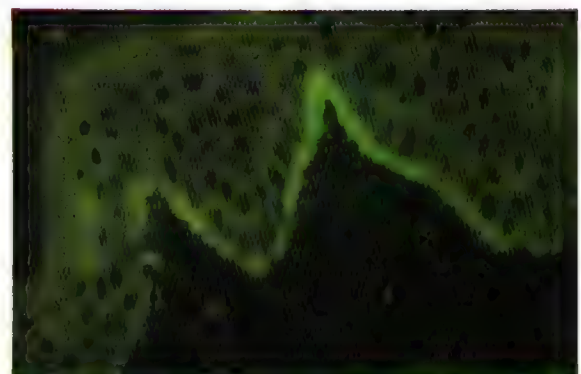
الشكل 15 - 14 : فقاعاني فقاعي . تَرُسَبَات IgG في منطقة الغشاء القاعدي (تَأَلَق مَنَاعِي مَبَاشِر) .



الشكل 15 - 18 : التهاب جلد حثلي الشكل .



الشكل 15 - 19 : التهاب جلد حثلي الشكل . إيجابية الاختبار الرقعي بمرهم يوديد البوتاسيوم : حويصلات حثلية الشكل .



الشكل 15 - 20 : التهاب جلد حثلي الشكل : ترسبات IgA حبيبية في منطقة الغشاء القاعدي (تآلق مناعي مباشر) .

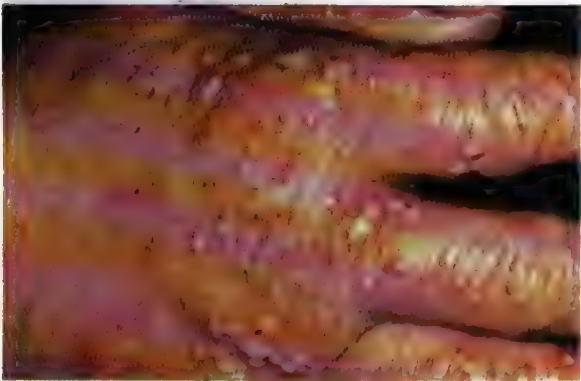
الفصل السادس عشر



الشكل 16 - 3 : جلاد بئري تحت الطبقة المتقرنة على الجذع .



الشكل 16 - 1 : التهاب جلد الأطراف المستمر المقيح .



الشكل 16 - 4 : بثار جلدي معمم .

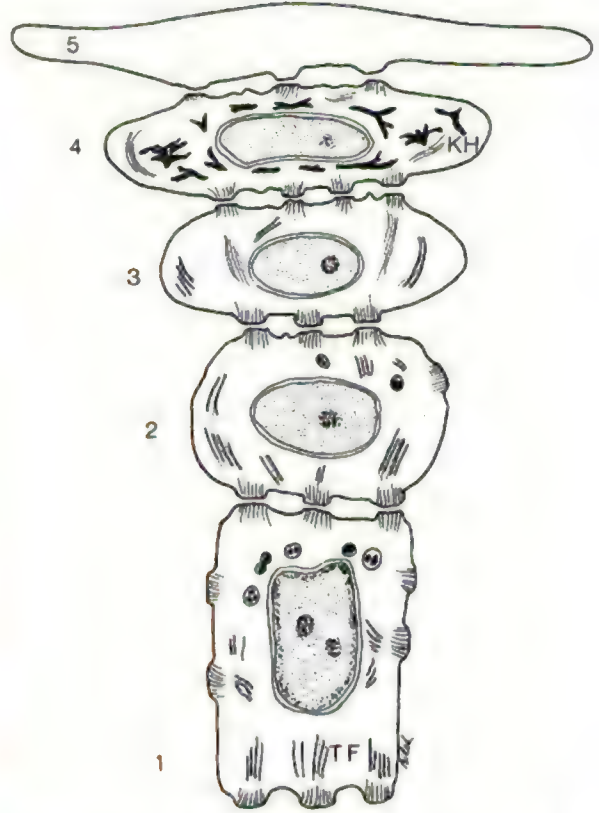


الشكل 16 - 2 : بثار راحي أنمصي .

الفصل السابع عشر



الشكل 17 - 2 : سمك شائع .



الشكل 17 - 1 : تمثيل تخطيطي للخلايا المقرنة . نماذج من الطبقة القاعدية (١) فالطبقة الشائكة السفلية (٢) والعلوية (٣) ، إلى الطبقة الحبيبية (٤) . انتقال مفاجيء للخلايا المقرنة إلى الخلايا المقرنة في الطبقة المقرنة (٥) . TF ، حزم الجيوب الموترية ؛ KH ، كيراتوهيالين .



الشكل 17 - 4 : سمك ولادي .



الشكل 17 - 3 : سمك يد ، فرط خطوطية .



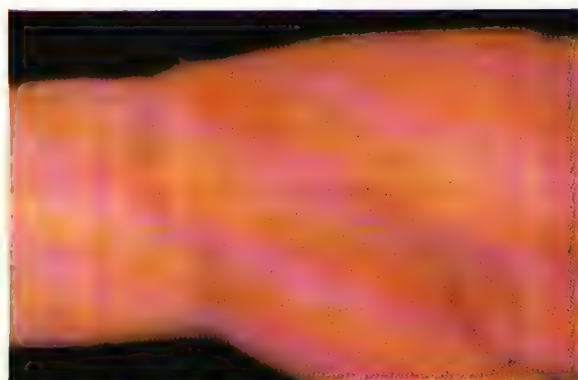
الشكل 17 - 7 : تفران أطراف وراثي مترقي .



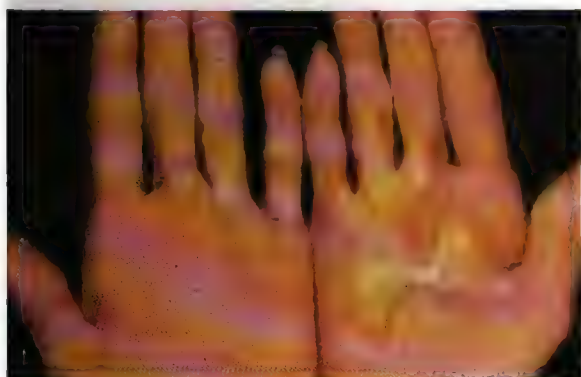
الشكل 17 - 5 : سماك ولادي خفيف .



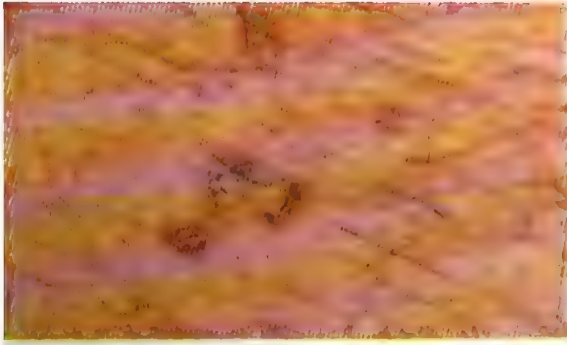
الشكل 17 - 8 : تفران راحي أنمصي حطاطي وبقعي .



الشكل 17 - 6 : تفران راحي أنمصي منتشر محدد .



الشكل 17 - 9 : تفران راحي أنمصي محدد وبقعي .



الشكل 17 - 12 : فرط تقرن جريبي وحول جريبي نفوذ
جلدي Cutum Penetrans (داء كيرل) .



الشكل 17 - 10 : تقران شعري .



الشكل 17 - 13 : تقران جريبي (داء داريه) .



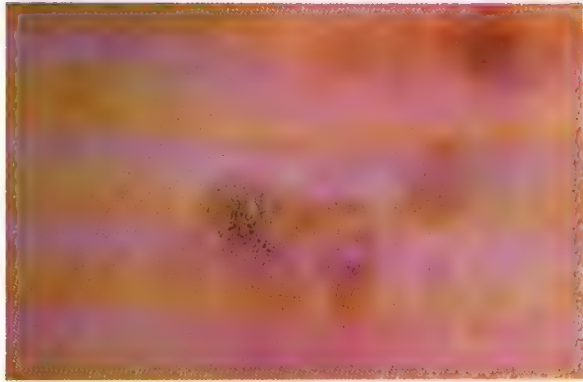
الشكل 17 - 14 : تقران جريبي (داء داريه) .



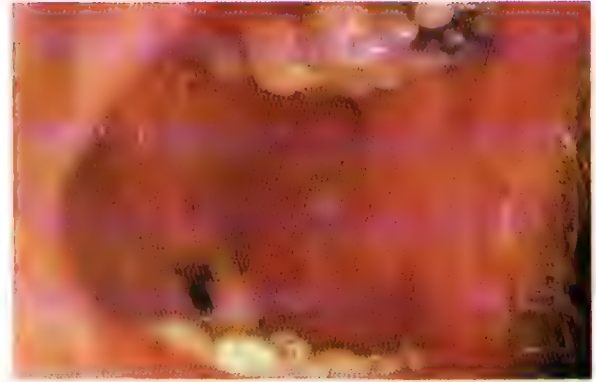
الشكل 17 - 11 : حمامي تنديبة مَحَجَّيَّة المنشأ .



الشكل 17 - 15 : تقران جريبي (داء داريه) ، إصابة ظفرية .



الشكل 17 - 17 : تفران مسامي لمبيل .



الشكل 17 - 16 : تفران جريبي (داء داريه) ، مخاطية فموية .

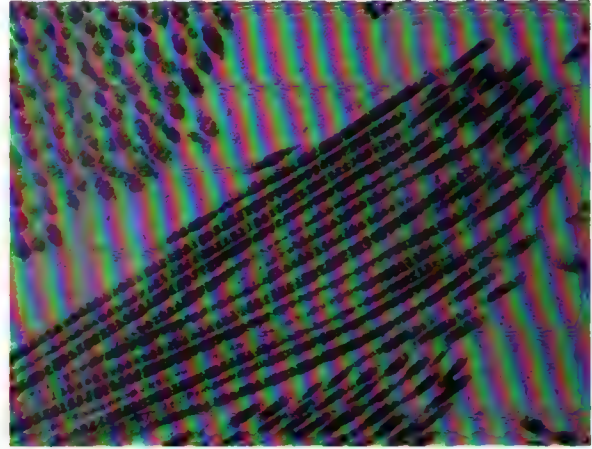


الشكل 17 - 18 : تفران مسامي سطحي سافع منتشر .

الفصل الثامن عشر



الشكل 18 - 3 : ألياف مرنة في جلد طبيعي . ألياف مرنة رقيقة في الطبقة الحليمية ، وألياف ثخينة في الطبقة الشبكية .



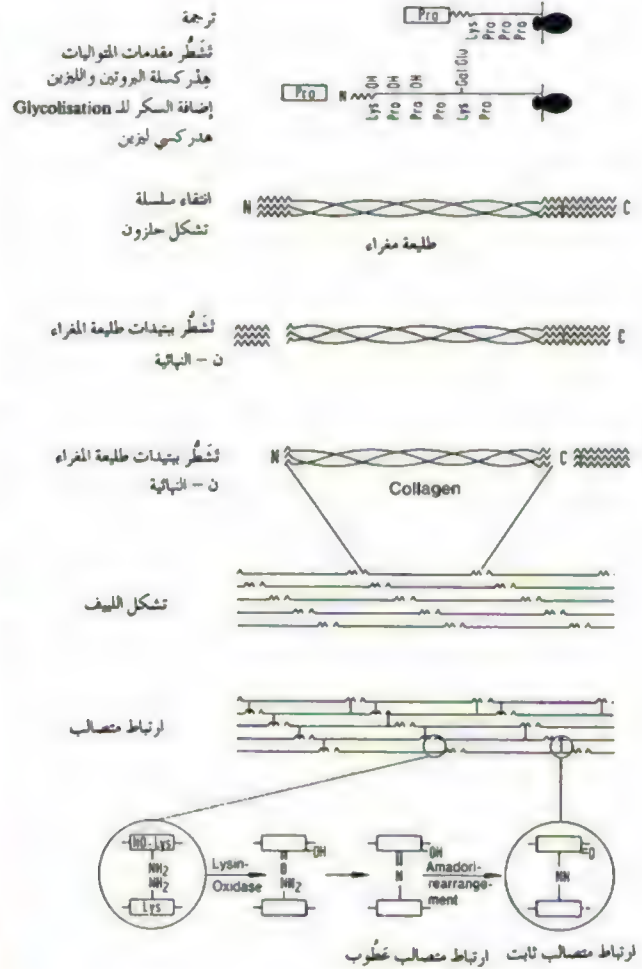
الشكل 18 - 1 : ألياف كلاجين في مقطع عرضي وطولاني يتخطط عرضي غمطي .



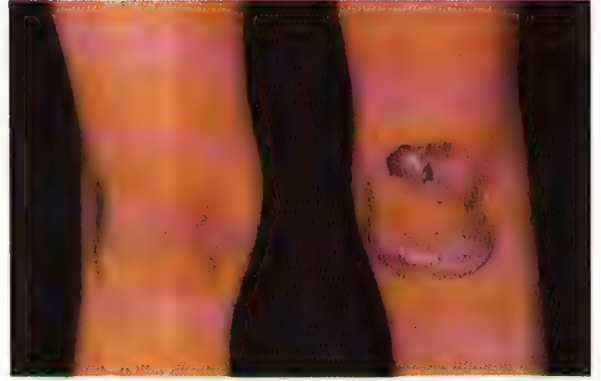
الشكل 18 - 4 : متلازمة إهلر - دانلوز ، وفرط بسوطية المفاصل .



الشكل 18 - 5 : متلازمة إهلر - دانلوز ، فرط مرونة الجلد .



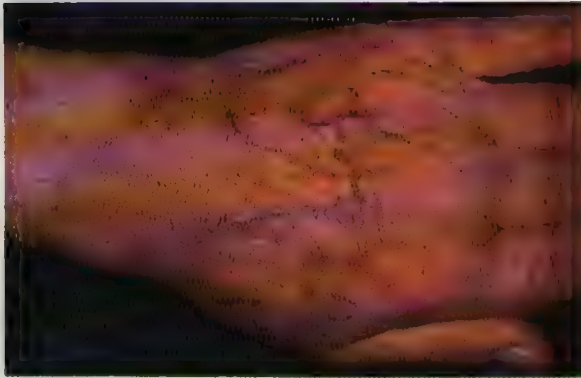
الشكل 18 - 2 : التركيب الحيوي للكلاجين .



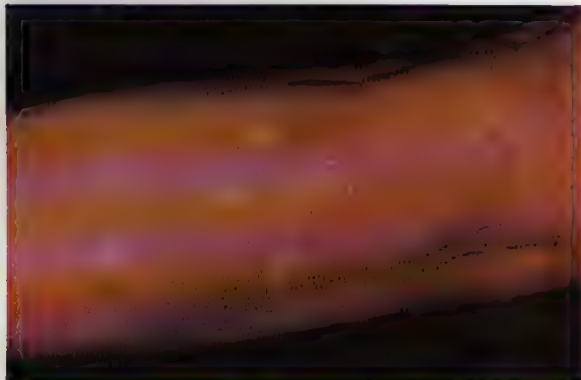
الشكل 18 - 6 : متلازمة إهلر - دانلوز ، أورام كاذبة
مليساية .



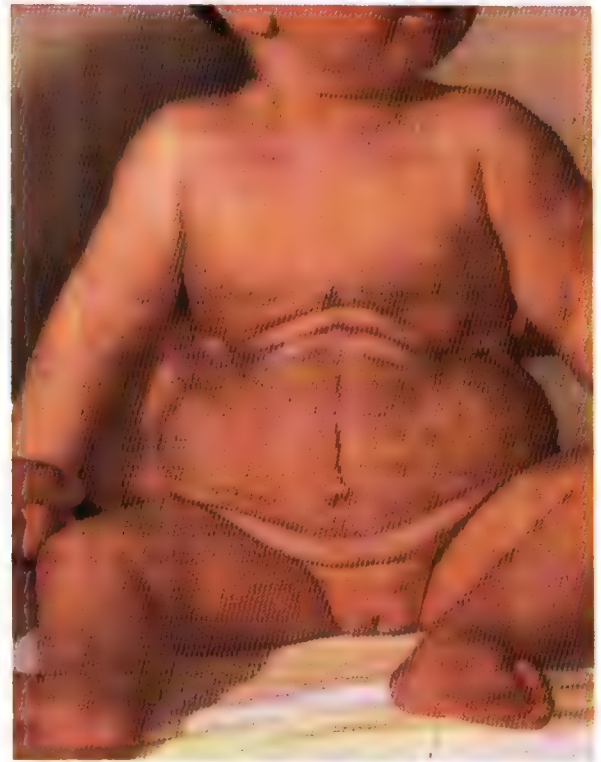
الشكل 18 - 9 : متلازمة روثموند Rothmund .



الشكل 18 - 10 : ضمور جلد شيخي مع فرقرية شيخي .



الشكل 18 - 11 : تندبات نجمية كاذبة .



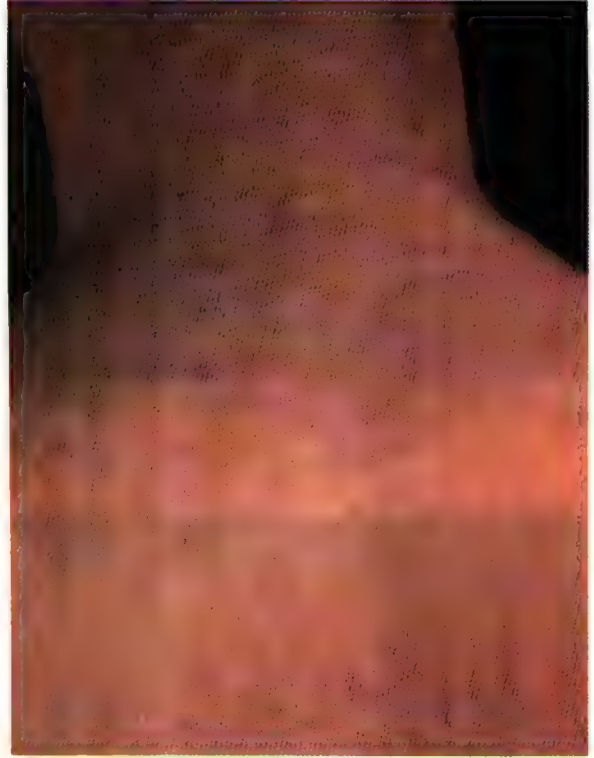
الشكل 18 - 7 : تهدل جلد Cutis Laxa .



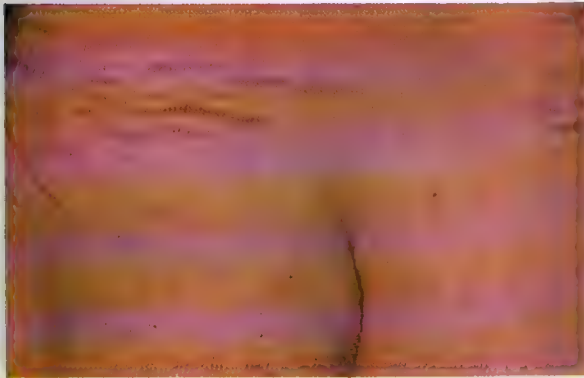
الشكل 18 - 8 : ارتقاء أجفان .



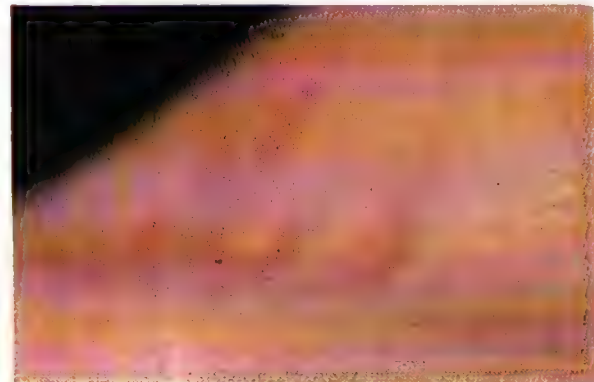
الشكل 18 - 14 : ضمور جلدي دودائي .



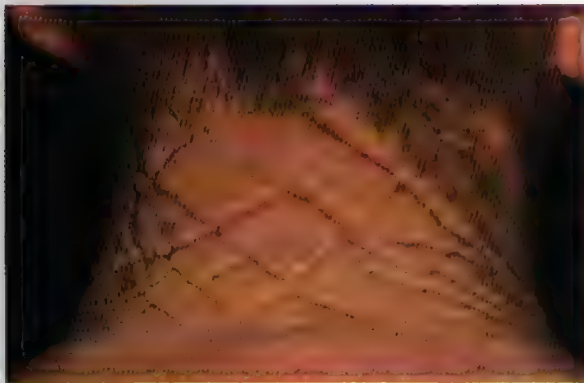
الشكل 18 - 12 : ضمور جلد بقعي مغطى بيليزاري Pellizari .



الشكل 18 - 15 : خطوط متباعدة التمدد (الفزر) .



الشكل 18 - 13 : ضمور جلدي بقعي مغطى شويننجر - بوزي
Schwenninger - Buzzi .



الشكل 18 - 16 : جلد معيني في القفا .



الشكل 18 - 17 : مرنوم منتشر مع زؤان .



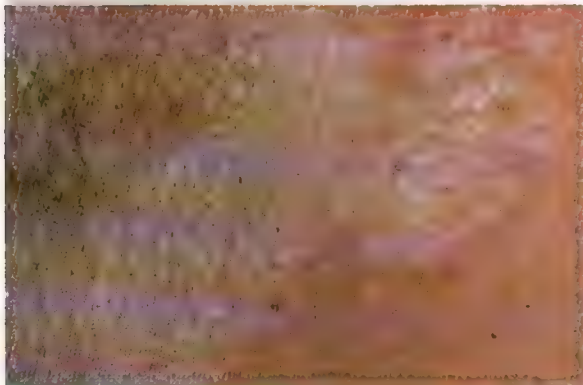
الشكل 18 - 18 : مرن عقيدي مع كيسات وزؤان .



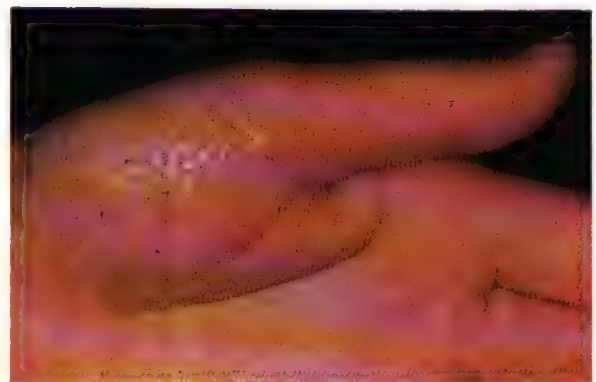
الشكل 18 - 20 : صفروم كاذب مرن .



الشكل 18 - 21 : مرن ثاقب ساعي .



الشكل 18 - 22 : حزاز تصليبي ضموري .



الشكل 18 - 19 : مرانوية تقرنية في النهايات .



الشكل 18 - 23 : حزاز تصليبي ضموري .



الشكل 18 - 26 : تصلب جلد موضع ، قَشِيعة Morphea .



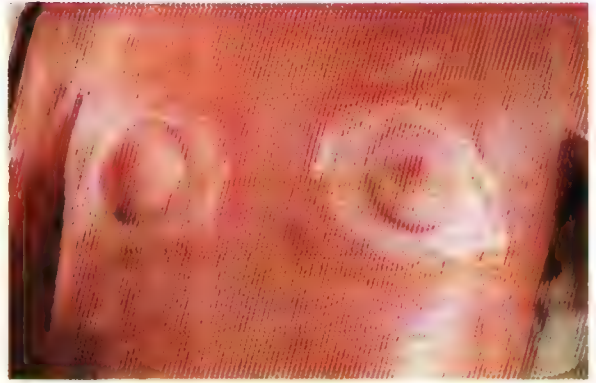
الشكل 18 - 24 : حزاز تصليبي ضموري مع تضيق قلفة
ثانوي .



الشكل 18 - 27 : تصلب جلد موضع منتشر .



الشكل 18 - 25 : حزاز تصليبي ضموري .



الشكل 18 - 28 : تصلب جلد معمّم منتشر .



الشكل 18 - 29 : تصلب جلد على شكل ضربة سيف .



الشكل 18 - 30 : تصلب جلد مجموعي مترقّ .



الشكل 18 - 31 : تصلب جلد مجموعي مترقّ ، فم صغير .



الشكل 18 - 33 : تصلب جلد مجموعي مترقّ ، تصلب لجام اللسان .



الشكل 18 - 32 : تصلب جلد مجموعي مترقّ مع تقفّعات في الأصابع .



غشاء محيطي

SLE



متجانس

شائع جداً . فقط بعيار $1/160$ يشير إلى مرض نسيج ضام



نوي

يشير إلى تصلب جلد مجموعي متري



منقط

شائع . دون أهمية تشخيصية نوعية



منقط متباين

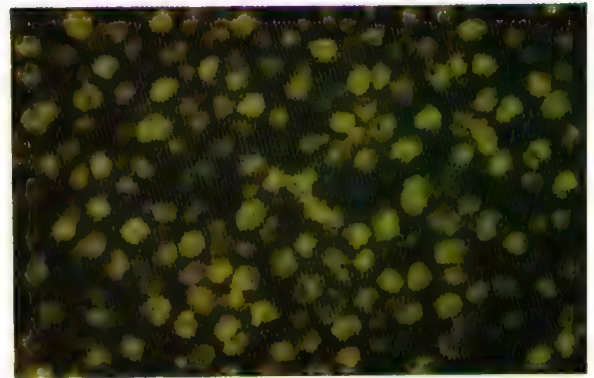
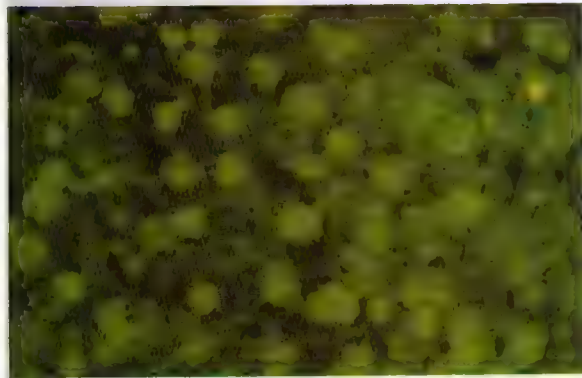
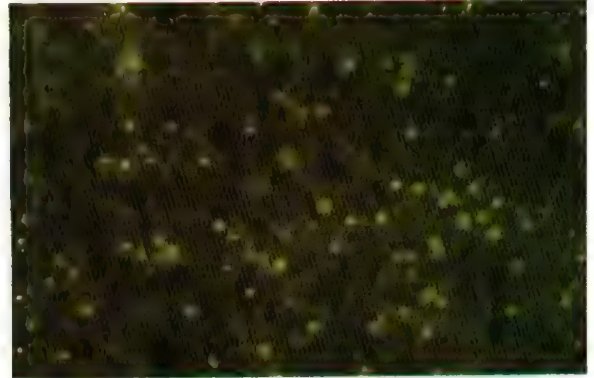
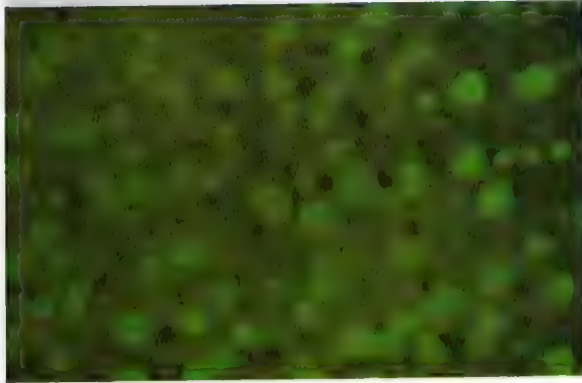
يشير إلى مرض النسيج الضام المختلط مع أضداد ضد RNP - UI (على خلايا HEp)



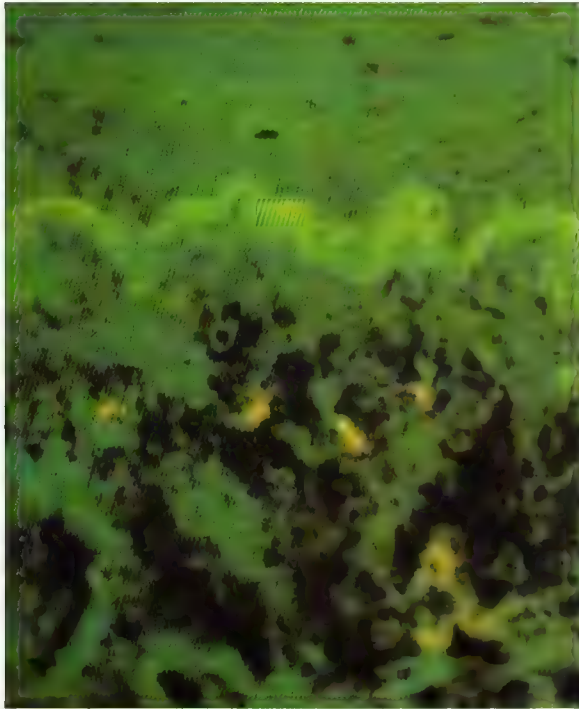
ضد جسيم مركزي

متلازمة كريست Crest (على خلايا HEp ثُغَلِيَّة)

الشكل 18 - 34 : أضداد مضادة للنوى : أنماط تآلق مناعي مختلفة (تآلق مناعي لا مباشر) .



الشكل 18 - 35 : أضداد مضادة للنوى (مقاطع بالتبريد لكبد فأر) بالتآلق المناعي غير المباشر . الأعلى الأيسر : غط غشائي محيطي ، الأسفل الأيسر : غط غشائي متجانس ؛ الأيمن الأعلى : غط نوي ؛ الأيمن الأسفل : غط منقط .



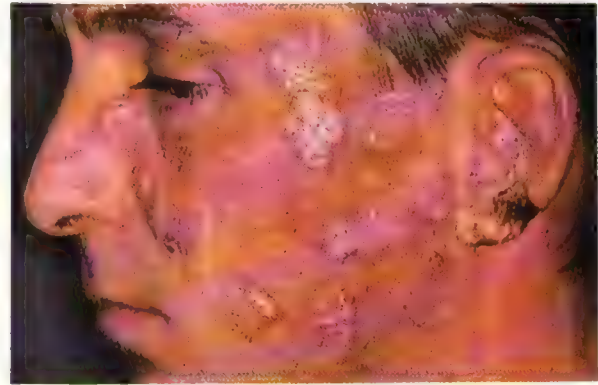
الشكل 18 - 39 : ذأب حمامي قريصي . ييدي التآلق المناعي
المباشر ترسبات C₃ على الموصل البشري الأدمي . اختبار شريط
ذئبي إيجابي .



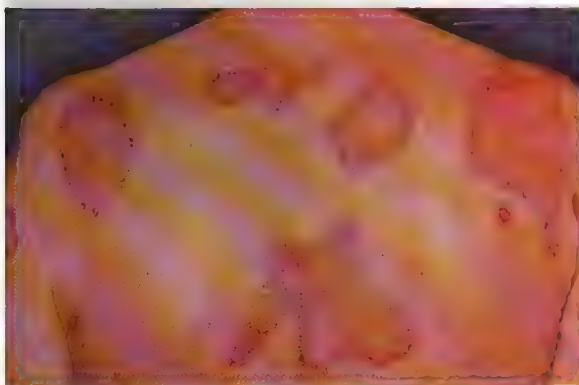
الشكل 18 - 36 : ذأب حمامي جلدي .



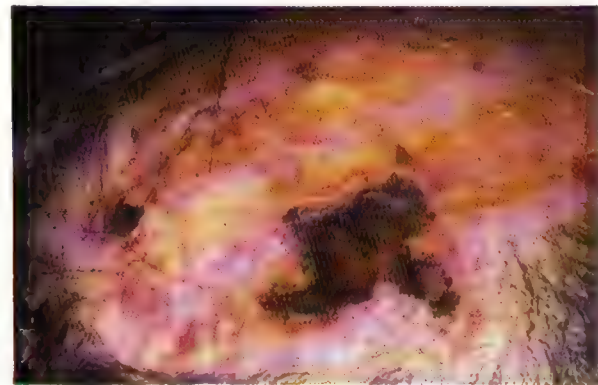
الشكل 18 - 40 : ذأب حمامي جلدي تحت حاد محرش بالتعرض
للشمس .



الشكل 18 - 37 : ذأب حمامي قريصي .



الشكل 18 - 41 : ذأب حمامي جلدي تحت حاد مع إصابة
حشوية .



الشكل 18 - 38 : ذأب حمامي قريصي على الفروة مع تقرحات
وحاصة كاذبة .



الشكل 18 - 42 : ذأب حمامي عميق .



الشكل 18 - 43 : ذأب شرقي .



الشكل 18 - 44 : ذأب حمامي مجموعي .



الشكل 18 - 46 : وسادات براجم كاذبة .



الشكل 18 - 47 : وسادات المضغ .



الشكل 18 - 48 : عقيدات هيردين Heberden .



الشكل 18 - 49 : تقفعات دوبتران Dupuytren الإصبعية .

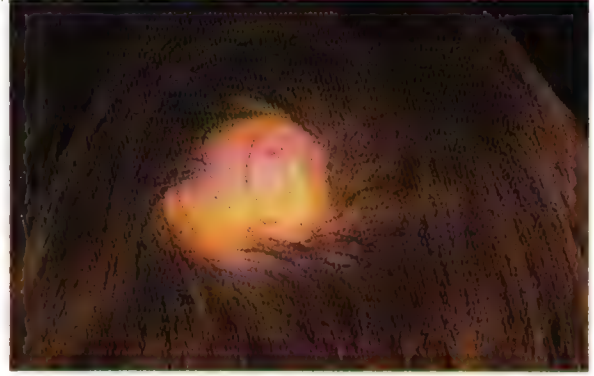


الشكل 18 - 45 : التهاب جلد وعضل .

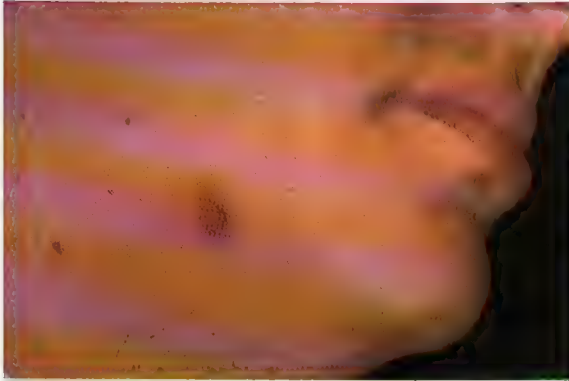
الفصل التاسع عشر



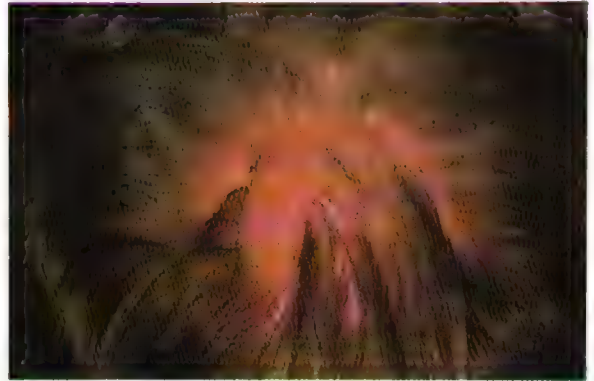
الشكل 19 - 4 : ناسور جانبي في العنق مع حبيوم جسم أجنبي ذبابي .



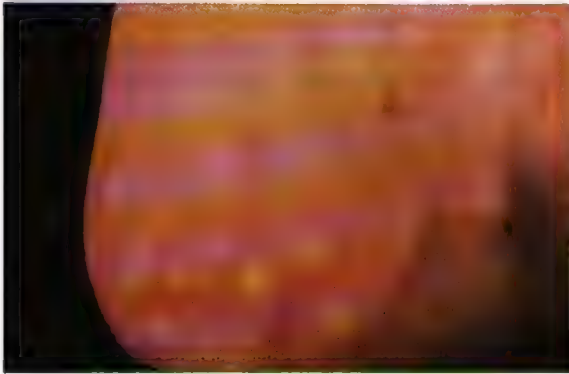
الشكل 19 - 1 : لا تنسج الجلد الولادي .



الشكل 19 - 5 : ناسور سني .



الشكل 19 - 2 : جلد الرأس المتلف .

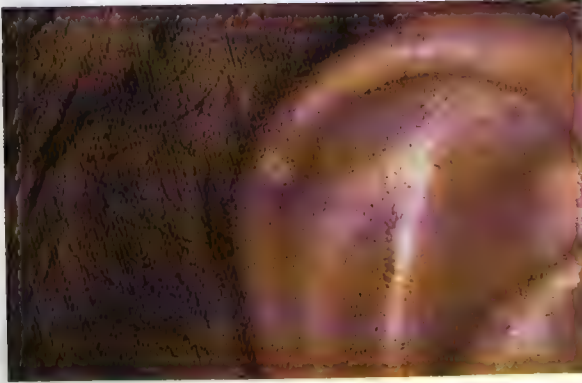


الشكل 19 - 6 : عقيدات مولدة بالضغط .



الشكل 19 - 3 : لاحقة أذنية .

الفصل العشرون

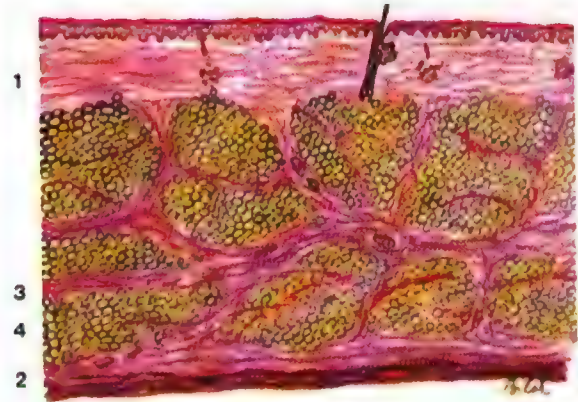


الشكل 20 - 1 : التهاب جلد وغضروف حثار الأذن العقيدي المزمن .

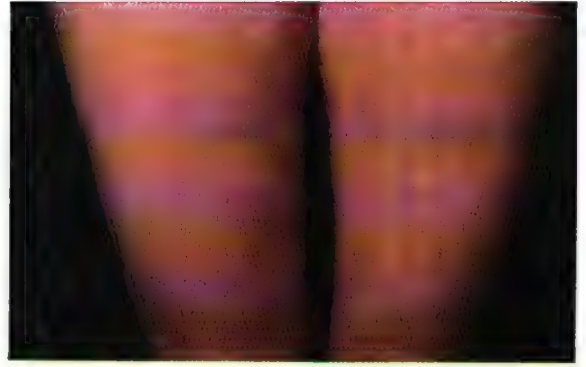
الفصل الحادي والعشرون



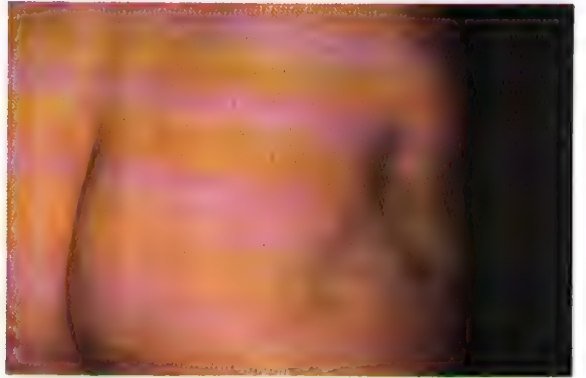
الشكل 21 - 2 : متلازمة بيفير - وير - كريستيان .



الشكل 21 - 1 : مخطط ترسيمي للنسيج الشحمي تحت الجلد . بين الأدمة (1) واللفافة (2) تقسم حواجز من نسيج ضام وعائي (3) النسيج الشحمي (4) إلى فصيصات .



الشكل 21 - 3 : ضمور شحمي نصف دائري .



الشكل 21 - 4 : حنل شحمي جزئي .



الشكل 21 - 5 : وذمة شحمية .

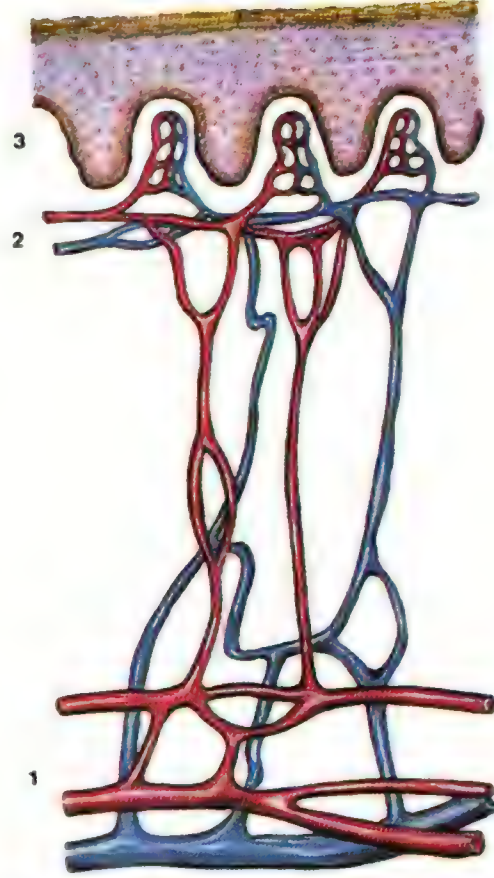
الفصل الثاني والعشرون



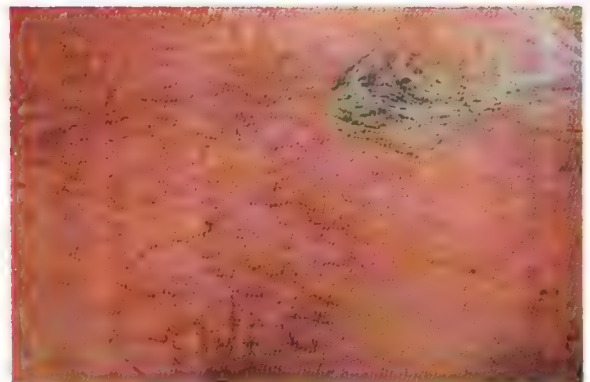
الشكل 22 - 3 : توسع الشعيرات الأساسي المتثر المترقي .



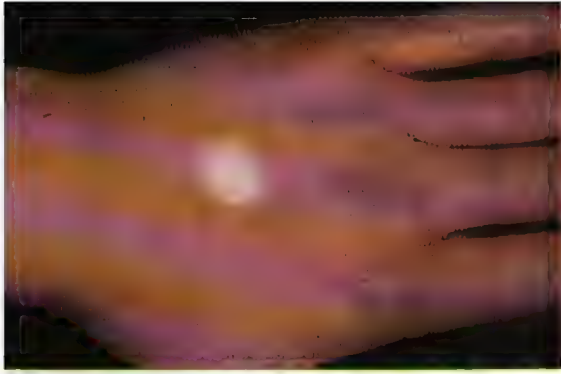
الشكل 22 - 4 : احمرار بين جريبي قلادي Erythrosis Interfollicularis Colli



الشكل 22 - 1 : الضفيرة الوعائية الشريانية والوريدية في الجلد .
ضفيرة وعائية عميقة (1) و سطحية (2) . عرى للشعرية (3) في
الطبقة الحليمية .



الشكل 22 - 2 : توسع الشعيرات الأساسي .



الشكل 22 - 6 : زراق الأطراف ، ظاهرة القزحية .



لشكل 22 - 5 : توسع الأوردة (وتدعى الدوالي المتشجرة) .



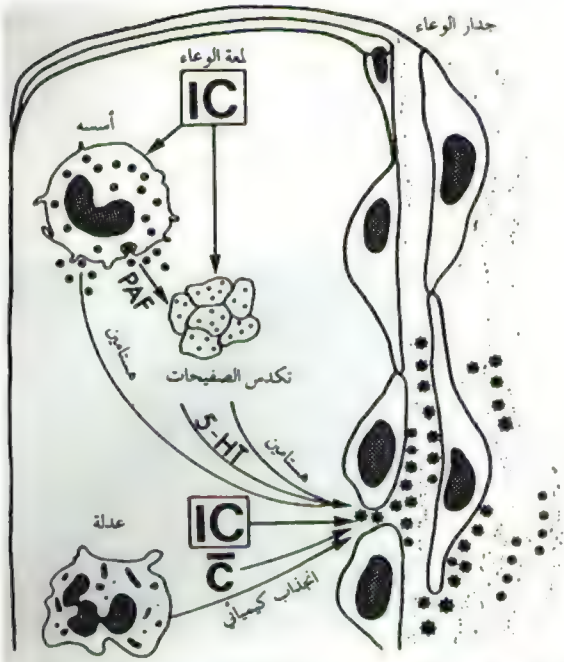
الشكل 22 - 8 : جلد مرمرى متوسع الشعريات ولادى .



لشكل 22 - 7 : جلد مرمرى .



الشكل 22 - 9 : متلازمة رينو ، الطور الأولي : تشنج وعاء شرياني .



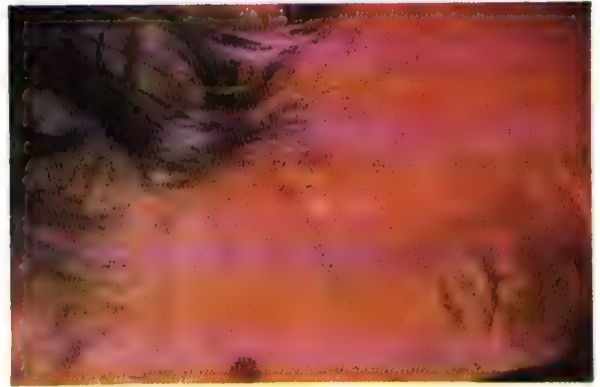
الشكل 22 - 12 : المفهوم الإبراضي في التهاب الأوعية الأرجي .



الشكل 22 - 10 : التهاب شرايين عقيد جلدي .



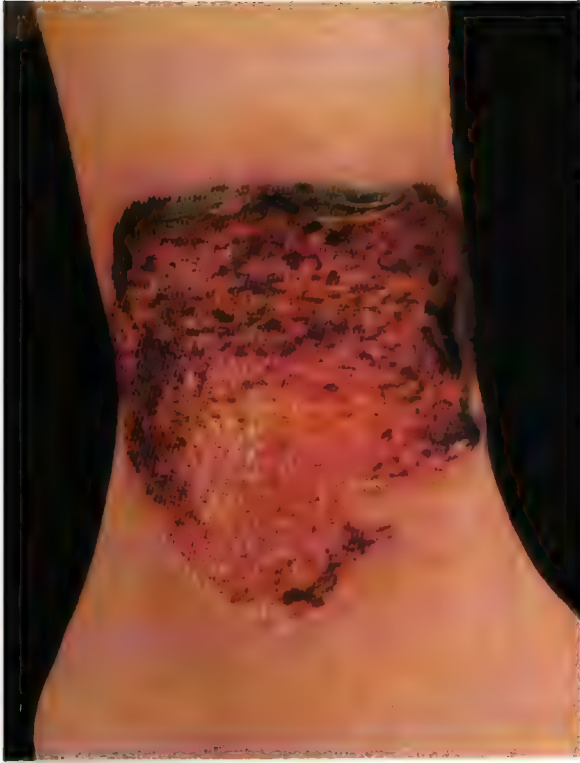
الشكل 22 - 13 : التهاب أوعية أرجي ، غط نوفي .



الشكل 22 - 11 : التهاب الشريان الصدغي .



الشكل 22 - 14 : التهاب أوعية أرجي ، غط نوفي بالمعينة بالشفوية .



الشكل 22 - 17 : تقيع جلد موالي .



الشكل 22 - 15 : التهاب أوعية أرجي ، نمط نخري فقاعي زفي .



الشكل 22 - 18 : تزرق شبكي .



الشكل 22 - 16 : التهاب أوعية أرجي ، نمط حطاطي نخري .



الشكل 22 - 19 : التهاب أوعية ترقاني .



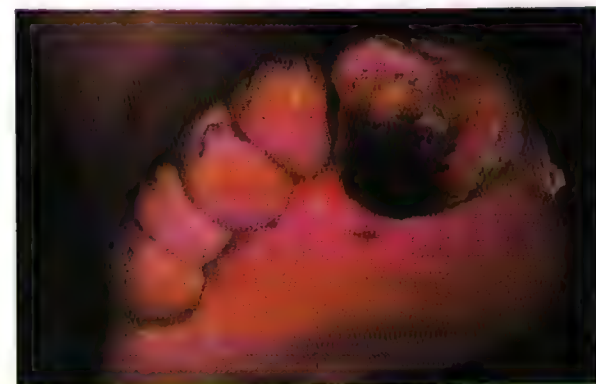
الشكل 22 - 22 : التهاب وعائي خثاري مسد .



الشكل 22 - 20 : موات ناجم عن تصلب الشرايين في الجلد .



الشكل 22 - 23 : التهاب وريد خثاري سطحي .



الشكل 22 - 21 : موات سكري في الجلد .



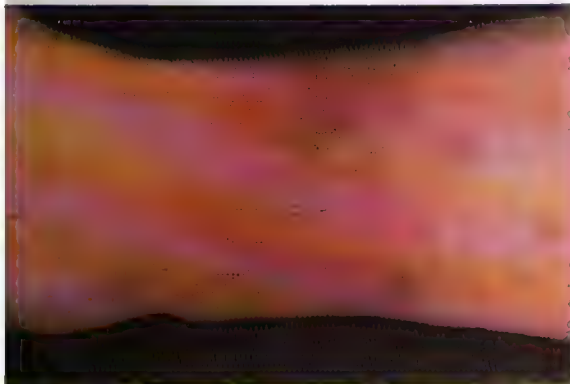
الشكل 22 - 24 : دوالي بدئية .



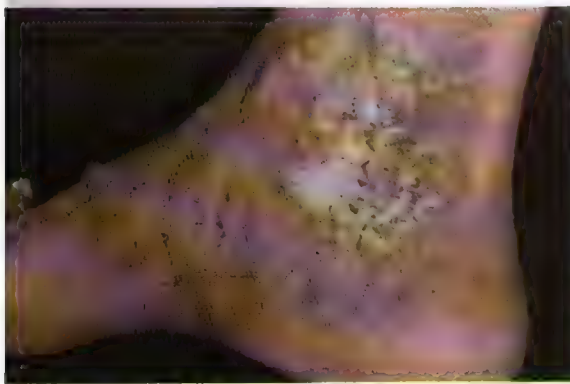
الشكل 22 - 26 : قصور وريدي مزمن ، دوالي وفرفرية صفراء مغرانية .



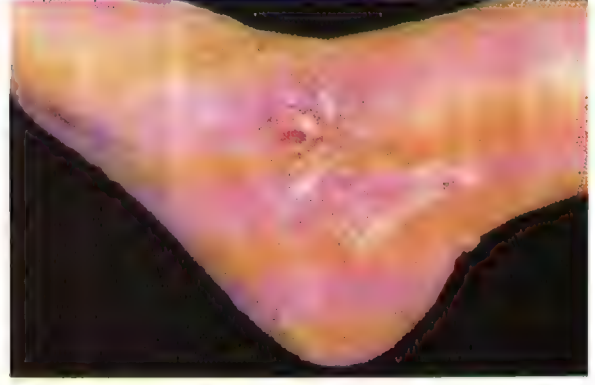
الشكل 22 - 25 : قصور وريدي مزمن ، دوالي مع توسع لأوردة الإكليلية وفرفرية صفراء مغرانية .



الشكل 22 - 27 : قصور وريدي مزمن ، التهاب النسيجة تحت الجلد المزمنة .



الشكل 22 - 28 : قصور وريدي مزمن ، توسع الأوردة الإكليلية ، دوالي ، ضمور أبيض .



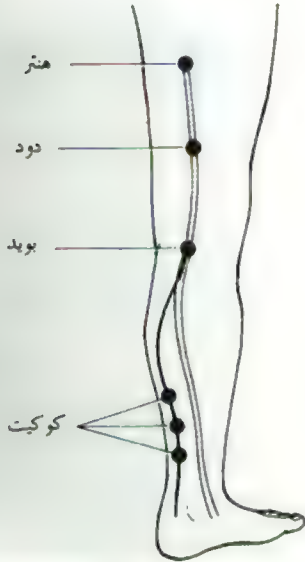
الشكل 22 - 29 : ضمور أبيض تقرحي .



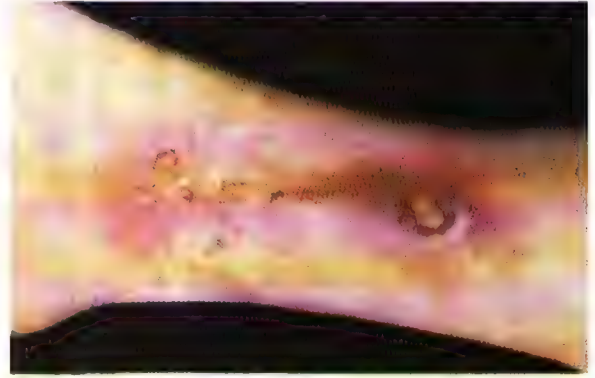
الشكل 22 - 30 : التهاب جلد الأطراف الوعائي ؛ متلازمة كابوزي الكاذبة .



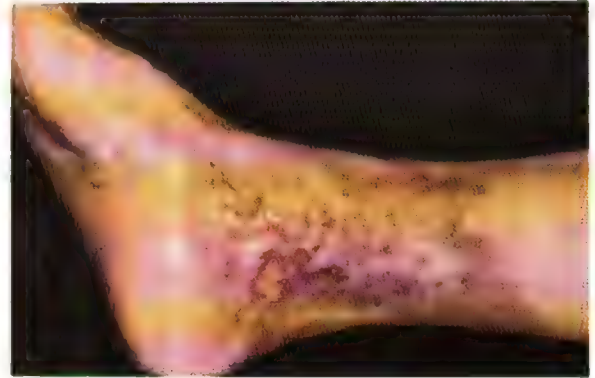
الشكل 22 - 33 : قصور وريدي مزمن : قرحة ركودية .



الشكل 22 - 34 : الأوردة الثاقبة الهامة على مسار الوريد الصافن الكبير والوريد المقوس الخلفي .



الشكل 22 - 31 : قرحة ساق عقب التهاب وريد خثاري .



الشكل 22 - 32 : قصور وريدي مزمن : دوالي ، فرغية صفراء مغرانية ، وضمور أبيض تقرحي .

الفصل الثالث والعشرون



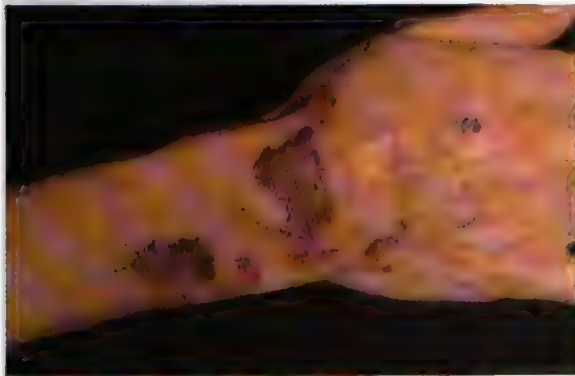
الشكل 23 - 3 : فرغرية خاطفة مرافقة لإنتان (التهاب الأوعية
الإنتاني) .



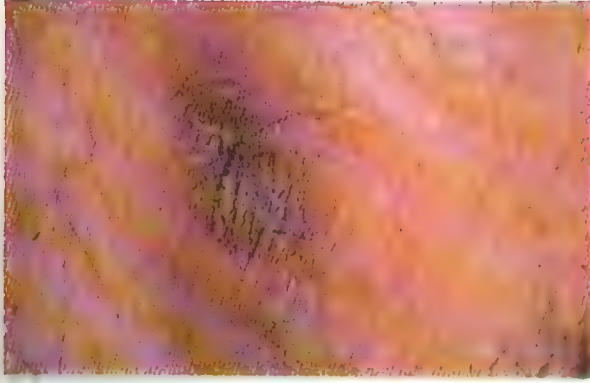
الشكل 23 - 1 : متلازمة ويسكوت - ألدريتش - Wiskott -
. Aldrich



الشكل 23 - 2 : فرغرية قلة الصفائح الغامضة .



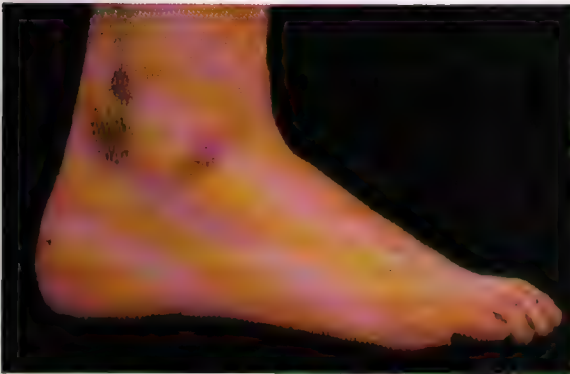
الشكل 23 - 4 : فرغرية شيخية .



الشكل 23 - 6 : التهاب جلد حزازاني مصطبغ فرغري .



الشكل 23 - 5 : فرغرية مصطبغة مرقية .



الشكل 23 - 7 : حزاز ذهبي .

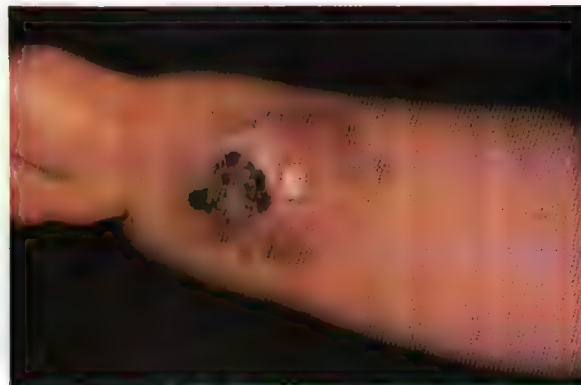
الفصل الرابع والعشرون



الشكل 24 - 2 : فيل متوطن في الصفن تالٍ لحمرة راجعة مزمنة .



الشكل 24 - 1 : فيل متوطن Nostras تالٍ لحمرة راجعة مزمنة على الساق اليسرى .



الشكل 24 - 3 : فيل متوطن مع غرن لمفي وعائي دموي (متلازمة ستوارت - ترينغيز) .

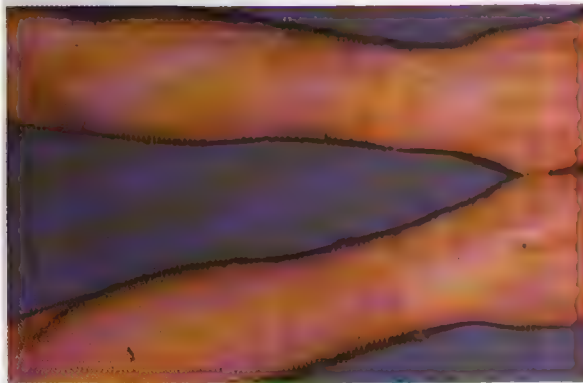
الفصل الخامس والعشرون



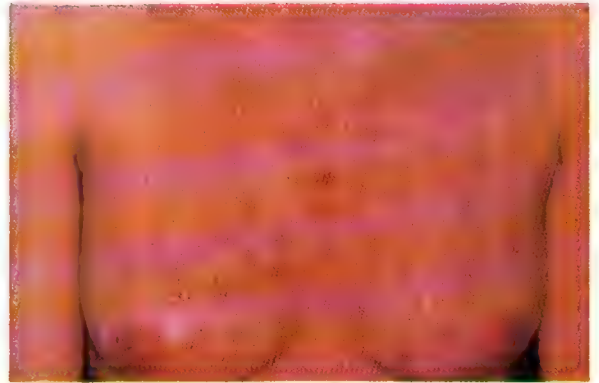
الشكل 25 - 3 : غَدَّ شروي .



الشكل 25 - 1 : حكاك حاد في الطفولة .



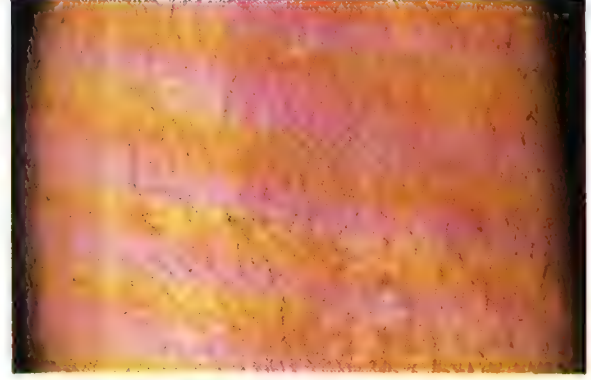
الشكل 25 - 4 : الحكاك العقيدي لهايد (Hyde) .



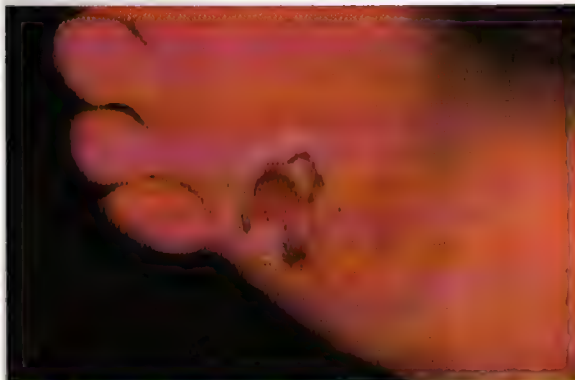
الشكل 25 - 2 : حكاك تحت حاد .



الشكل 25 - 7 : تسحجات خطية ناجمة عن جروح بالإبرة .



الشكل 25 - 5 : حزاز بسيط مزمن .

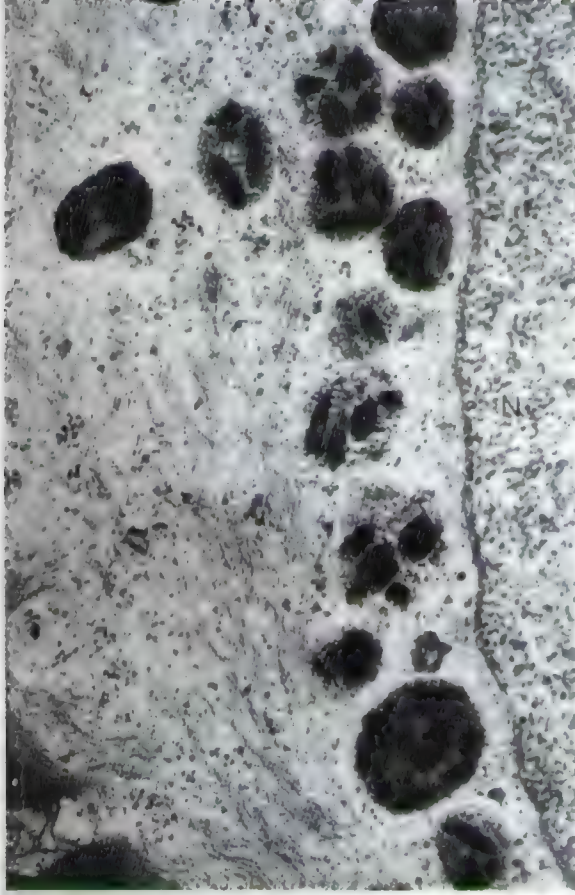


الشكل 25 - 8 : تقرح تغذوي عصبي في اعتلال الأطراف
التقرحي الجادع اللا عائلي .

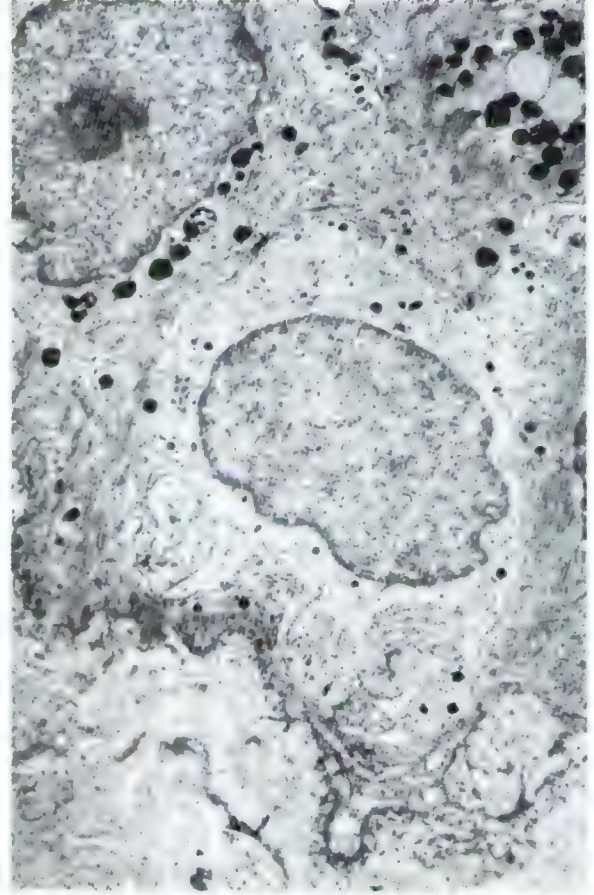


الشكل 25 - 6 : التهاب جلد مفتعل .

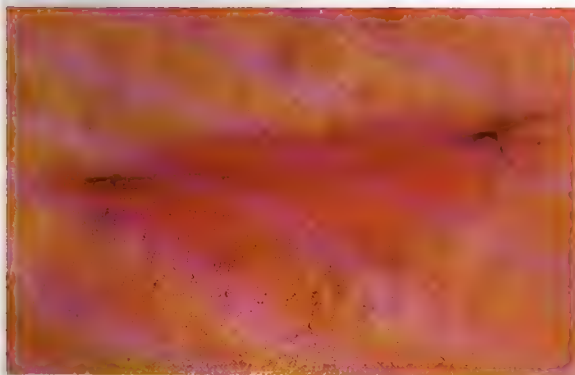
الفصل السادس والعشرون



الشكل 26 - 2 : مركبات جسيمات ملانية ضمن خلية مقرنة ،
N نواة $\times 80\,000$.



الشكل 26 - 1 : خلية ملانية (خلية رافعة) بين خلايا مقرنة .
تُرى ضمن الخلايا المقرنة جسيمات ملانية متملنة (سوداء)
عديدة $\times 8200$.



الشكل 26 - 4 : متلازمة بوتز جيكروز .



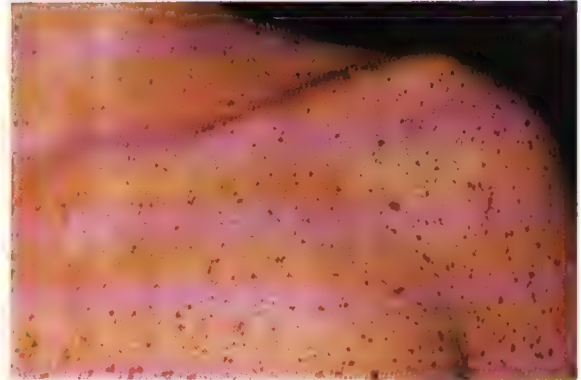
الشكل 26 - 3 : نمش .



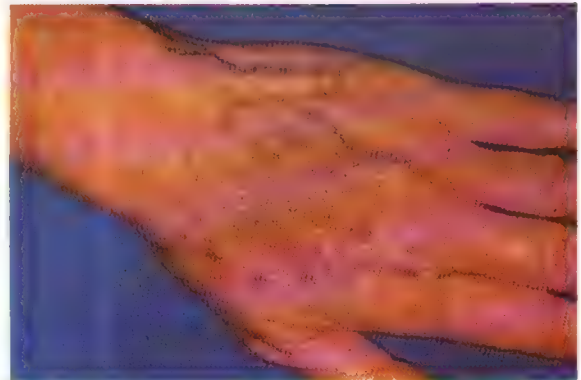
الشكل 26 - 5 : كلف .



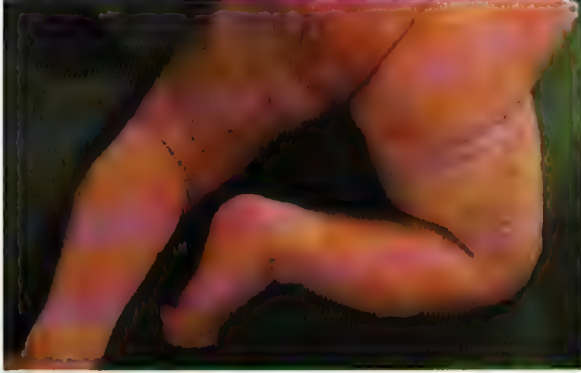
الشكل 26 - 6 : تملن حول الفم .



الشكل 26 - 7 : متلازمة ليوبارد .



الشكل 26 - 8 : شامات شبيخية .



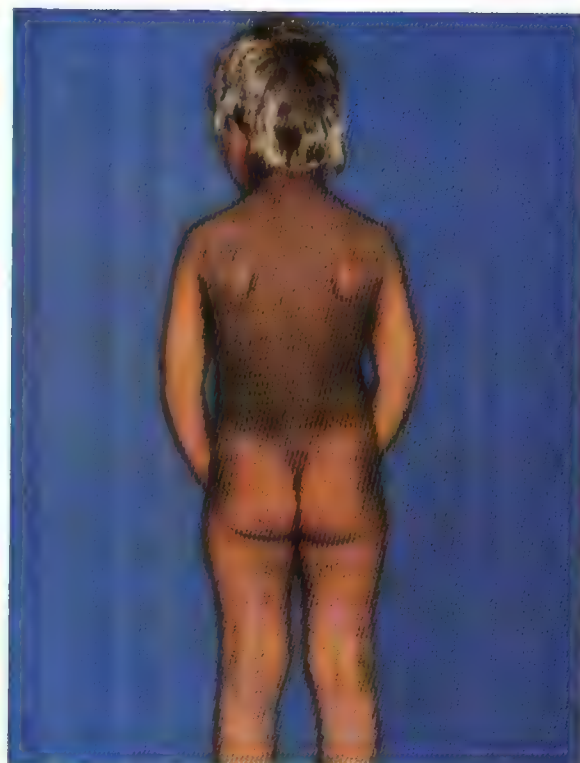
الشكل 26 - 9 : سلس صباغ .



الشكل 26 - 10 : ملان حراري لبوشكيه (ملان جلدي شبكي حراري) محدث بالمسخانة الكهربائية .



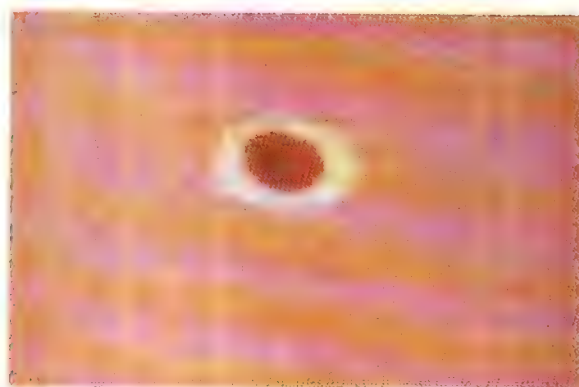
الشكل 26 - 11 : ملان زرنخي .



الشكل 26 - 12 : ملان منتشر ولادي .



الشكل 26 - 13 : بهق .



الشكل 26 - 14 : وحة هالية . بهق حول الوحة .

الفصل السابع والعشرون



الشكل 27 - 1 : كاروتينمية (تذهب الجلد) .



الشكل 27 - 2 : زئبقية في الأجفان تالية لتطبيق مديد لرهيم ناصر للون يحوي أملاح الزئبق لإزالة الشمس .



الشكل 27 - 3 : وشم .

الشكل 27 - 5 : وشم بارود (في الأعلى) قبل المعالجة (في الأسفل) بعد المعالجة .



الشكل 27 - 4 : وشم بارود من اشتعال واسع النطاق بالألعاب النارية .

الفصل الثامن والعشرون



الشكل 28 - 4 : عَدّ مكب .



الشكل 28 - 1 : عَدّ زؤاني .



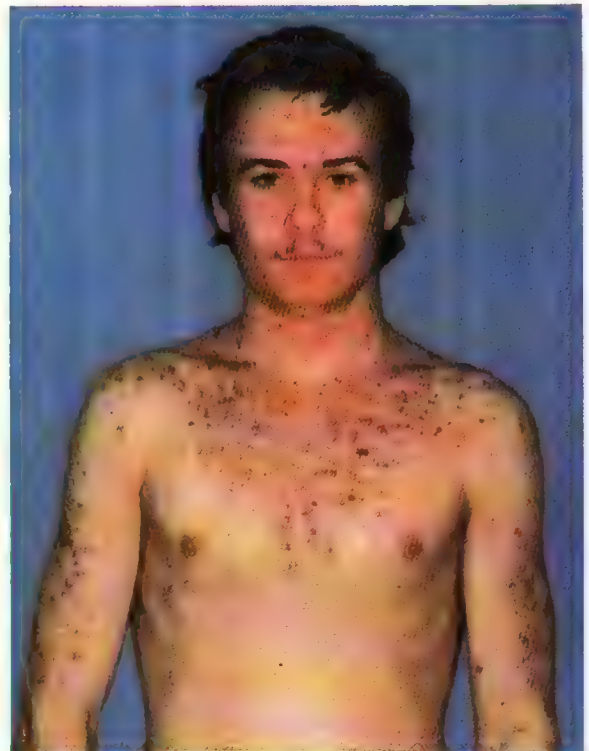
الشكل 28 - 2 : عَدّ حطاطي - بيري .



الشكل 28 - 5 : عَدّ مكب مع جدرات .



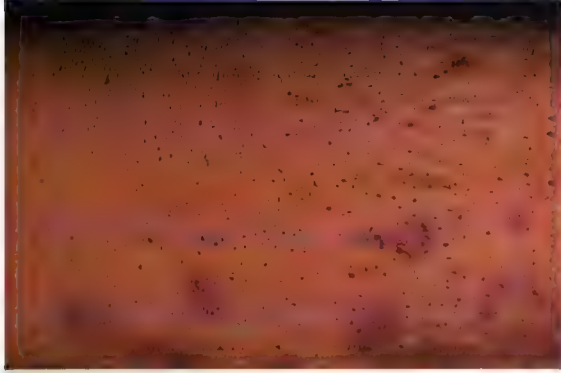
الشكل 28 - 6 : عَدّ مكب مع زؤانات متنوسرة .



الشكل 28 - 3 : عَدّ مكب .



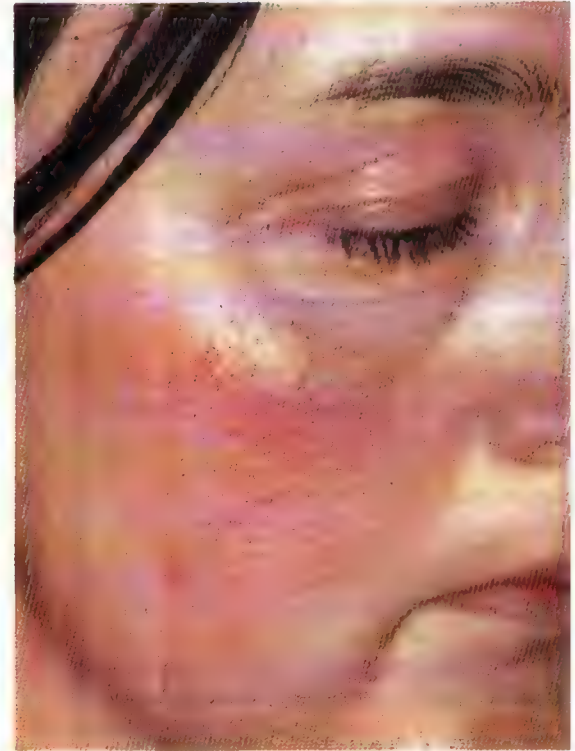
الشكل 28 - 7 : عدّ مقلوب مع إصابة إبطية .



الشكل 28 - 9 : عدّ زهوت



الشكل 28 - 10 : عدّ تسحّجي عند فتاة .



الشكل 28 - 8 : عدّ تزويقي (عدّ سمي) مع زؤانات .



الشكل 28 - 11 : اندفاع عدّي الشكل بسبب الدوكم سيكلين .



الشكل 28 - 14 : وردية .



الشكل 28 - 12 : عدّ ستروئيدي بسبب معالجة ستروئيدي
جهازية .



الشكل 28 - 15 : وردية حطاطية بثرية .



الشكل 28 - 13 : عدّ ما لوركا .

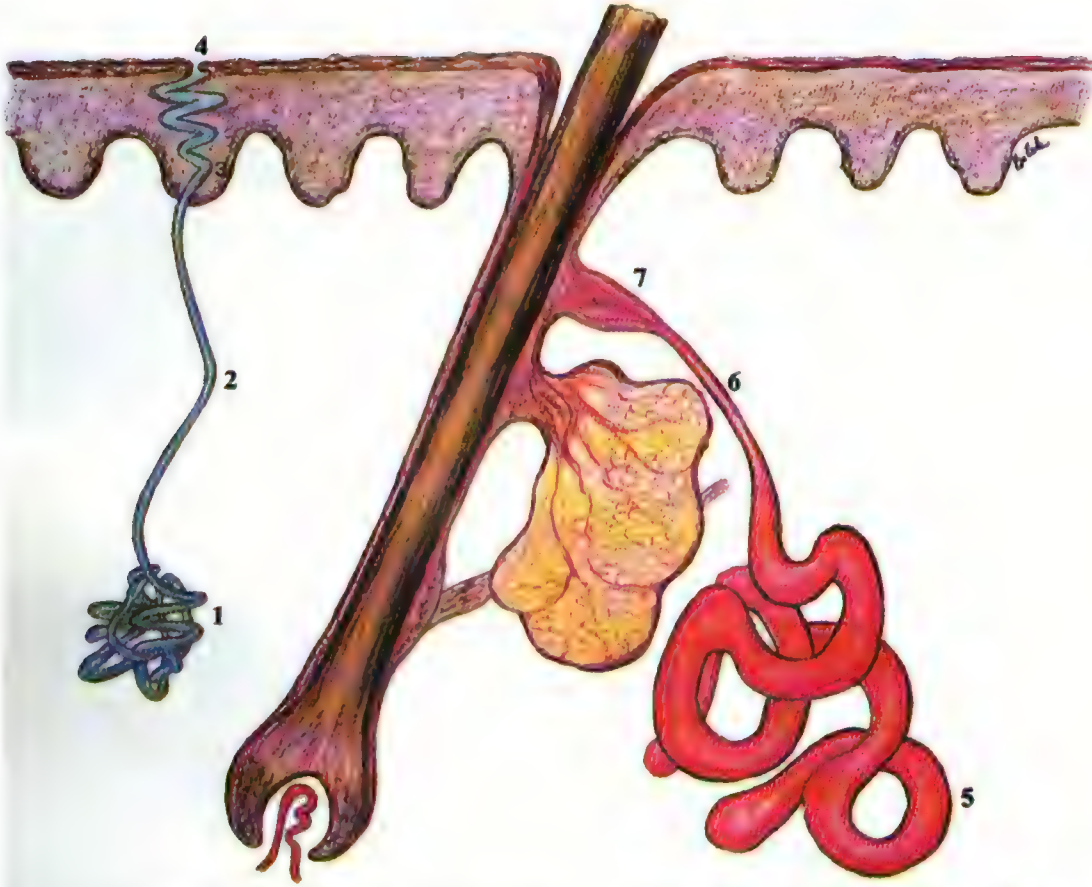


الشكل 28 - 16 : فيمة أنف مع وردية .



الشكل 28 - 17 : التهاب الجلد حول الفم .

الفصل التاسع والعشرون



الشكل 29 - 1 : رسم تخطيطي للغدد العرقية : تنفتح وشيعة الغدة العرقية الناعمة (١) عبر القناة الأدمية (٢) ، وقناة الغدة العرقية الطرفية Acrosyringium (٣) على سطح البشرة (٤) . وتنفتح وشيعة الغدة العرقية المفترزة (٥) عبر قناة قصيرة (٦) على القسم الجريبي الواقع فوق الغدة الزهمية (٧) .



الشكل 29 - 2 : داء فوكس - فوردايس Fox - Fordyce .

الفصل الثلاثون



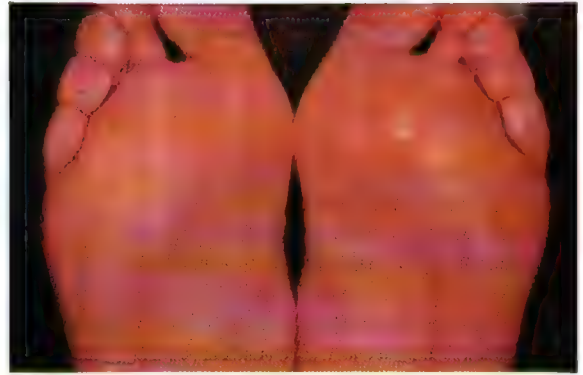
الشكل 30 - 4 : حباب أنفي أحمر .



الشكل 30 - 1 : فرط تعرق اليد .



الشكل 30 - 5 : خلل التعرق .



الشكل 30 - 2 : فرط تعرق قدمي مع تزرق في الأخمصين وقرن جلدي في الأظلام .



الشكل 30 - 6 : خلل التعرق الصفاحي الجاف .



الشكل 30 - 3 : المتلازمة الأذنية الصدفية . يكشف اختباراً لتعرق باليود والنشاء لـ Minor التعرق الموضع (اللون البنفسجي) ثناء الأكل .



دخنية بللورية

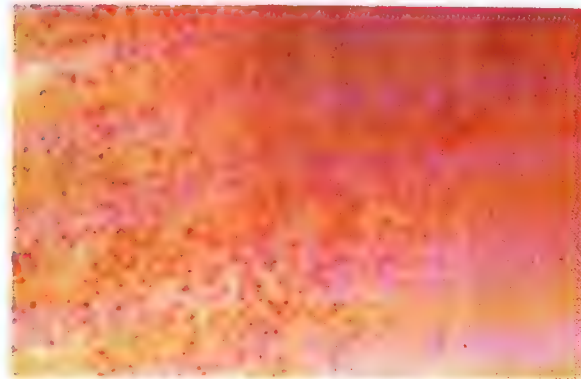
دخنية حمراء

دخنية عسقية

الشكل 30 - 7 : إمراض الدخنية .

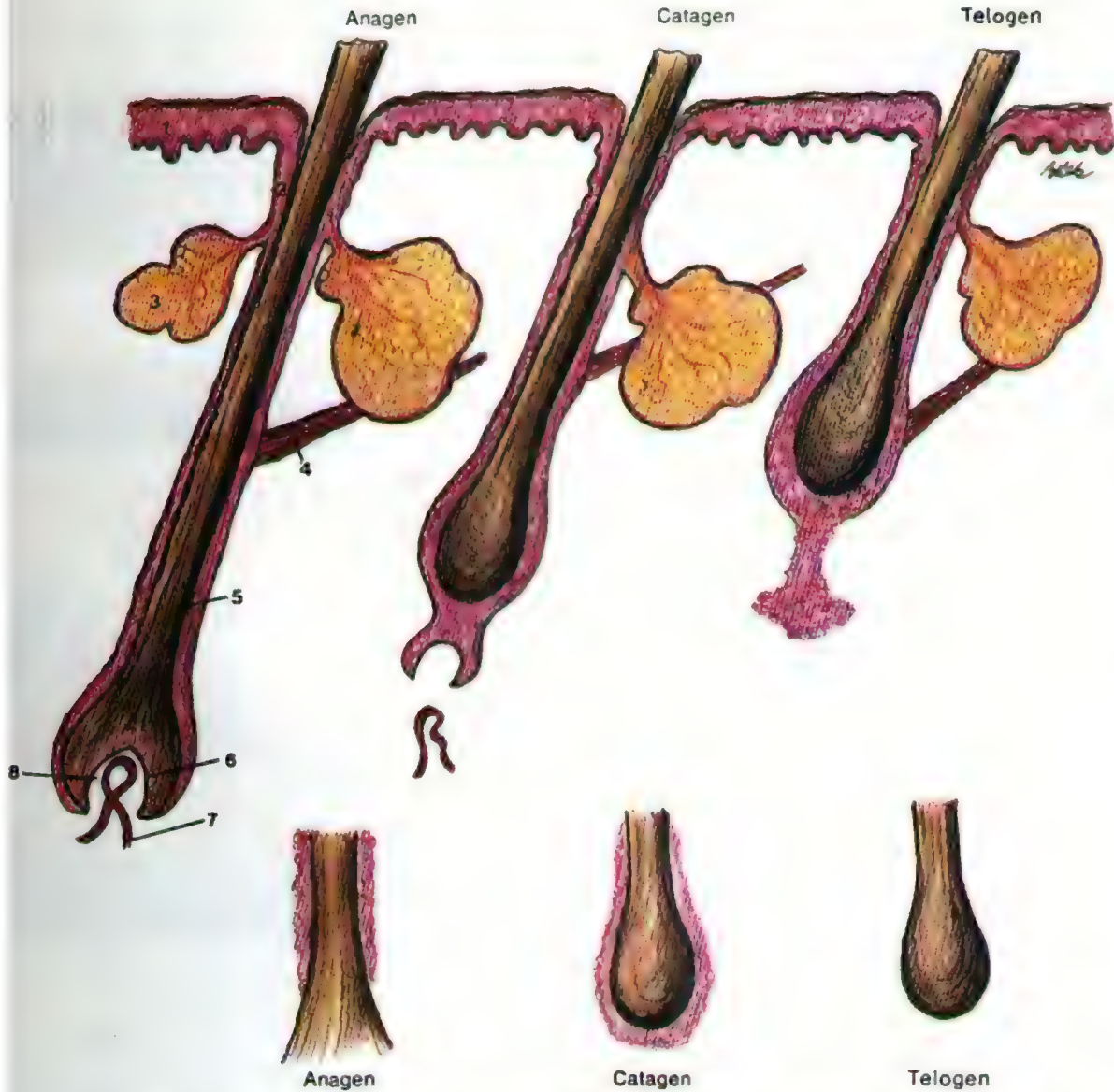


الشكل 30 - 8 : دخنية بللورية .

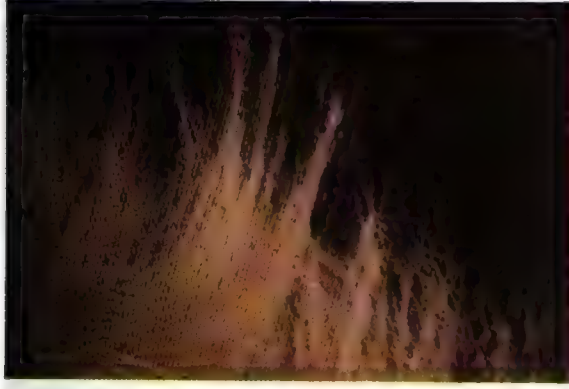


الشكل 30 - 9 : دخنية حمراء .

الفصل الحادي والثلاثون



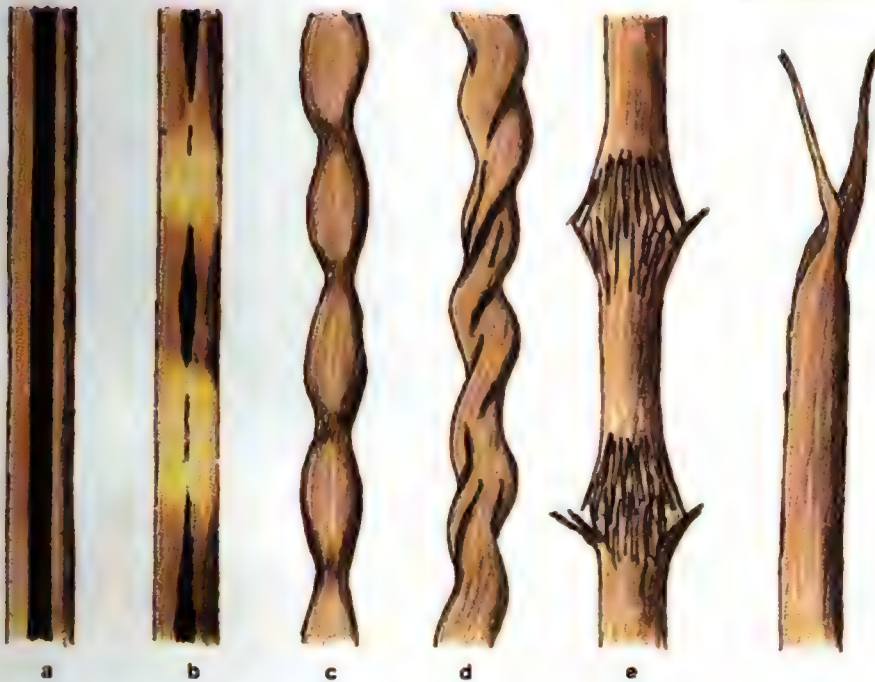
الشكل 31 - 2 : الأعلى : جريبات الأشعار في مقطع نسجي . ١ البشرة ؛ ٢ - القمع ؛ ٣ - غنبيات الغدد الزهمية ؛ ٤ - العضلة المقلقة (الناصية) للأشعار ؛ ٥ - سقبة الشعرة ؛ ٦ - مطرق الشعرة ؛ ٧ - أوعية دموية ؛ ٨ - حليلة الشعرة . الأسفل : أشكال جذور الأشعار في مخطط الأشعار .



الشكل 31 - 4 : تغير في بنية الشعرة من خلال التأذي بالتجميد البارد .

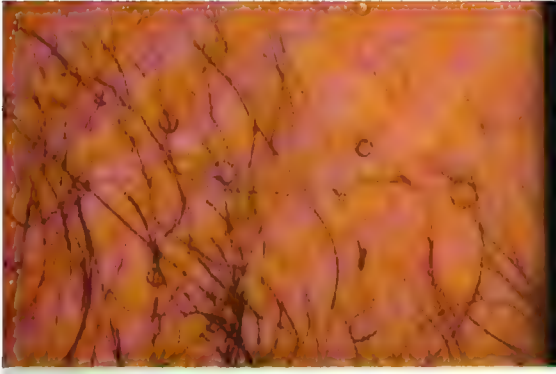


الشكل 31 - 3 ، ب : جليدات الأشعار في المجهر الإلكتروني التفرسي ، آ - شعرة طبيعية . ب - تأذي خلال التجميد الدائم (600 ×) .

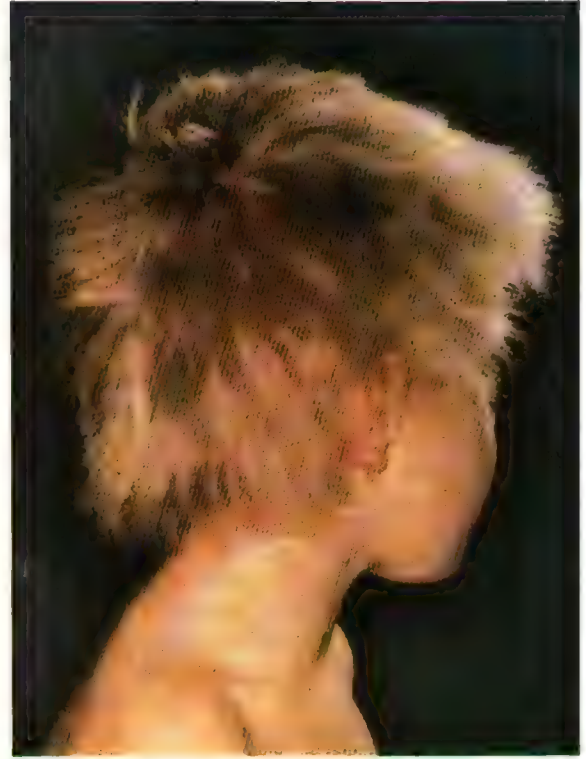


الشكل 31 - 5 : تغيرات في بنية الشعرة .

(a) شعرة طبيعية مع لب مركزي ،
(b) أشعار حلقيه ، مقاطع مضنية
(c) وعائقة وتغطيمات في اللب ؛
(d) أشعار ملتوية ،
(e) تقصف الشعر العقد ،
(f) إنشطار الشعرة .



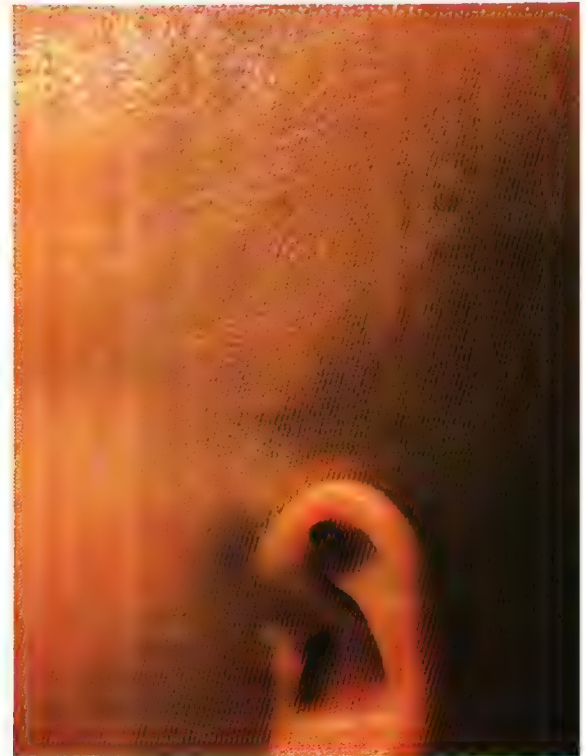
الشكل 31 - 8 : أشعار ملتفة .



الشكل 31 - 6 : الشعر غير القابل للتمشيط .



الشكل 31 - 9 : شيب محدد .



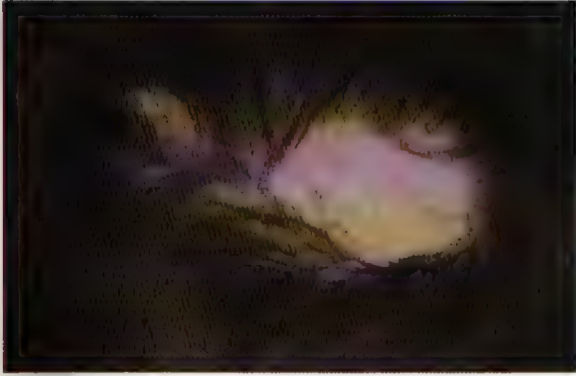
الشكل 31 - 7 : شعر سبحي .



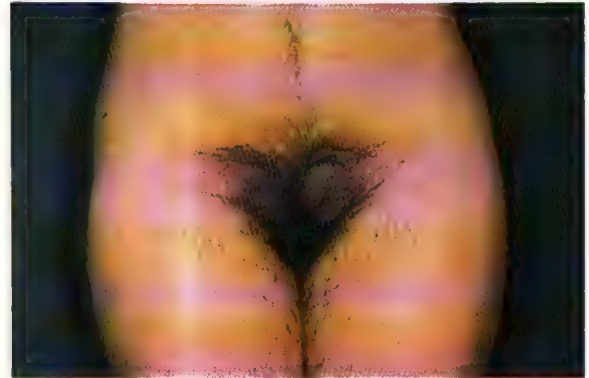
الشكل 31 - 10 : شعر أخضر من ماء الصنبور الملوئ بالنحاس .



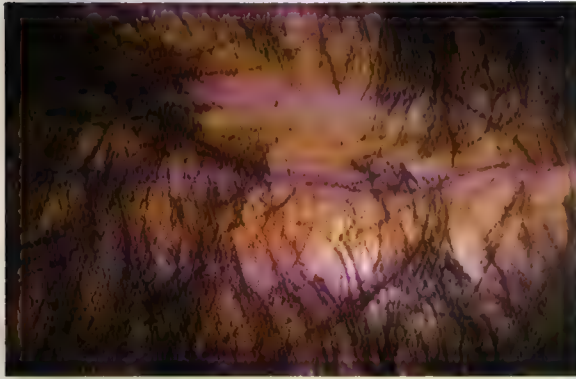
الشكل 31 - 11 : شعر وجهي لدى سيدة .



الشكل 31 - 14 : حاصة ضمورية (ثعلبة كاذبة) .



الشكل 31 - 12 : شعرانية .



الشكل 31 - 15 : حالة ثعلبة كاذبة .



الشكل 31 - 13 : فرط أشعار محدث بالمينو كسيديل .



الشكل 31 - 16 : حاصة مبقعة صغيرة البقع .

يوم تناول الدواء			
1	10	21	1
●●●●●●●● ○●●●●●●●	●●●●●●●● ○●●●●●●●	○●●●●●●●	●●●●●●●● ○●●●●●●●
5	14	25	نصف الانقطاع
يوم الدورة			
● قرصان أسيتات سيبروكرون ١٠ مغ أو ٥٠ مغ (Cyprokron Acetate)		○ قرص واحد Diane ٣٥ (Dianette) أو قرص واحد Gastamestrol	

الشكل 31 - 19 : رسم تقدير جرعات لمعالجة مضادة
للأندروجين . معالجة معكوسة ثنائية الطور لـ Hammerstein .



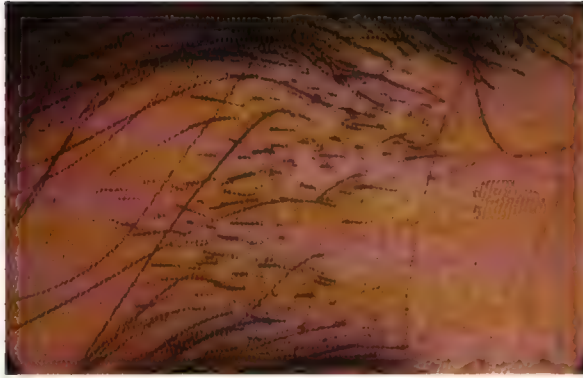
الشكل 31 - 17 : حاصة من خلال الشد (تصفيف الشعر)
بالإضافة إلى تقرانات سافعة .



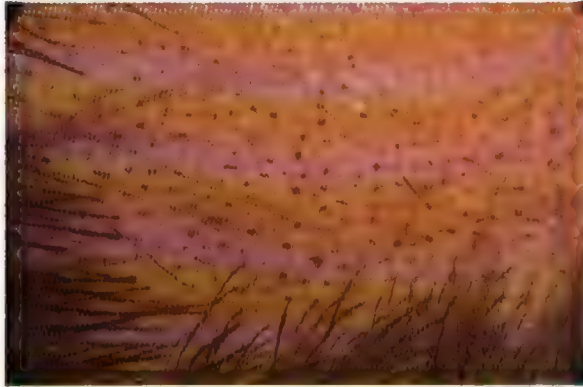
الشكل 31 - 20 : حاصة منتشرة محدثة بموقوفات انقسام الخلايا .



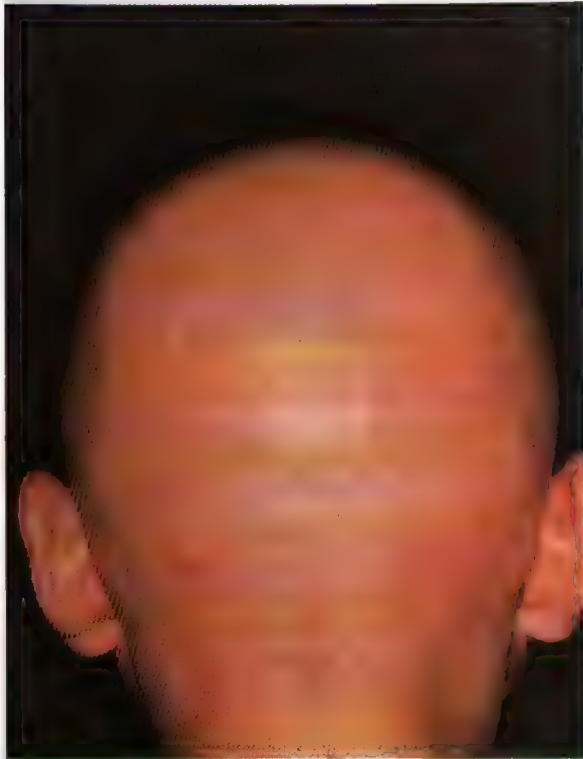
الشكل 31 - 18 : حاصة من الطراز الأندروجيني المؤث لدى
سيدة .



الشكل 31 - 24 : حاصة بقعية ، أشعار ثعلبية .



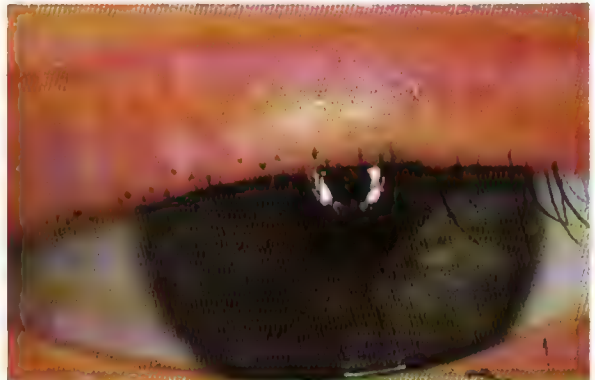
الشكل 31 - 25 : حاصة بقعية ، أشعار ثعلبية وجئية
Cadaverized .



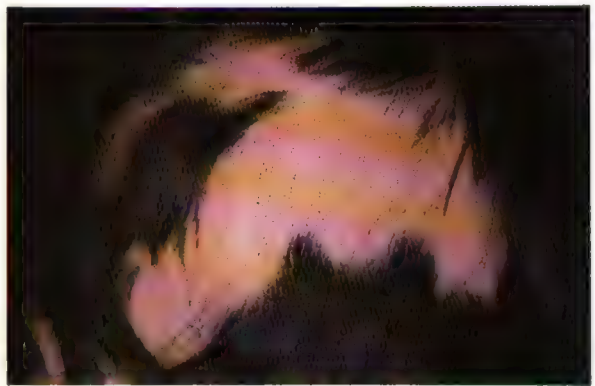
الشكل 31 - 26 : حاصة بقعية كلية .



الشكل 31 - 21 : هوس تنف الأشعار .



الشكل 31 - 22 : حاصة بقعية في الأهداب .

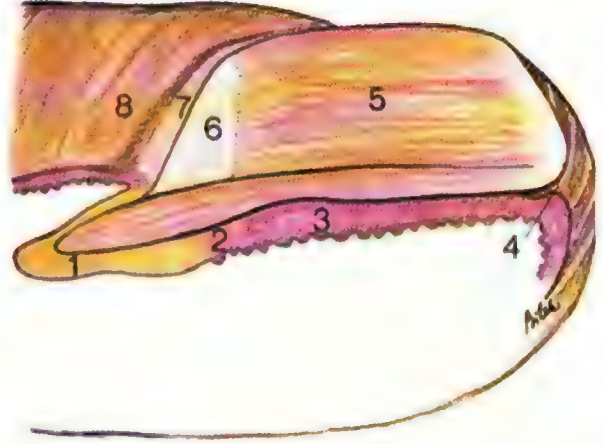


الشكل 31 - 23 : حاصة بقعية ، أعداد كبيرة من الأشعار
الثعلبية .

الفصل الثاني والثلاثون



الشكل 32 - 4 : خطوط ميس Mess Stripes .



الشكل 32 - 1 : عضو الظفر - مظهر إضاحي ، ومقطع سهمي :

- ١ - مطرق الظفر . ٢ - المنطقة المولدة للقرن . ٣ - فراش الظفر . ٤ - ما تحت الظفر . ٥ - صفيحة الظفر . ٦ - الهليل . ٧ - الجليدة . ٨ - طية الظفر الدانية .



الشكل 32 - 5 : خطوط ميس Mess Stripes .



الشكل 32 - 2 : انشقاق الأظفار .



الشكل 32 - 6 : خطوط بو - ريل Beau - Reil .



الشكل 32 - 3 : انفكك الأظفار الهلالي .



الشكل 32 - 7 : ابيضاض الأظفار (الويش) المخطط .



الشكل 32 - 12 : حثل الأظفار الناصف النقي الشكل .



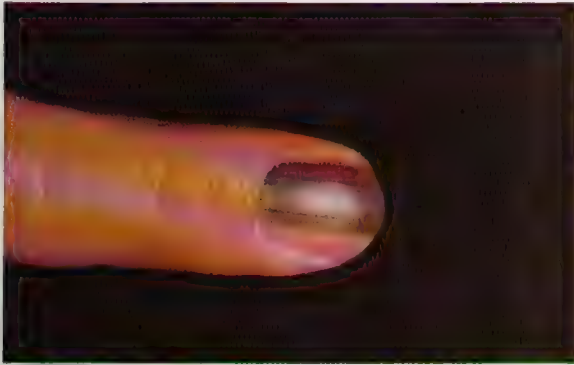
الشكل 32 - 8 : انعقاد الأظفار .



الشكل 32 - 13 : حثل الأظفار الناصف النقي الشكل .



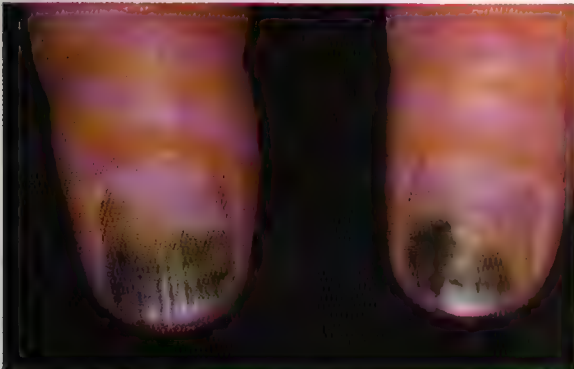
الشكل 32 - 9 : خشونة الأظفار الغامضة Trachyonychia .



الشكل 32 - 14 : وحة مصطبغة .



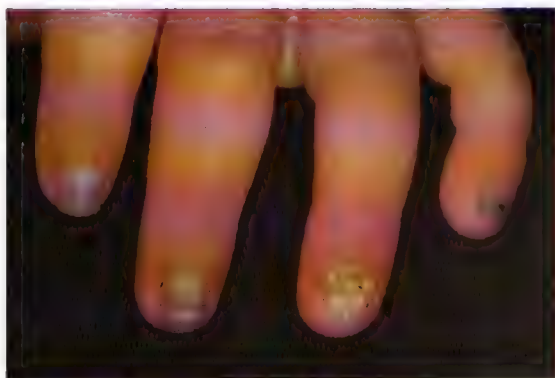
الشكل 32 - 10 : تقعر الأظفار .



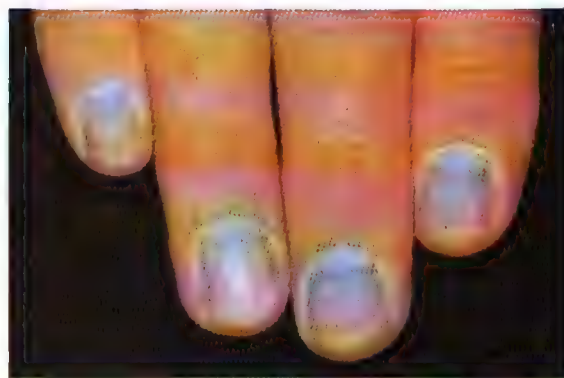
الشكل 32 - 15 : خلل تلون مع انفكاك ظفري ناجم عن خمج بالزائفة الزنجارية .



الشكل 32 - 11 : الأصابع بشكل مِقرعة الطبل .



الشكل 32 - 19 : ثخن الأظفار الولادي .



الشكل 32 - 16 : تفضض ، أظافر فضية - زرقاء .



الشكل 32 - 20 : الحاصة (الثعلبة) البقعية ، تبدلات الأظفار



الشكل 32 - 17 : دميوم تحت الظفر .



الشكل 32 - 21 : الحزاز المسطح ، تبدلات الأظفار .



الشكل 32 - 18 : أظفار بشكل مضرب التنس .



الشكل 32 - 22 : متلازمة الظفر الأصفر .



الشكل 32 - 23 : ظفر ناشب .



الشكل 32 - 24 : عرن تحت الظفر .

الفصل الثالث والثلاثون



الشكل 33 - 4 : التهاب شفة زاوي .



الشكل 33 - 1 : غدد زهمية متبذرة .



الشكل 33 - 5 : التهاب شفة زاوي خمجي (ناجم عن العقديات) .



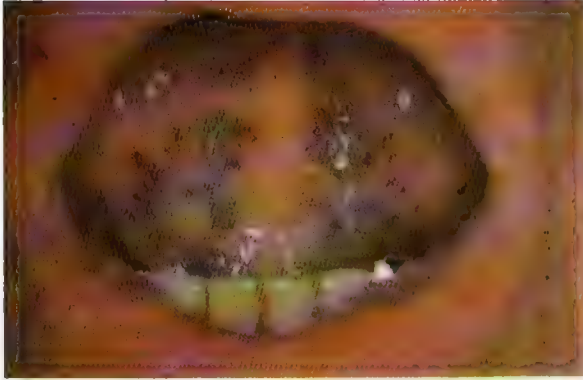
الشكل 33 - 2 : ناسور ولادي في الشفة السفلى .



الشكل 33 - 6 : التهاب شفة بسيط .



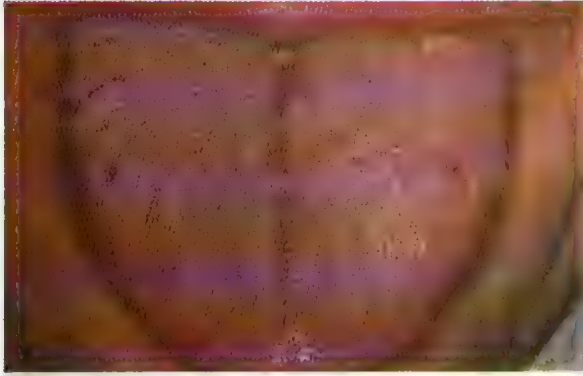
الشكل 33 - 3 : كيسة مخاطية رضحية (حبيوم مخاطي) في الشفة السفلى .



الشكل 33 - 10 : دوالي اللسان .



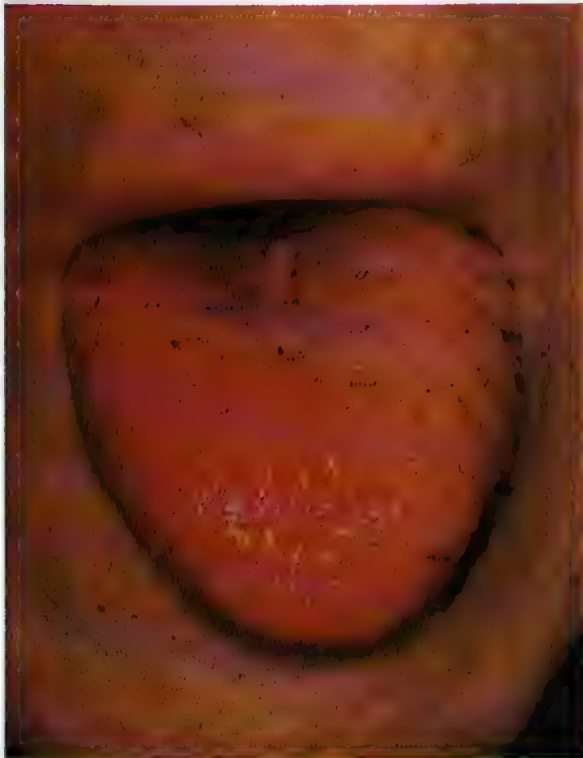
الشكل 33 - 7 : التهاب شفة سافع مزمن .



الشكل 33 - 11 : لسان متشقق .



الشكل 33 - 8 : التهاب شفة حبيومي .



الشكل 33 - 12 : لسان متشقق (صفني) .



الشكل 33 - 9 : التهاب شفة حبيومي مع جدر حبيومية (أيسر) وخزل عصب وجهي .



الشكل 33 - 15 : لسان مُشَعَّر .



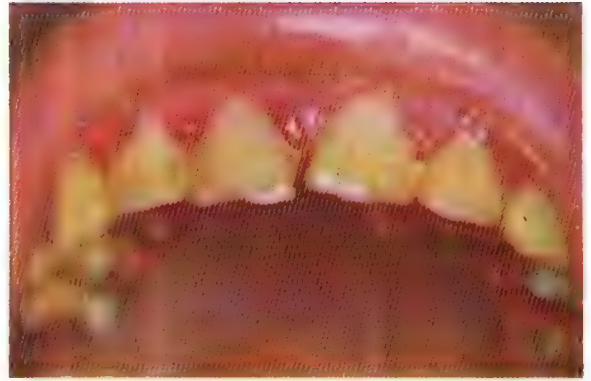
الشكل 33 - 13 : لسان جغرافي .



الشكل 33 - 16 : التهاب اللسان لمولر - هنتز .



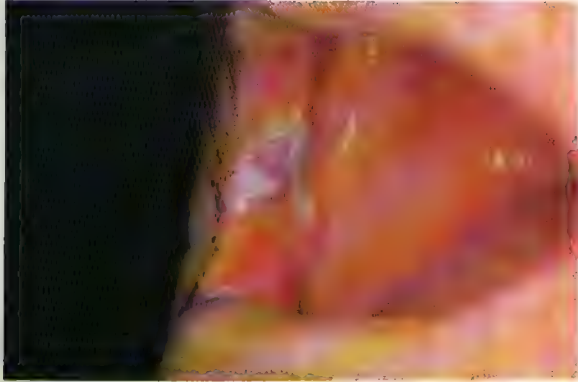
الشكل 33 - 14 : التهاب اللسان المعيني الناصف .



الشكل 33 - 17 : التهاب لثة مفرط التنسج .



الشكل 33 - 18 : التهاب لثة تأكلي هامشي .



الشكل 33 - 20 : طلوان .



الشكل 33 - 21 : فرط تصبغ المخاطية الفموية .



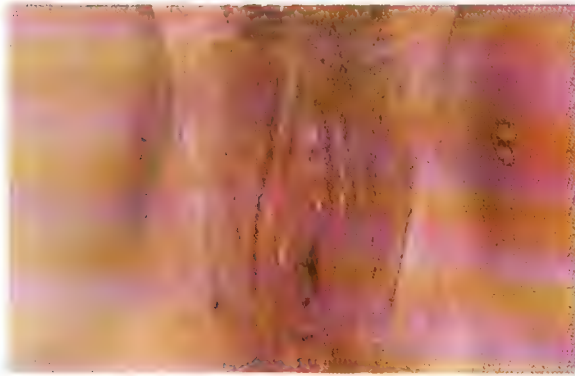
الشكل 33 - 22 : وشم مُلغم Amalgam .



الشكل 33 - 19 : تفران أبيض نيكوتيني حنكي .



الشكل 33 - 23 : قلاع راجع مزمن .



الشكل 33 - 24 : داء بهجت .

الفصل الرابع والثلاثون



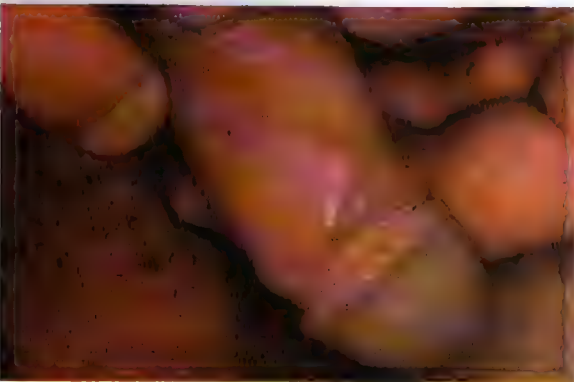
الشكل 34 - 1 : غدد زهمية متبذرة .



الشكل 34 - 3 : التهاب الأوعية اللمفية للثلم الإكليلي .



الشكل 34 - 2 : حلقات إكليل الحشفة .



الشكل 34 - 4 : التهاب الوريد للثلم الإكليلي .



الشكل 34 - 7 : التهاب حشفة إيثكالي متحلق .



الشكل 34 - 5 : تضيق القلفة .



الشكل 34 - 8 : التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد الحميا بالخلايا المصورية (Zoon) .



الشكل 34 - 6 : جُلَاع (اختناق القلفة الخلفي (Paraphimosis) .



الشكل 34 - 10 : حطاط بوفاني تناسلي : حطاطات بوفانية متعددة على القضيب .



الشكل 34 - 9 : حطاط بوفاني تناسلي : حطاطات مصطبغة متعددة على الفرج .



الشكل 34 - 11 : نخر بالديكوالينيوم Dequalinium .

الفصل الخامس والثلاثون



الشكل 35 - 1 : حزاز تصليبي ضموري فرجي .

الفصل السادس والثلاثون

	الثالث			
	I.	II.	III.	
التهاب الجلد المناعي الذاتي بالبروجسترون	■			
الحمامى العقدة الحملية	■	■		
التهاب الجلد الحطاطي	■	■	■	
				الحلأ الحملية
				الحكاك الحملية (Besnier)
				الحكة الحملية
				قوباء حثية الشكل
				الطفوح متعددة الأشكال الحملية

الشكل 36 - 1 : جلادات الحمل

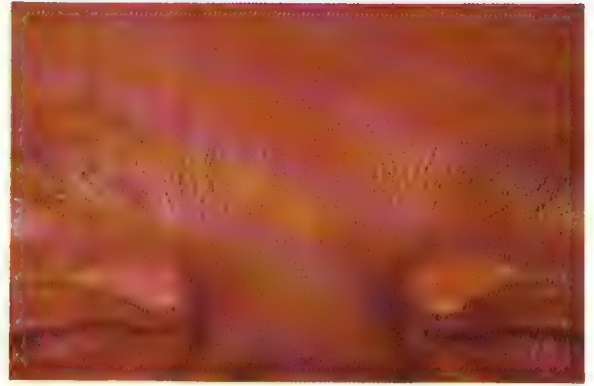


الشكل 36 - 2 : الحطاطات واللويحات الشروية الحكة الحملية .

الفصل السابع والثلاثون



الشكل 37 - 5 : صفروم راحي مخطط في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث .



الشكل 37 - 1 : لويحات صفراء جفنية .



الشكل 37 - 6 : صفروم وتري ومفصلي .



الشكل 37 - 2 : صفروم مسطح منتشر .



الشكل 37 - 7 : قوس شحمانية قرنية (شبائية) في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » .

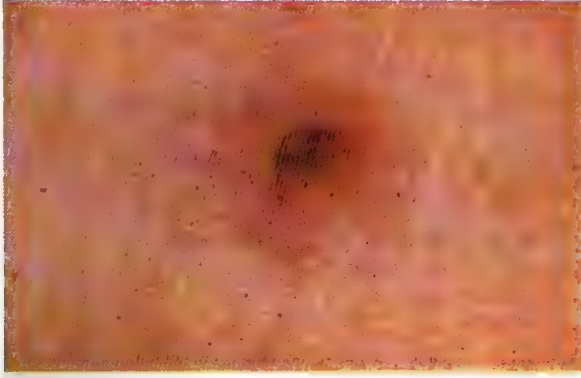


الشكل 37 - 3 : صفروم حديبي في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » .

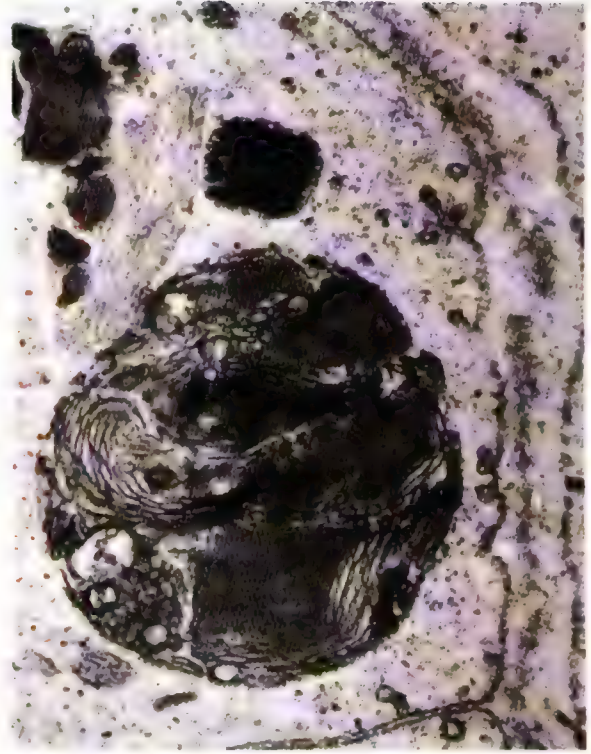


الشكل 37 - 4 : صفروم طفحي في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الرابع .

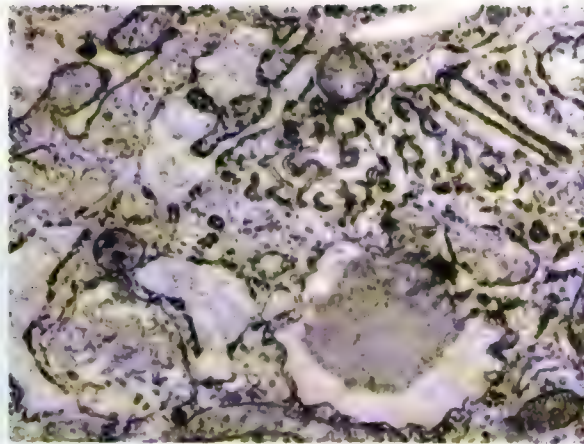
الفصل الثامن والثلاثون



الشكل 38 - 2 : تفران وعائي جسدي منتشر ، ناحية السرة .



الشكل 38 - 1 : تفران وعائي جسدي منتشر . ترسيبات داخل خلوية ، وأشكال شبيهة بالنخاعين (صورة مجهرية إلكترونية $\times 204600$) .

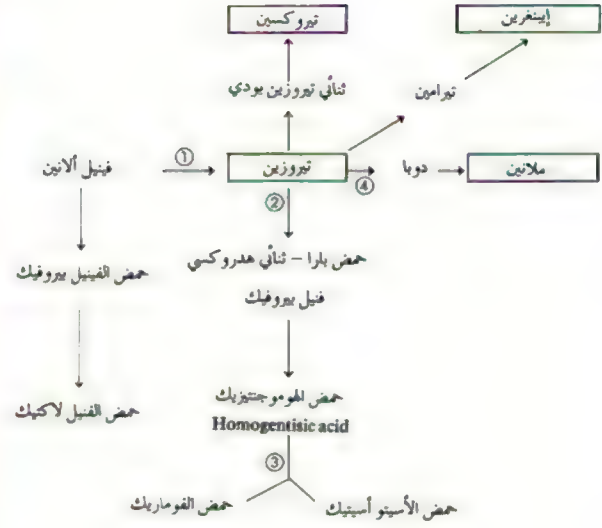


الشكل 38 - 3 : أجسام فاربر Farber . اشتتالات دورية الشكل عديمة الغشاء ، ومغلقة بالغشاء في أرومة ليفية (صورة مجهرية إلكترونية $\times 29700$) .

الفصل التاسع والثلاثون

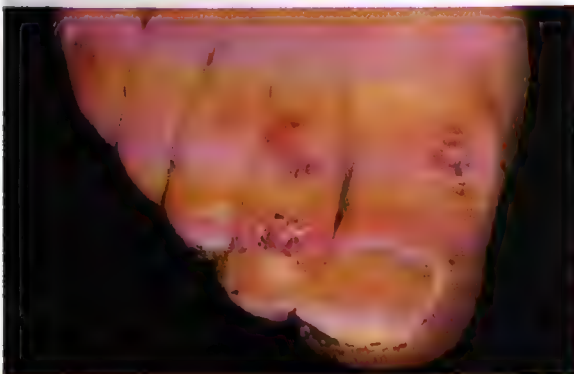


الشكل 39 - 2 : مغرانية بيعة الكَثُونِيَّة .

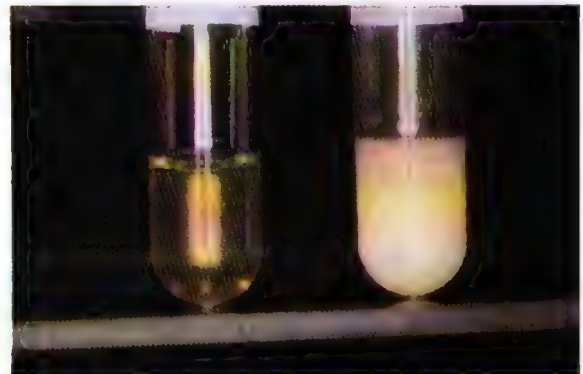


الشكل 39 - 1 : اضطرابات مورثية في استقلاب الفينيل ألانين - تيروزين . إحصارات استقلابية ناتجة عن اضطرابات إنزيمية محددة وراثياً : 1 - بيعة الفينيل كيتون ؛ 2 - تُرَّاز (الداء الثيروزيني Tyrosinosis) ؛ 3 - بيعة الكَثُونِيَّة مغرانية ؛ 4 - مهق .

الفصل الأربعون



الشكل 40 - 2 : غلوبلين قرّي في الدم .



الشكل 40 - 1 : الغلوبليينات القرّية . على اليمين ، بعد الترسيب بالتبريد في المجمدة .

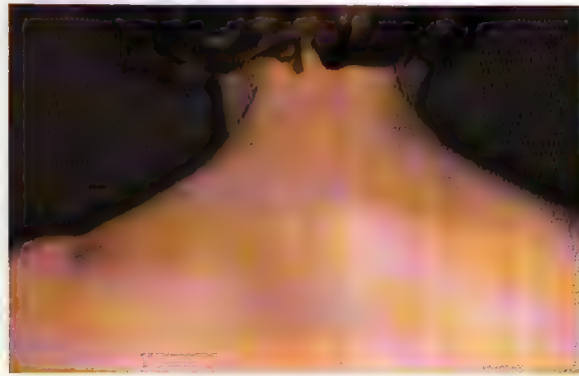
الفصل الحادي والأربعون



الشكل 41 - 2 : حزاز نشواني .



الشكل 41 - 1 : داء نشواني جلدي فقاعي نزفي .

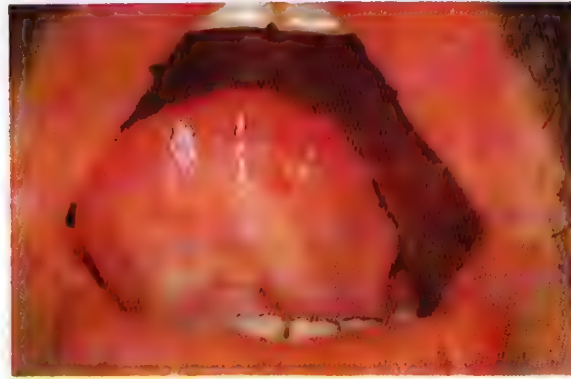


الشكل 41 - 3 : داء نشواني جلدي بقعي .

الفصل الثاني والأربعون



الشكل 42 - 1 : داء بروتيني شحماني ، حطاطات تؤلولة على
المفاصل السنية السلامية والسلامية الدانية .

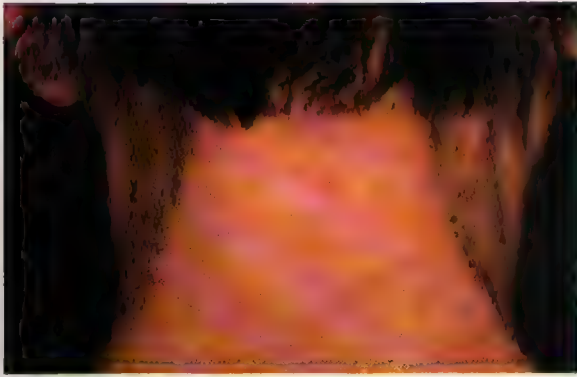


شكل 42 - 2 : داء بروتيني شحماني (اللسان والشفطان) .

الفصل الثالث والأربعون



الشكل 43 - 1 : وذمة مخاطية معددة على الريلة .



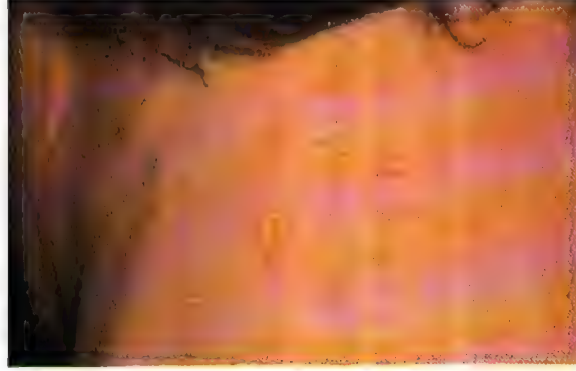
الشكل 43 - 3 : وذمة مخاطية تصلية .



الشكل 43 - 4 : داء موسيني شبكي حمامي .



الشكل 43 - 2 : داء موسيني حطاطي على الفخذ .

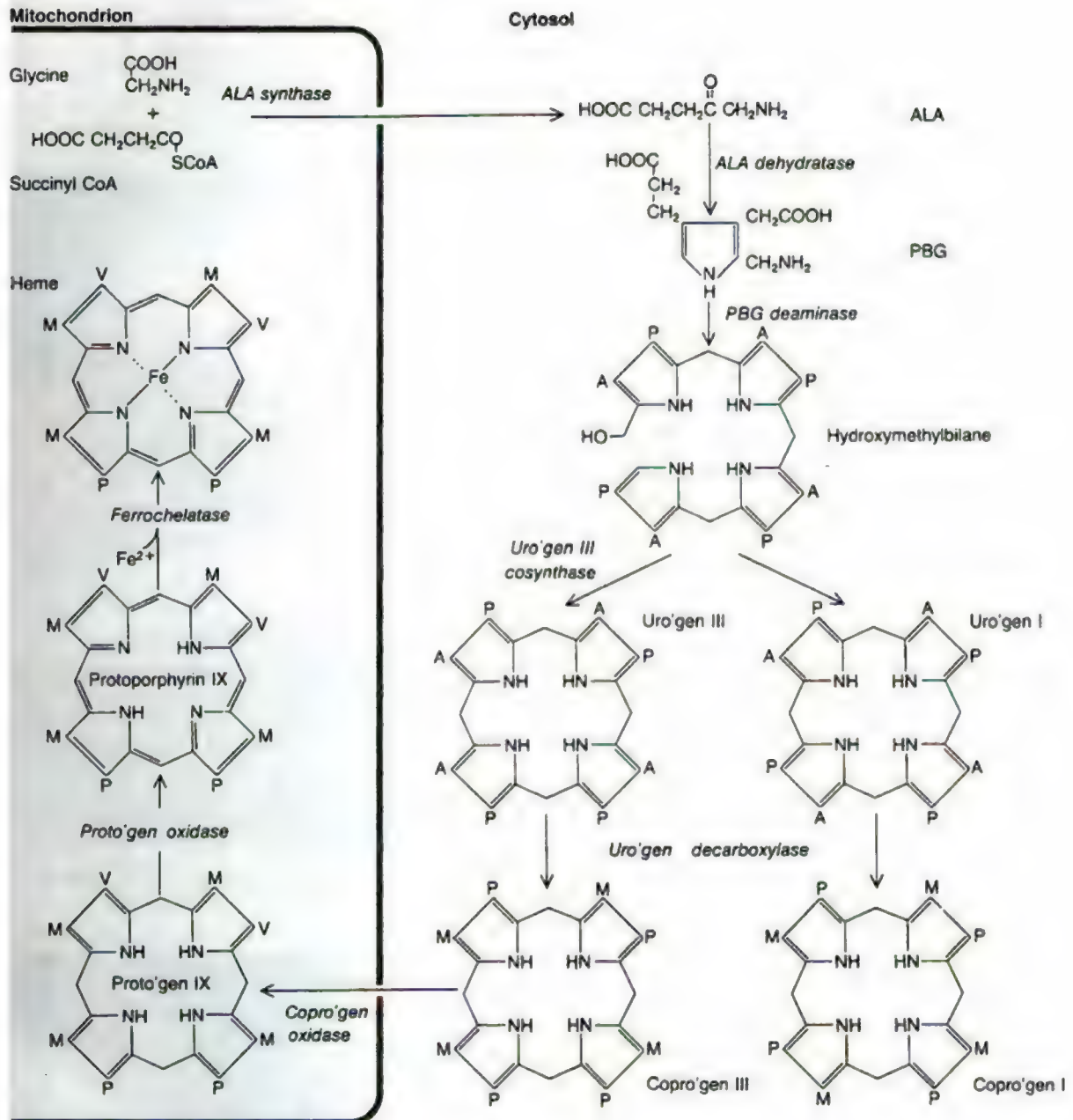


الشكل 43 - 5 : داء موسيني جريبي ، الشكل الغامض .



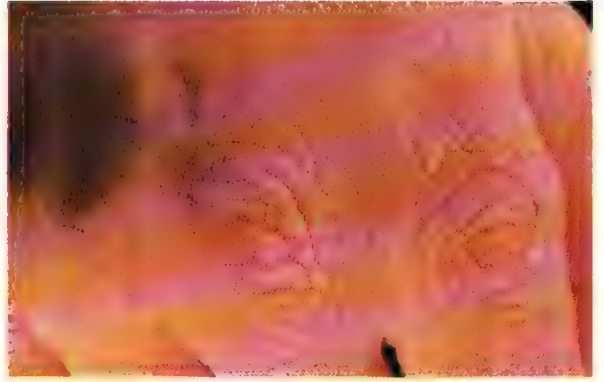
الشكل 43 - 6 : داء موسيني جريبي ، الشكل العرضي في الفطار
فطراني .

الفصل الرابع والأربعون



الشكل 44 - 1 : مسلك التركيب الحيوي للهيم . التوزيع تحت الخلوي للإنزيمات والمتوسطات في تركيب الهيم .

A, - CH_2COOH ; M, - CH_3 ; P, - $\text{CH}_2\text{CH}_2\text{COOH}$; V, - $\text{CH}=\text{CH}_2$ (Kappas Etal, 1989).



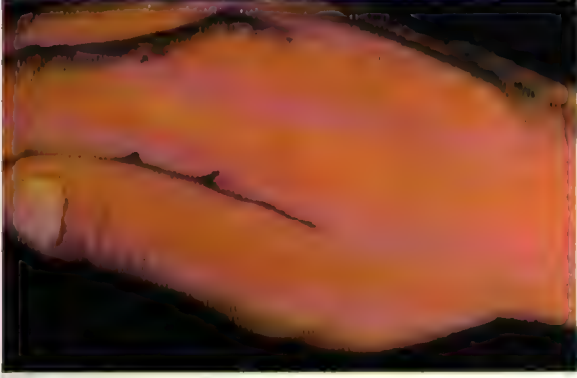
الشكل 44 - 2 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر ، غمط التهاب جلد .



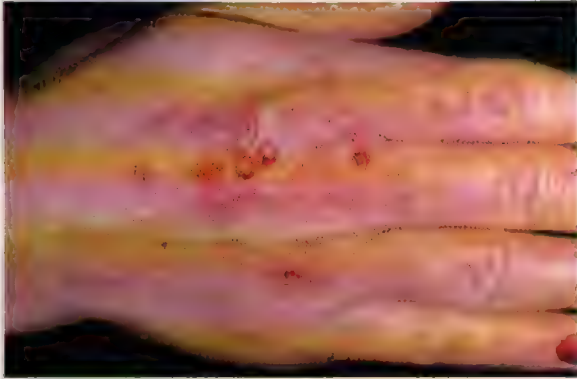
الشكل 44 - 3 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر ، غمط التهاب جلد .



الشكل 44 - 4 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر ، غمط وذمة وعائية .



الشكل 44 - 5 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر مع تنكس هَيَالِينِي جلدي محدث بالضوء .



الشكل 44 - 6 : برفيرية جلدية آجلة مُحَرَّشة بمناعات الحمل الفموية .



الشكل 44 - 7 : برفيرية جلدية آجلة .



الشكل 44 - 8 : برفيرية جلدية آجلة ، تصلب جلد كاذب مع
تقرح .

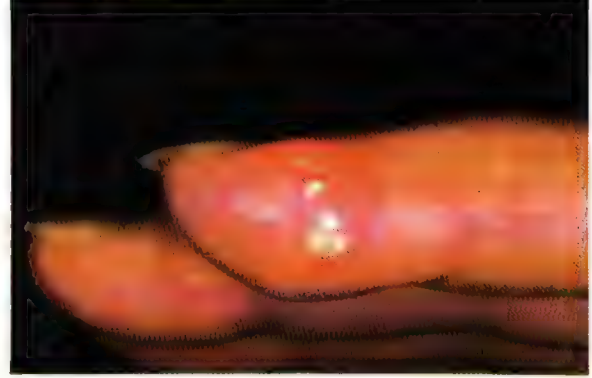


الشكل 44 - 9 : برفيرية جلدية آجلة مع أعراض تأكلية ،
وارتشاحات التهابية ، ودخينات عقب فقاعية .

الفصل الخامس والأربعون



الشكل 45 - 2 : كلاس استقلالي موضع في تصلب جلد
مجموعي مترقي : متلازمة ثيرج ويسنباخ - Thibierge
. Weissenbach



الشكل 45 - 1 : كلاس استقلالي موضع .

الفصل السادس والأربعون



الشكل 46 - 2 : التهاب جلد الأطراف المتعاني .



الشكل 46 - 1 : التهاب جلد الأطراف المتعاني .

الفصل السابع والأربعون



الشكل 47 - 1 : استقلاب الحموض النووية إلى حمض بول .

الشكل 47 - 2 : ثُوف النقرس Gout Tophi .

الفصل التاسع والأربعون

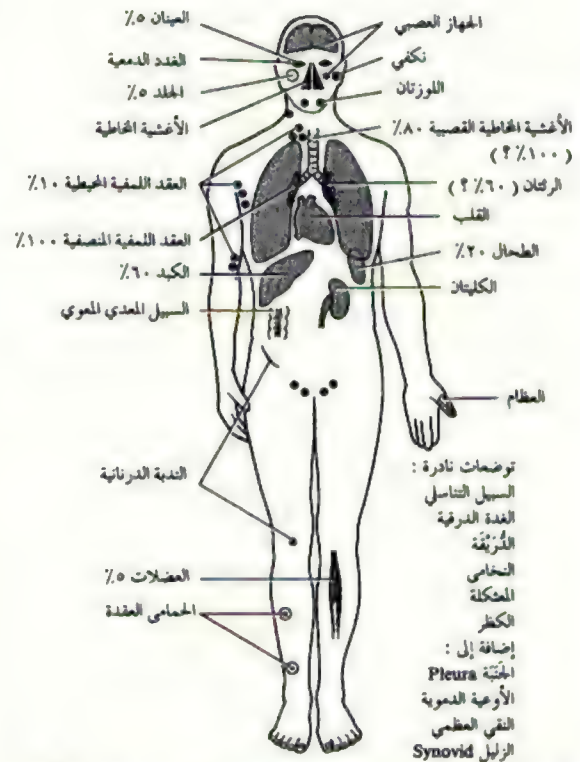


الشكل 49 - 1 : التهاب جلد بَلْعُري .

الفصل الخمسون



الشكل 50 - 3 : غرناوية : نمط متعلق Circinate .



الشكل 50 - 1 : غرناوية ، التواترات المقدرة لمظاهر الأعضاء الممكنة .



الشكل 50 - 4 : غرناوية : نمط عقيدتي كبير .



الشكل 50 - 5 : غرناوية : ذاب شرطي .



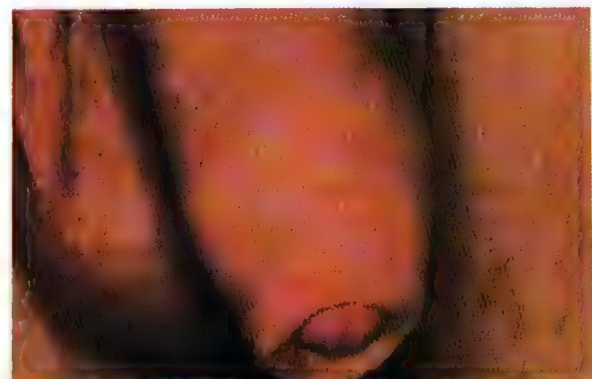
الشكل 50 - 2 : غرناوية : نمط عقيدتي صغير منتشر .



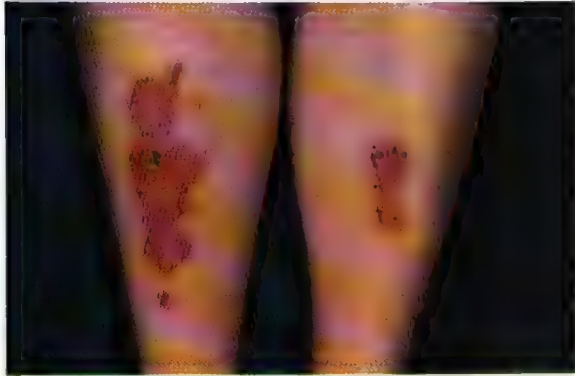
الشكل 50 - 6 : حبيوم حلقي (في الأسفل : الخط المنثر) .



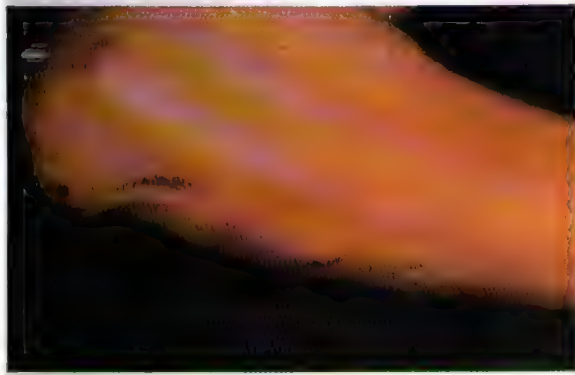
الشكل 50 - 7 : حبيوم وجهي .



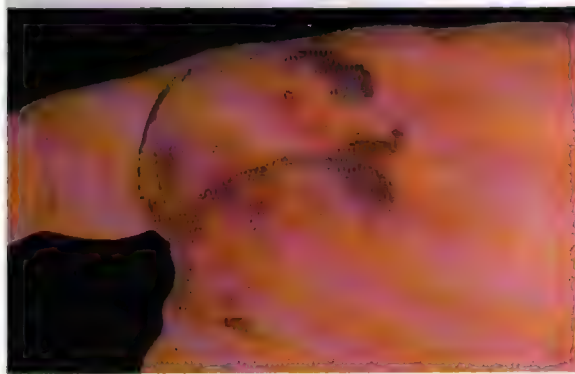
الشكل 50 - 8 : حزاز لامع (دقيق) .



الشكل 50 - 9 : بلى فيزيولوجي شحماني .



الشكل 50 - 10 : عقيدات رئيانية .



الشكل 50 - 11 : حبيوم ألوي طفلي .

الفصل الثاني والخمسون



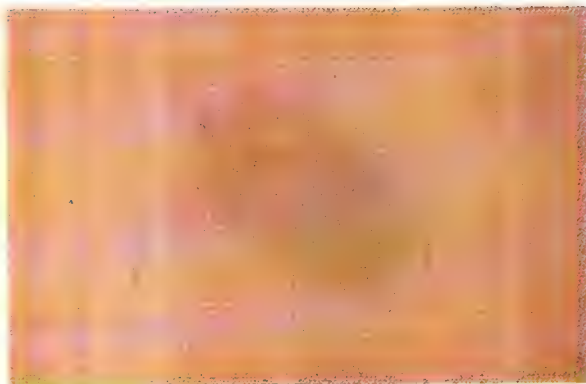
الشكل 52 - 4 : داء الشامات .



الشكل 52 - 5 : بقعة منغولية .



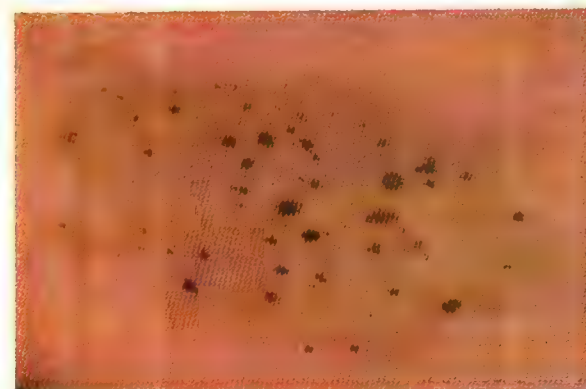
الشكل 52 - 6 : وحة زرقاء .



الشكل 52 - 1 : بقعة قهوة بحليب .



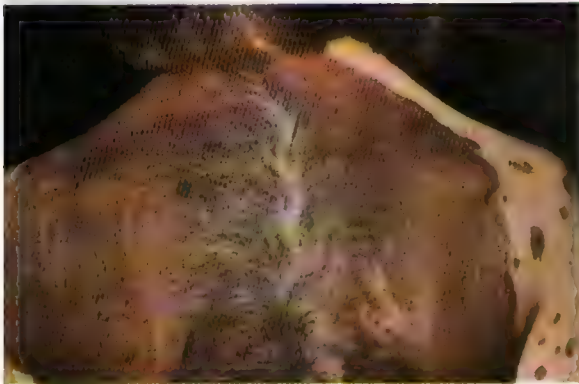
الشكل 52 - 2 : ملان وحمى الشكل .



الشكل 52 - 3 : وحة بقعية .



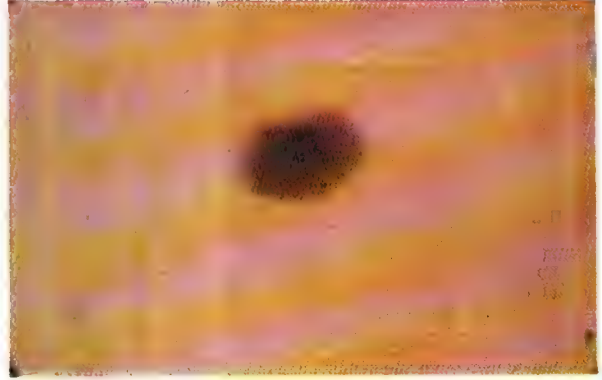
الشكل 52 - 10 : وحة وحمة الخلايا مصطبغة ومشعرة ، وحة مصطبغة عملاقة ، غطط ولادي .



الشكل 52 - 11 : ملان جلدي عصبي .



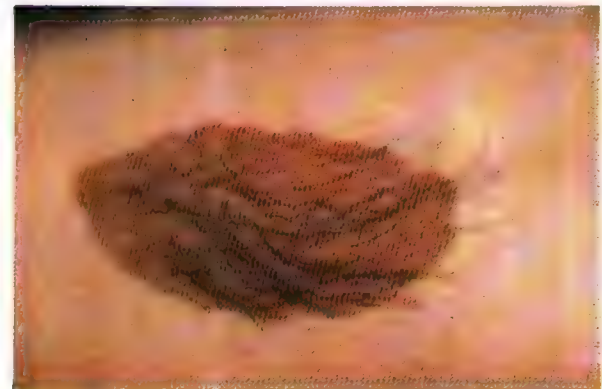
الشكل 52 - 12 : وحة مغزلية الخلايا .



الشكل 52 - 7 : وحة وحمة الخلايا مصطبغة .



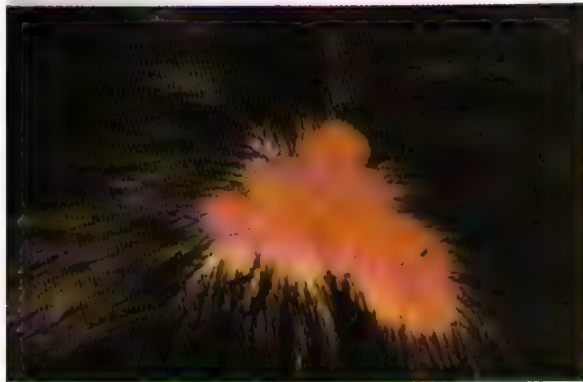
الشكل 52 - 8 : وحة وحمة الخلايا مصطبغة وحليمومية ، غطط ولادي .



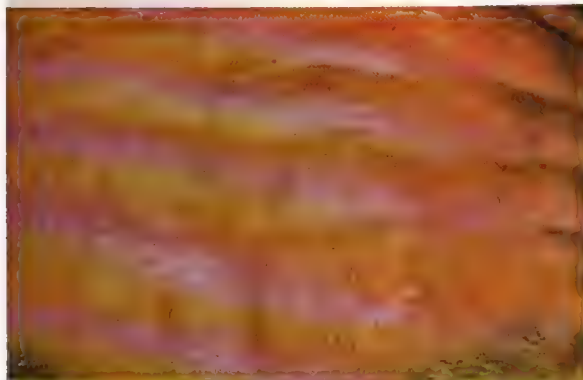
الشكل 52 - 9 : وحة وحمة الخلايا مصطبغة ومشعرة ، غطط ولادي .



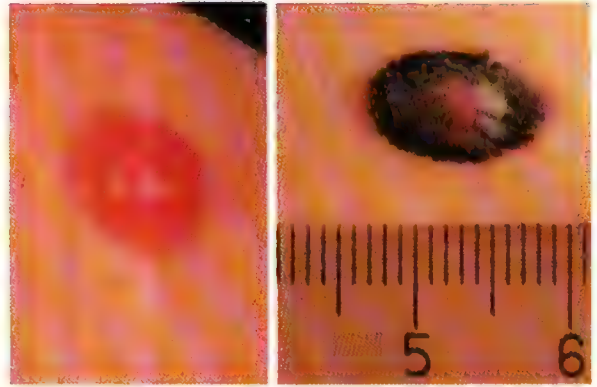
الشكل 52 - 16 : وحة ثلولية .



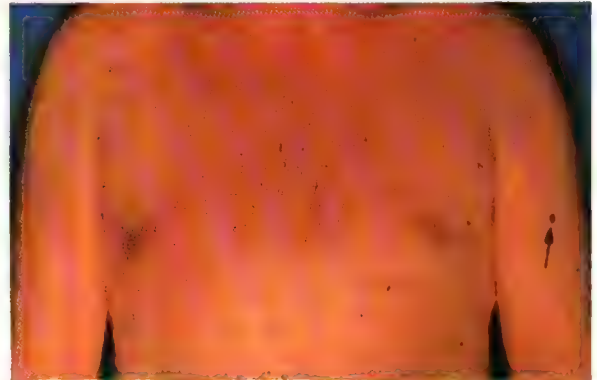
الشكل 52 - 17 : وحة زهمية .



الشكل 52 - 18 : فرط تنسج غدد زهمية محدد .



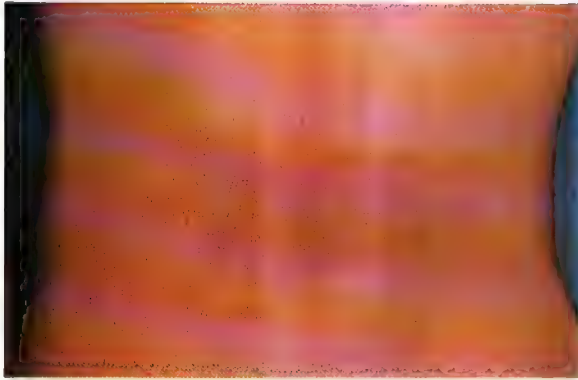
الشكل 52 - 13 : وحة مغزلية الخلايا ، مصطبغة .



الشكل 52 - 14 : متلازمة الوحة مختلة النسيج الوراثية .
وحمات مختلة النسيج متعددة وملائوم خبيث على الطرف العلوي
الأيسر (السهم) .



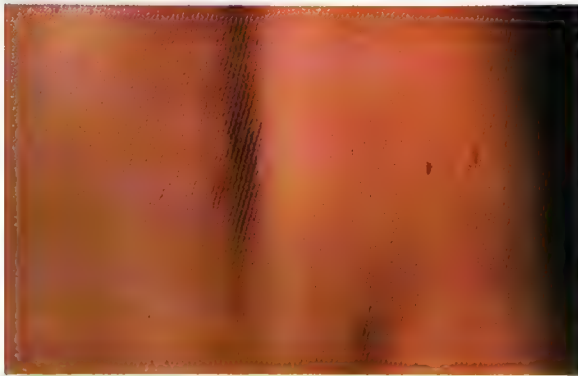
الشكل 52 - 15 : وحة بشرورية حليمومية طرية مجموعية وحيدة
لجاناب .



الشكل 52 - 22 : وحة النسيج الضام في داء برينكل .



الشكل 52 - 19 : داء برينكل Pringle ، غلوم زهمي .



الشكل 52 - 23 : وحة شحمومية .



الشكل 52 - 20 : داء برينكل ، تكاثرات ليفومية في اللثة .



الشكل 52 - 24 : وحة شعلية



الشكل 52 - 21 : داء برينكل ، أورام كوينين Koenen .



الشكل 52 - 27 : وحامات عنكبوتية .



الشكل 52 - 28 : وحامات عنكبوتية .



الشكل 52 - 29 : توسع الشعيرات الوراثي التزفي .



الشكل 52 - 25 : وعاءوم ساعي .



الشكل 52 - 26 : متلازمة كلييل - ترنوني - وير - Klippel
Trenaunay - Weber .

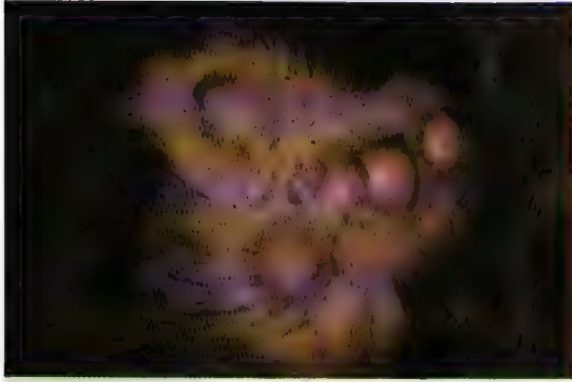


الشكل 52 - 30 : توسع الشعيرات الوراثي النزفي .

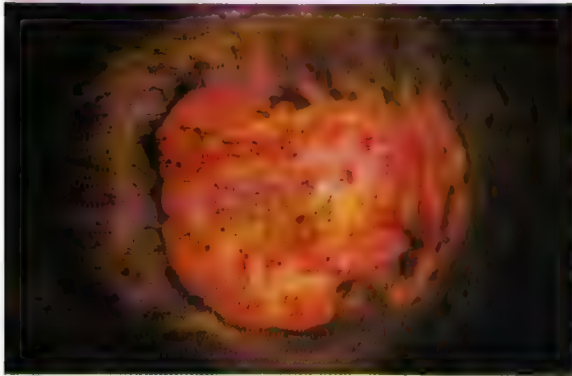


الشكل 52 - 31 : وحة فقرمية .

الفصل الثالث والخمسون



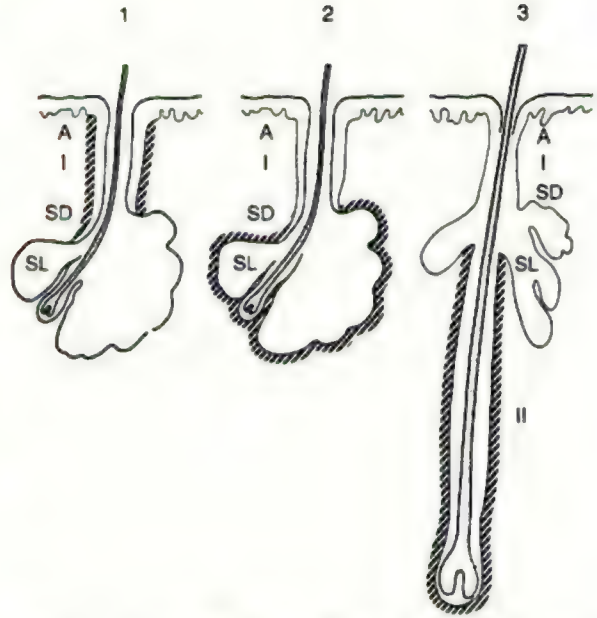
الشكل 53 - 4 : كيسات الغمد الخارجي للشعرة .



الشكل 53 - 5 : كيسات الغمد الخارجي للشعرة التكاثرية عا
الفروة .



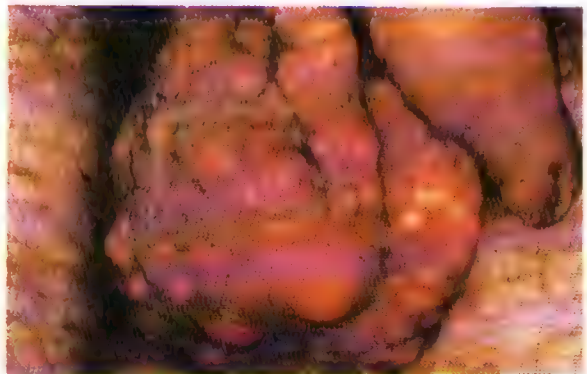
الشكل 53 - 6 : كياس زهمي متعدد .



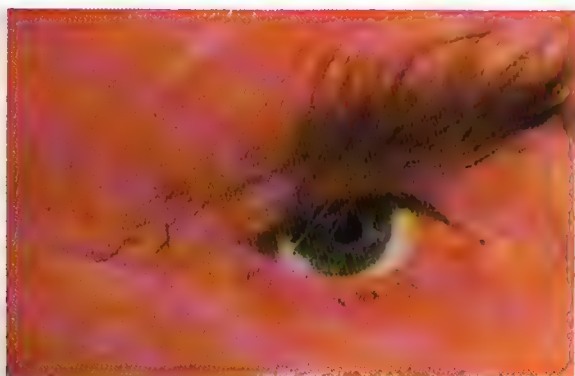
شكل 53 - 1 : إمراض كيسات مختلفة ناشئة من جريبات
همية (١ و ٢) وجريبات أشعار نهائية (٣) (المناطق المخططة) .
، كيسة بشروية من ظهارة قمعية ؛ ٢ ، كياس زهمي متعدد من
صبغات غدة زهمية وقنوات زهمية ؛ ٣ ، كيسة الغمد الخارجي
شعرة من غمد الشعرة الخارجي . A ، طرف القمع ؛ I ، تحت
قمع ؛ SD ، قناة زهمية ؛ SL ، فصيص غدة زهمية ؛ II ، جزء
مت غدي زهمي من جريب ، غمد جذر شعرة .



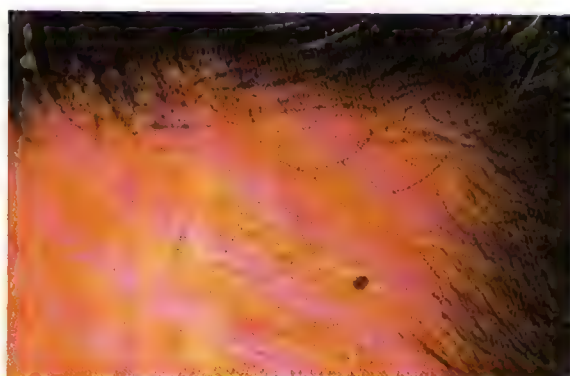
الشكل 53 - 2 : دُخْنَانَات طَفَحِيَّة .



الشكل 53 - 3 : كيسات بشروية صفنية .



الشكل 53 - 9 : ورم كيسى (كيسوم) عرقى ناتج على الجفن السفلى .



الشكل 53 - 7 : مَسَمّ متوسع .

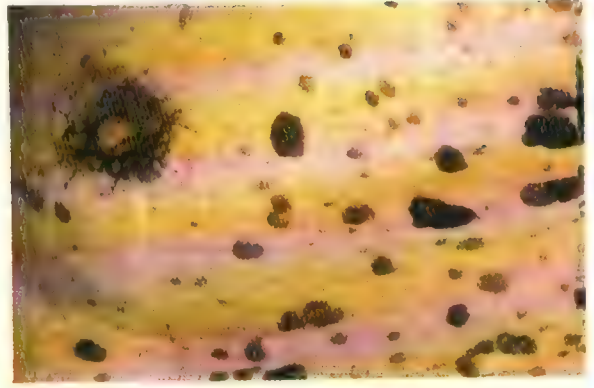


الشكل 53 - 10 : كيسة مخاطانية على ظهر الإصبع .

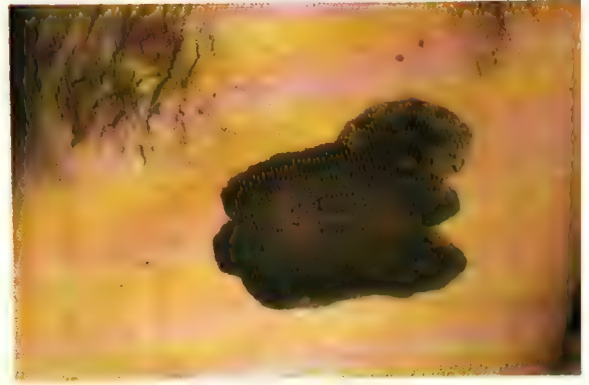


الشكل 53 - 8 : جيب مشعر Pilonidal .

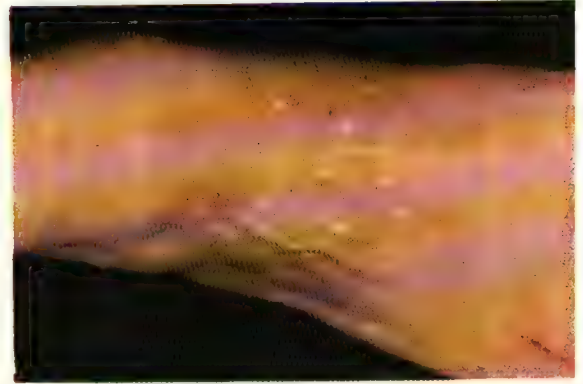
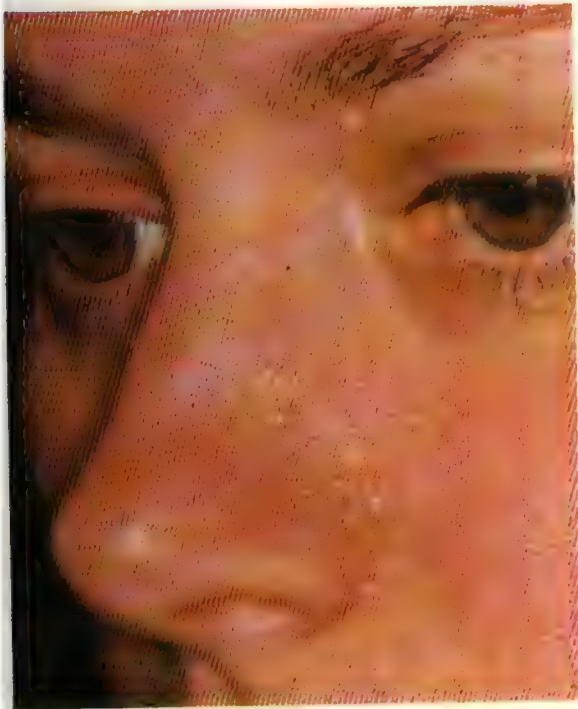
الفصل الرابع والخمسون



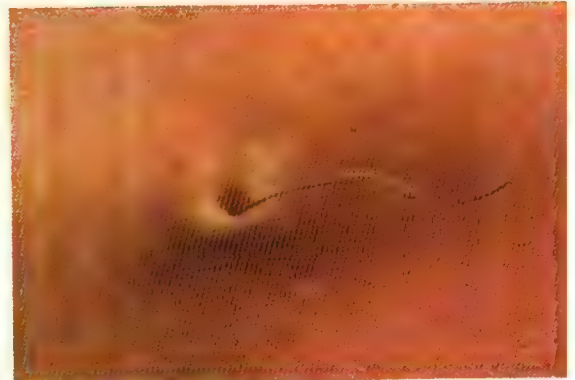
الشكل 54 - 1 : تقرانات مئية .



الشكل 54 - 2 : شوكون ملاني .

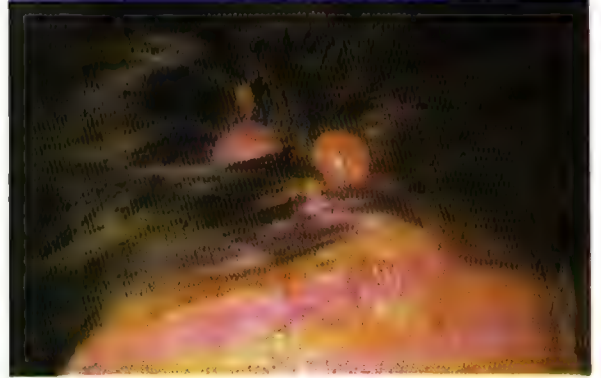


شكل 54 - 3 : تقرانات لاصقة على القدم .



الشكل 54 - 5 : ظهاروم شعري .

الشكل 54 - 4 : جريوم شعري .



الشكل 54 - 6 : أورام أم الشعرة .



الشكل 54 - 8 : الأورام الغدية العرقية المنتشرة .

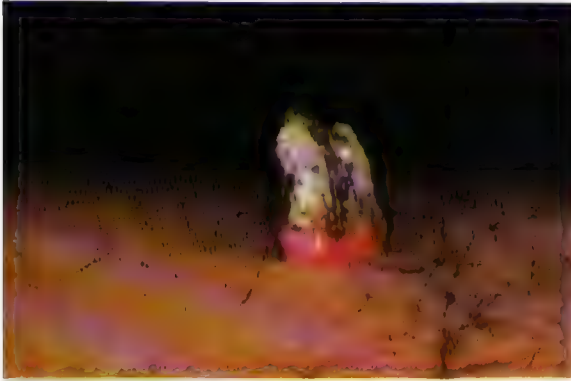


الشكل 54 - 7 : غدوم عرقى .

الفصل الخامس والخمسون



الشكل 55 - 3 : تقرانات إشعاع لدى جراح .



الشكل 55 - 4 : قرن جلدي .



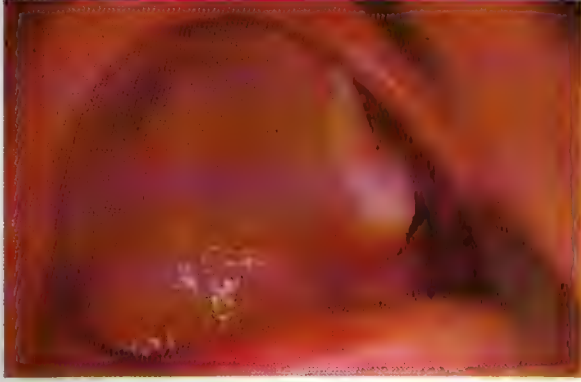
الشكل 55 - 5 : داء بوفن .



الشكل 55 - 1 : تقرانات مسافعة على جلد مُعرض للشمس بشكل مزمن لدى زوجة مزارع .



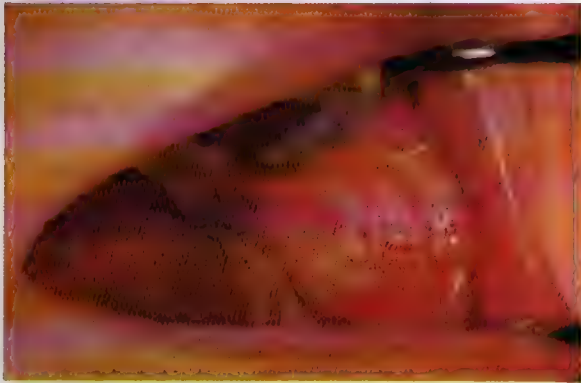
الشكل 55 - 2 : تقرانات مسافعة مع تحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .



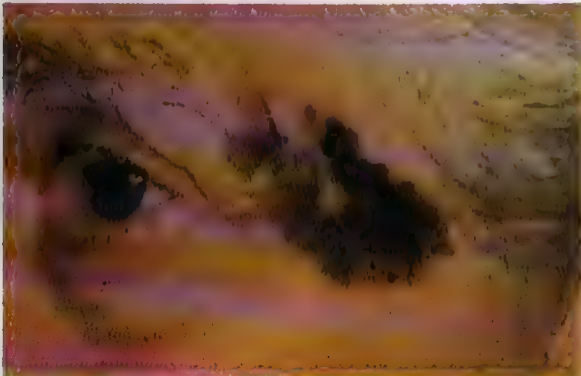
الشكل 55 - 8 : طولوان بسيط .



الشكل 55 - 6 : تنسج أحمر .



الشكل 55 - 9 : طولوان ثؤلولي مع تحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .

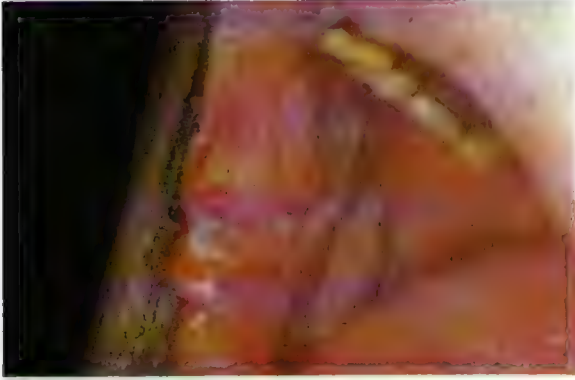


الشكل 55 - 10 : شامة خبيثة .



الشكل 55 - 7 : داء باجيت .

الفصل السادس والخمسون



الشكل 56 - 2 : ورام حلبي زهري فموي .



الشكل 56 - 1 : ورام حلبي جلدي سرطاوي .

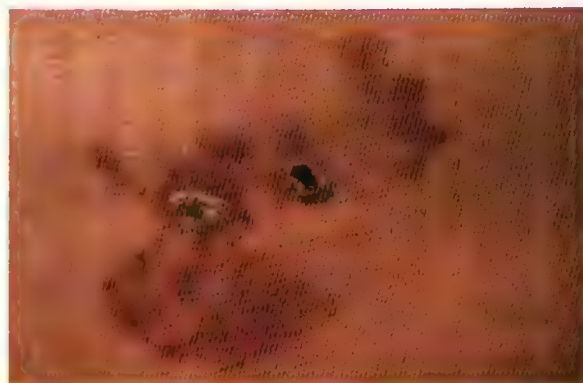


الشكل 56 - 3 : شوكوم قرني .

الفصل السابع والخمسون



الشكل 57 - 4 : سرطانة الخلية القاعدية المتقرحة .



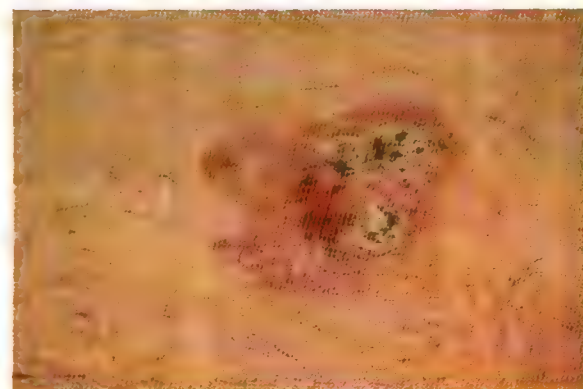
الشكل 57 - 1 : سرطانة الخلية القاعدية - النمط السطحي .



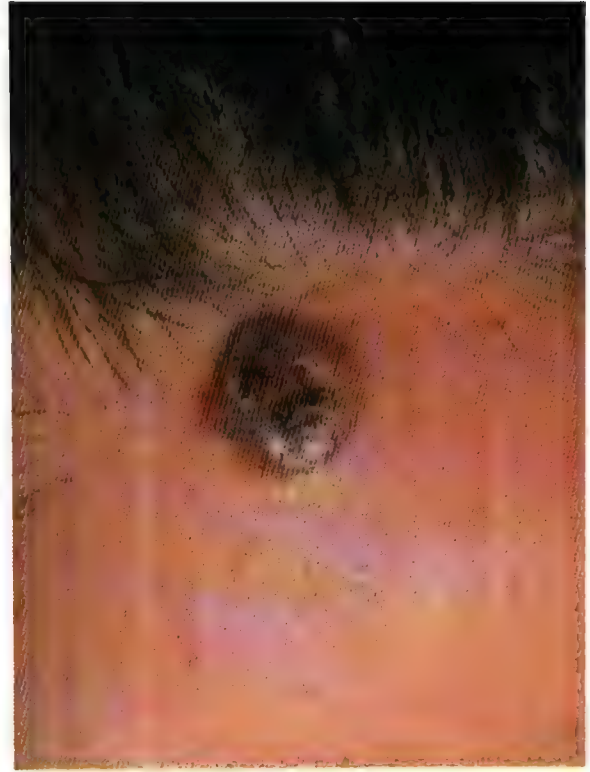
الشكل 57 - 2 : سرطانة الخلية القاعدية المصمتة .



الشكل 57 - 5 : قاعدوم ثاقب (قرحة ثاقبة) .



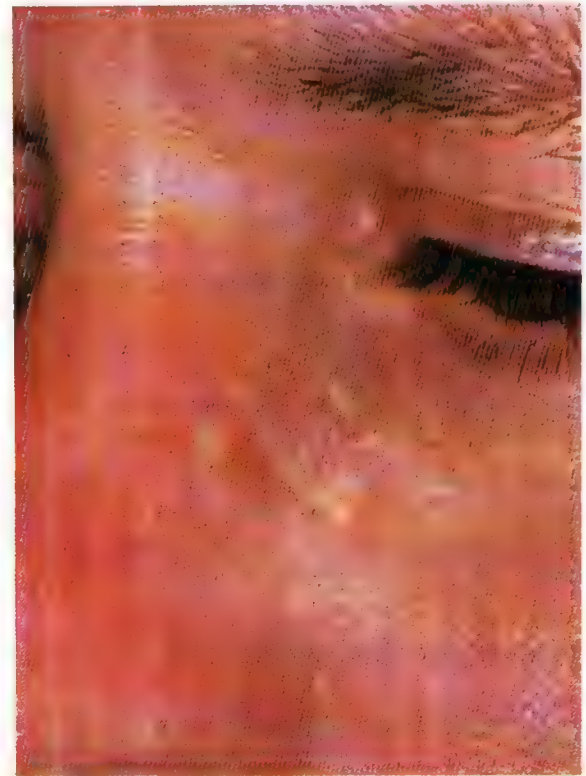
الشكل 57 - 3 : قاعدوم مسطح ندبي .



شكل 57 - 6 : سرطانة خلية قاعدية مصطبغة ومتقرحة
توتياً .



الشكل 57 - 8 : سرطانة خلية قاعدية متعددة و سطحية على
الخدع بعد معالجة بالزرنيخ (ورامات قاعدية) .



شكل 57 - 7 : سرطانة الخلية القاعدية قشيعية الشكل .



الشكل 57 - 9 : سرطانة وسفية الخلايا ، نمو للخارج .



الشكل 57 - 12 : سرطانة قضيبي .



الشكل 57 - 10 : سرطانة وسفية الخلايا .



الشكل 57 - 13 : سرطانة فرج .



الشكل 57 - 11 : سرطانة شفة .



الشكل 57 - 14 : سرطانة لسان .

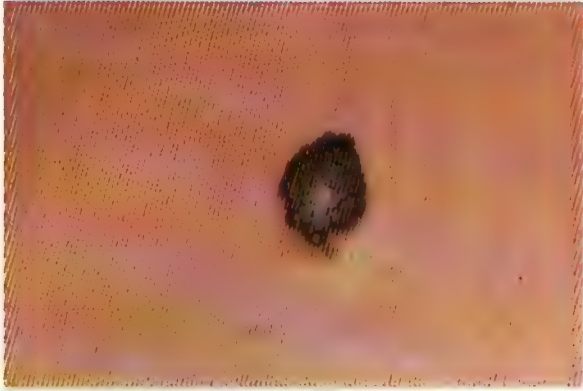


الشكل 57 - 15 : نقائل جلدية من سرطانة غدية .



الشكل 57 - 16 : سرطانة حمراية Erysipelatoides .

الفصل الثامن والخمسون



الشكل 58 - 3 : ملانوم خبيث عقيدي على وحمه وحمية
الخلايا ، مصطبغة .



الشكل 58 - 1 : ملانوم الشامه الخبيثة .



الشكل 58 - 4 : وحمه خلوية مصطبغة ولادية مع ملانوم
خبيث .



الشكل 58 - 2 : ملانوم منتشر سطحي .



الشكل 58 - 5 : ملانوم شامات النهايات .



الشكل 58 - 6 : ملانوم خبيث في المخاطية الفموية .



الشكل 58 - 7 : ملانوم خبيث ، مرحلة II : نقائل إلى العقد اللمفية .



الشكل 58 - 8 : ملانوم خبيث ، مرحلة III : نقائل لاملانية بشكل جزئي ، جلدية متعددة في طبقات الجلد المختلفة .

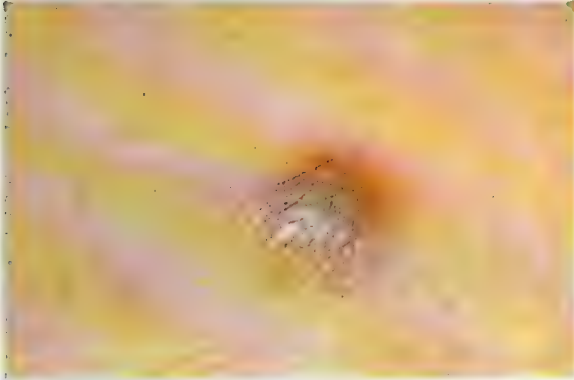
الفصل التاسع والخمسون



الشكل 59 - 4 : ليفوم متدلل .



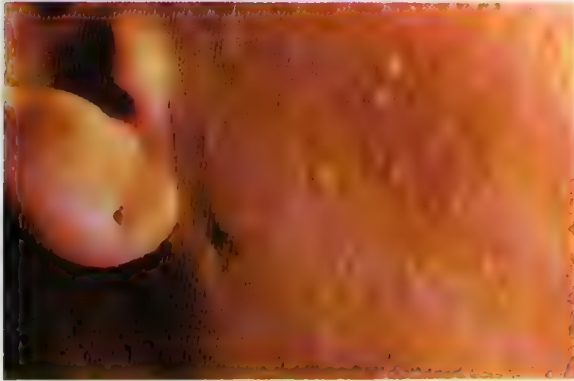
الشكل 59 - 1 : ما يسمى بالجدرات العفوية في الناحية القصية .



الشكل 59 - 5 : ليفوم جلدي .



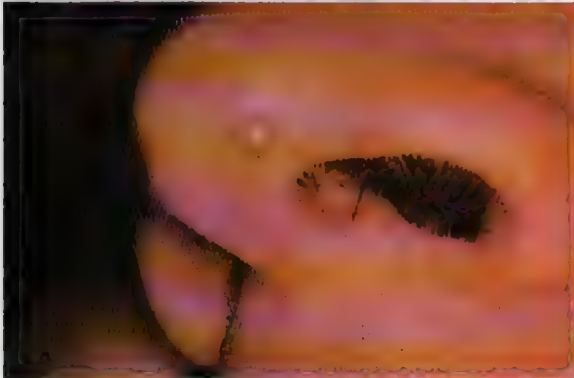
الشكل 59 - 2 : جدرية بعد سَمَط (حرق بالماء المغلي) .



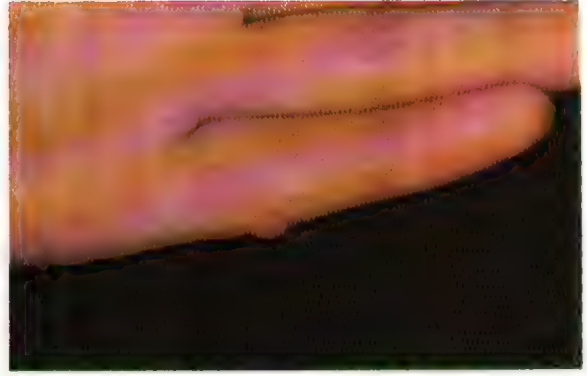
الشكل 59 - 6 : قرصوم جلدي شعري Trichodiscoma .



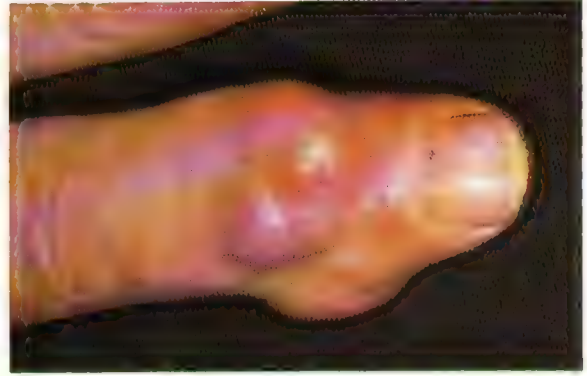
الشكل 59 - 3 : جدرات في عُذْ مكبب .



الشكل 59 - 7 : تليف عقيدي أنفي .



الشكل 59 - 8 : قرونوم ليفي مكتسب .



الشكل 59 - 9 : ورم زليل عملاق الخلايا حميد .



الشكل 59 - 10 : ورم ليفي اصبعي طفلي .



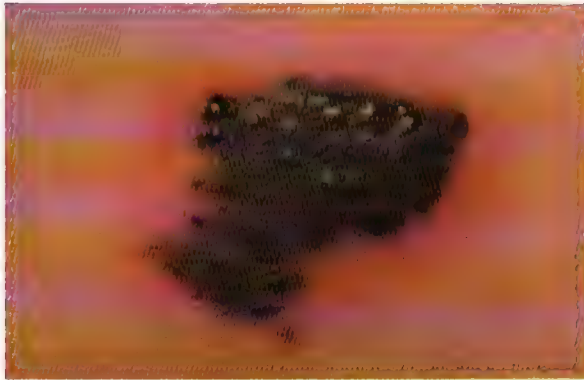
الشكل 59 - 11 : غرن ليفي جلدي ناشئ .



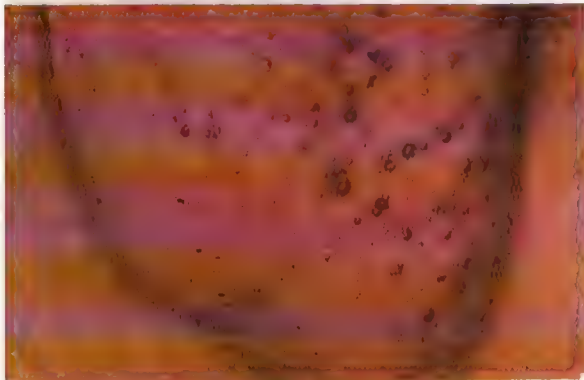
الشكل 59 - 12 : وعازوم دموي كهفي جلدي ؛ الأعلى : في البداية ، الأسفل : بعد ١١ شهراً مع تراجع وشيك .



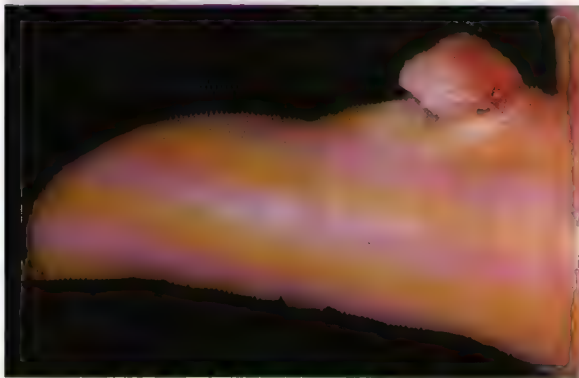
الشكل 59 - 13 : وعازوم دموي مسطح حليبي في الكهول .



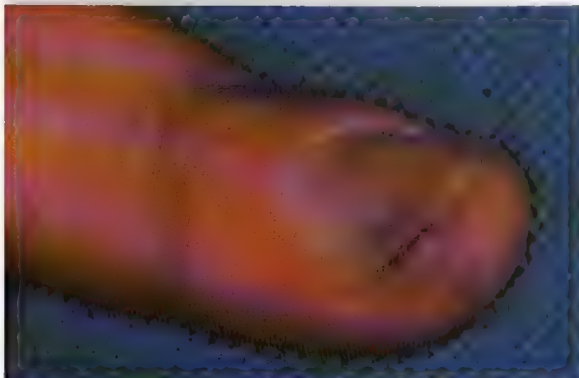
الشكل 59 - 17 : تفران وعائي جسدي محدد ، ناحية الكاحل .



الشكل 59 - 18 : تفران وعائي صفني .



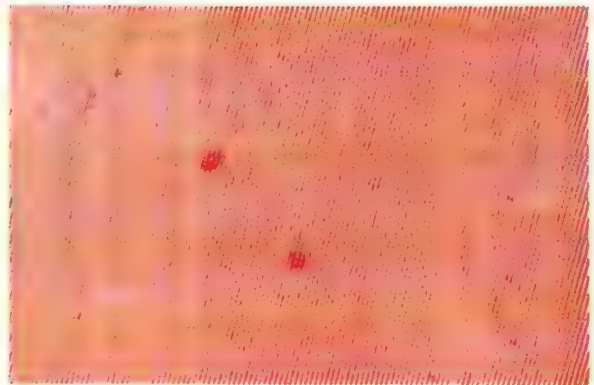
الشكل 59 - 19 : حبيوم مقبح .



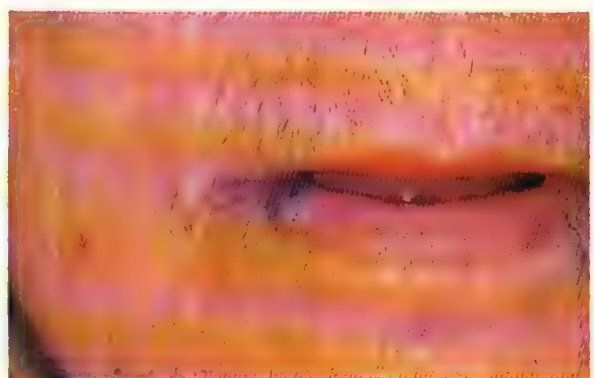
الشكل 59 - 20 : ورم كبي .



الشكل 59 - 14 : متلازمة الوحة المجلية المطاطية الزرقاء .



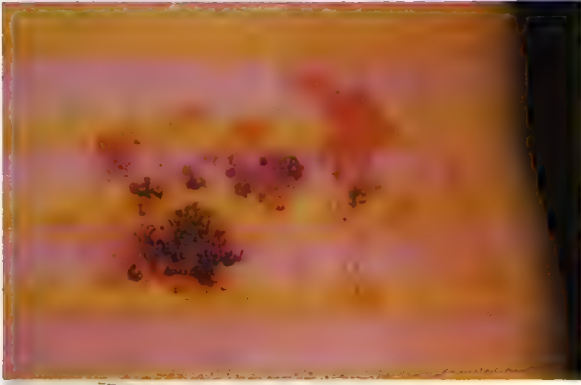
الشكل 59 - 15 : وعائومات شيخية .



الشكل 59 - 16 : وعائوم على هامش الشفة (بحيرة وريدية) .



الشكل 59 - 21 : غرن كابوزي ، غط مُوضَع .



الشكل 59 - 24 : وعاءووم لمفي دموي محدد كيسبي .



الشكل 59 - 22 : غرن كابوزي ، غط منتشر .



الشكل 59 - 25 : وعاءووم لمفي كهفي تحت جلدي .



الشكل 59 - 26 : عضلومات ملساء حول الحلمة .



شكل 59 - 23 : غرن وعائي في الفروة والوجه .



الشكل 59 - 27 : ورام شحمي .



الشكل 59 - 28 : متلازمة لونوا - بنسود .



الشكل 59 - 29 : ورام ليفي عصبي معمم .



الشكل 59 - 30 : سرطانة خلايا مركل Merkel .

الفصل الستون



الشكل 60 - 2 : ارتشاح لمفاوي في الجلد .

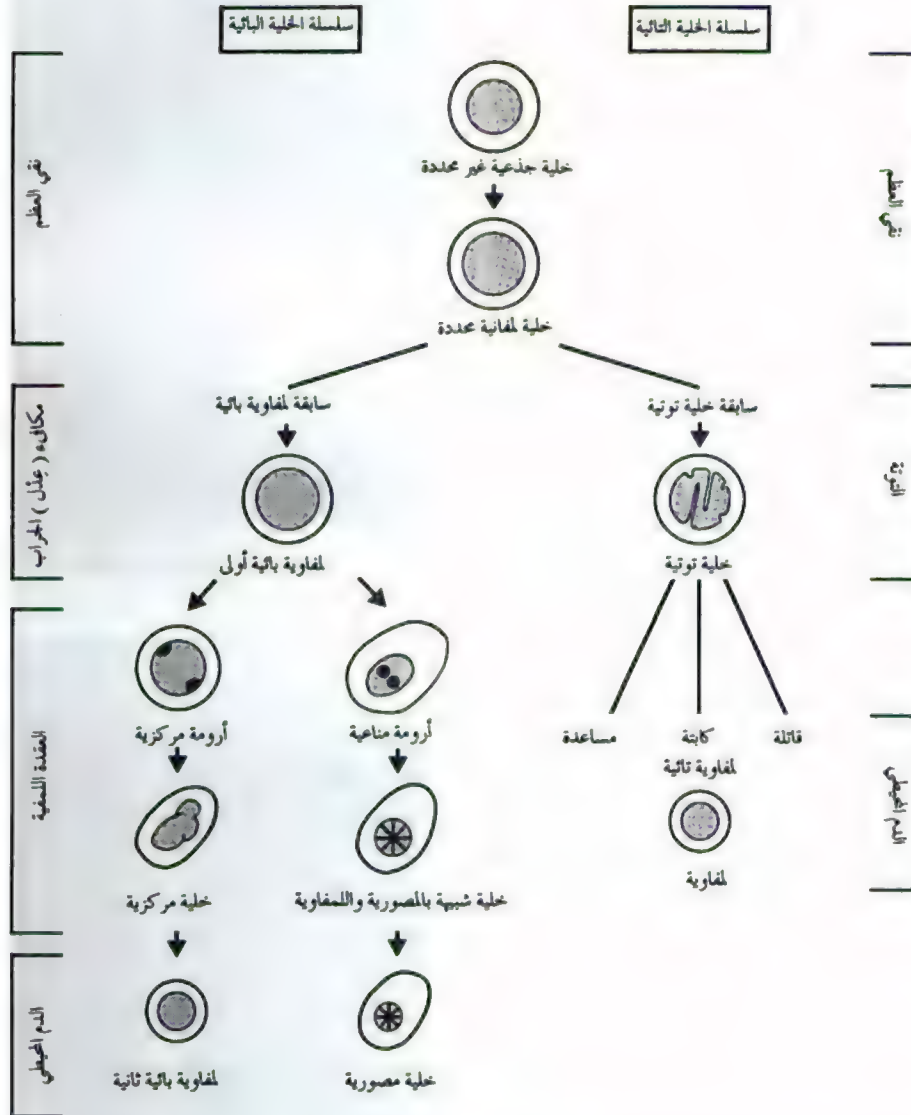


الشكل 60 - 1 : غُدَّاد لمفي جلدي حميد ، شكل عقيدي .



الشكل 60 - 3 : حُطَّاط لمفومالي .

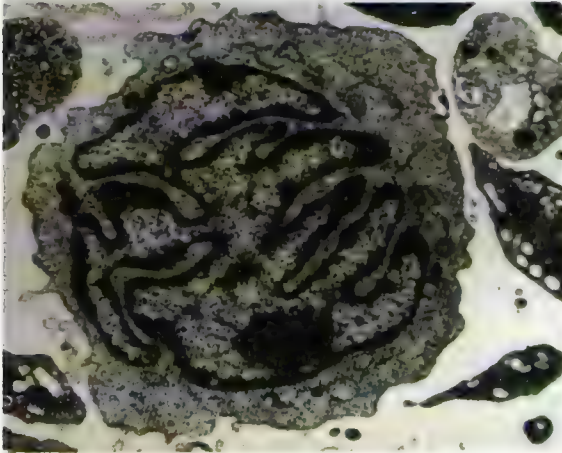
الفصل الحادي والستون



الشكل 61 - 1 : تمايز اللمفاويات البائية والتائية .



الشكل 61 - 4 : فطار فطرائي ، مرحلة ورمية (نسيجياً : لمفو
أرومية لمفية تالية ذات درجة عالية من الحبيطة) .



الشكل 61 - 5 : متلازمة سيزاري ، خلية لوتزنر
x 10100 .



الشكل 61 - 6 : متلازمة سيزاري .



الشكل 61 - 2 : فطار فطرائي ، مرحلة ارتشاحية .



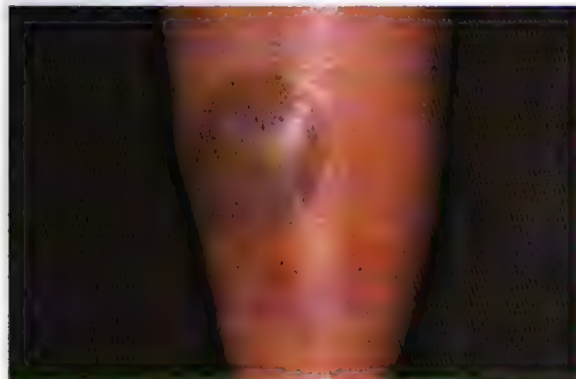
الشكل 61 - 3 : فطار فطرائي ، مرحلة ارتشاحية وورمية .



الشكل 61 - 7 : لمفوما أرومية لمفية نائية ذات خبائة عالية ناشئة من متلازمة سيزاري .



الشكل 61 - 8 : شبك باجيتاني ، نمط موضح .

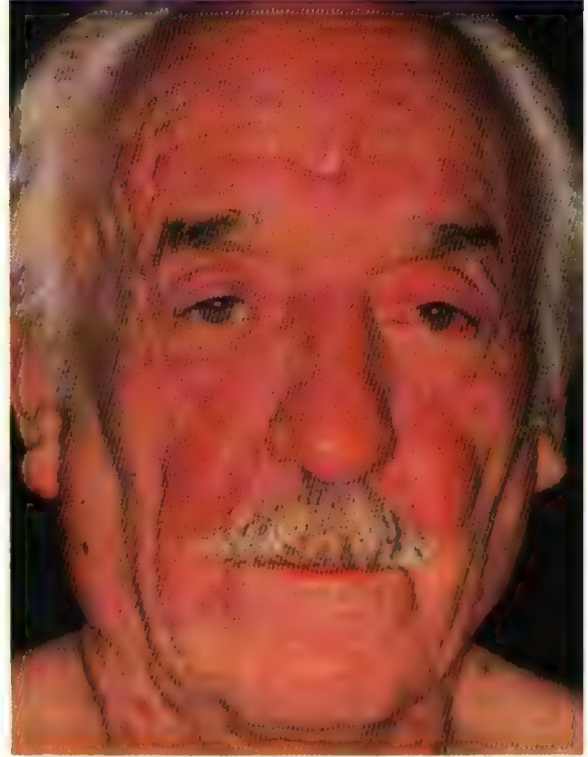


الشكل 61 - 9 : ورم الخلايا المناعية الشبيه بالمصوريات اللمفاويات .

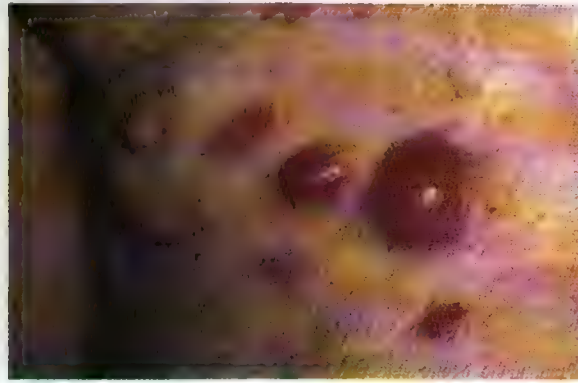
الفصل الثاني والستون



الشكل 62 - 2 : ابيضاض نقوي : ارتشاح نزفي نوعي في اللثة .

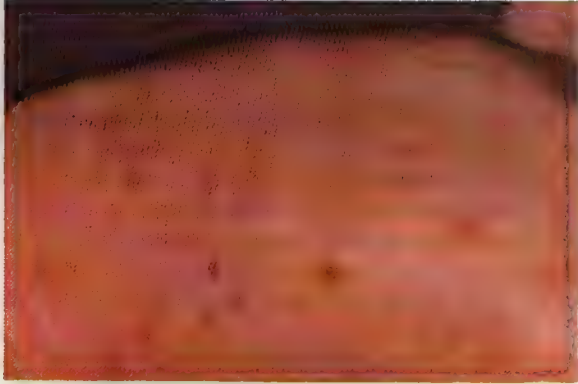


الشكل 62 - 1 : ابيضاض لمفي : ارتشاح على الوجنتين والجبهة
سحنة أسدية .

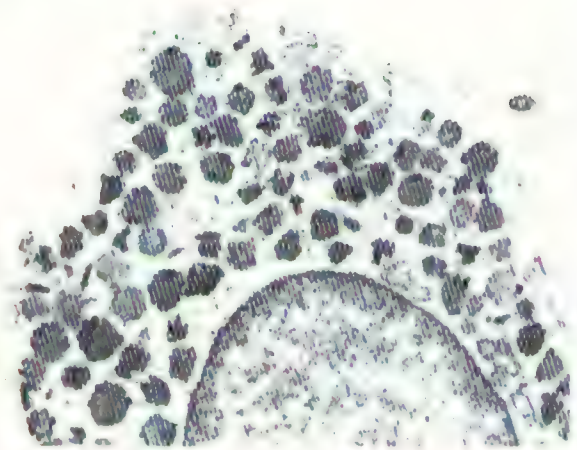


الشكل 62 - 3 : ابيضاض الوحيدات ، ويُدعى بالعُرَّان الشبكي
لغوترون Gotttron .

الفصل الثالث والستون



الشكل 63 - 4 : شرى صباغي لدى رضيع .



الشكل 63 - 1 : خلية بدنية مع حبيبات الخلية البدنية التمثلية :
صورة مجهرية إلكترونية ، $\times 10000$.



الشكل 63 - 5 : شرى صباغي كهلي مع كوية جلدية شروية .



الشكل 63 - 2 : ورم خلايا بدنية موضع .

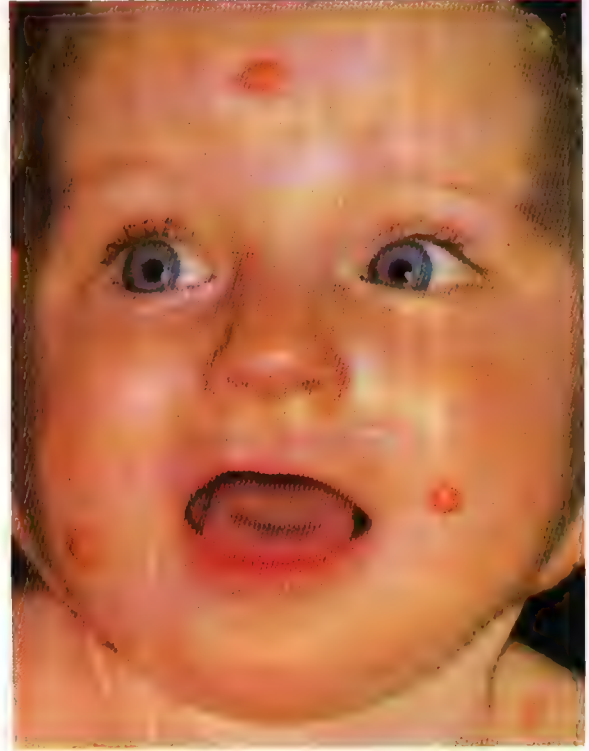


الشكل 63 - 3 : ورم خلايا بدنية منتشر .

الفصل الرابع والستون



الشكل 64 - 3 : كثرة المنسجات X : خلية ذات حبيبات .
خلية لانغرهانس المقطية X ٧٠٠٠٠ .



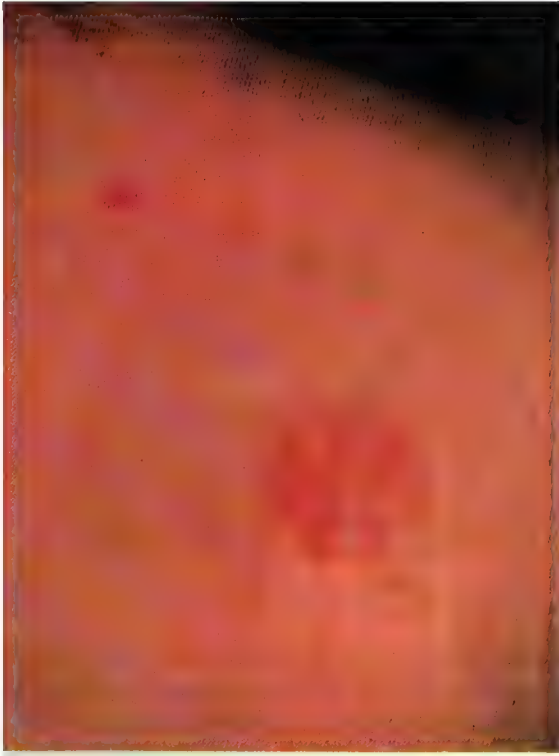
الشكل 64 - 1 : حبيبوم أصفر شباني .



الشكل 64 - 4 : كثرة المنسجات X : داء أبت - ليتر - سيوي .
Abt - Letterer - Siwe .



الشكل 64 - 2 : كثرة المنسجات الشبكي الجلدي ذو سير حميد .



الشكل 64 - 6 : كرة المنسجات الشبكي لكروستي Crosti .



الشكل 64 - 5 : كرة المنسجات X : داء هاند - شولر - كريستيان Hand - Schüller - Christian .

الفصل الخامس والستون

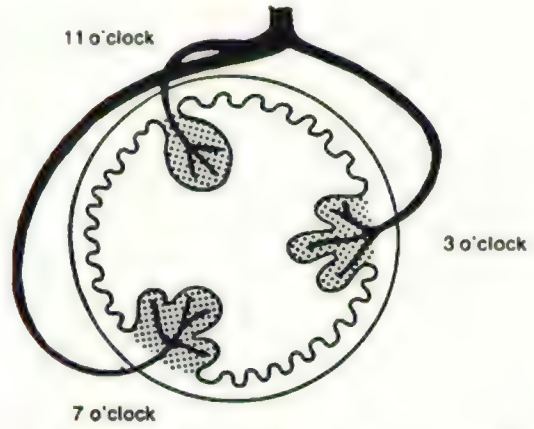


الشكل 65 - 1 : شواك أسود خيث .

الفصل السادس والستون



الشكل 66 - 3 : إكزمية شرجية .



الشكل 66 - 1 : التروية الدموية الشريانية للبواسير من الشريان المستقيمي العلوي (وضع الاستخراج Lithotomy Position) .

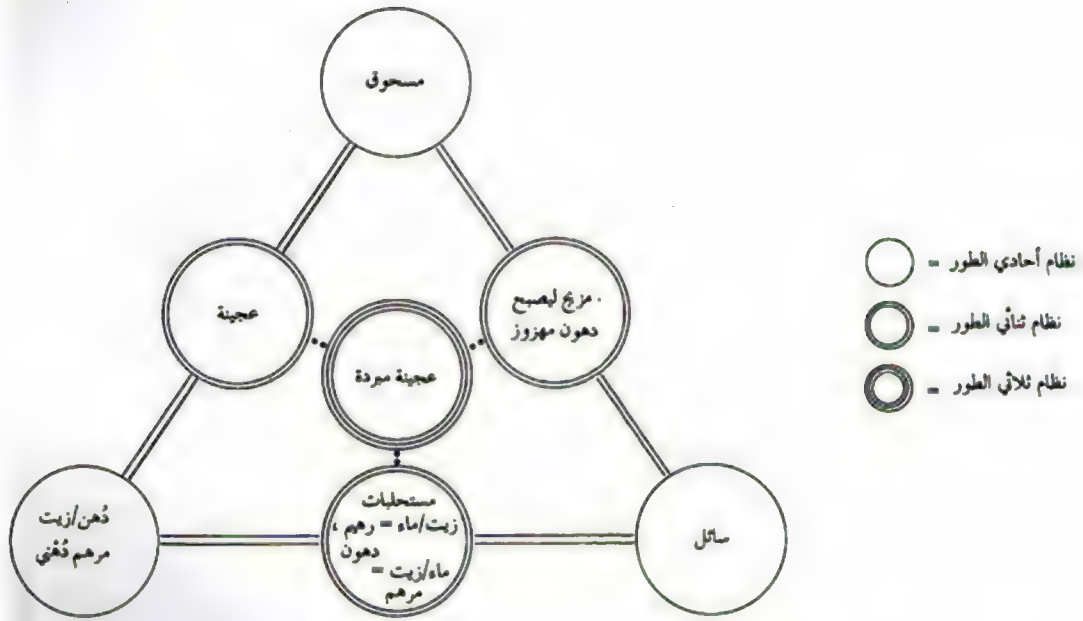


الشكل 66 - 2 : تدلي شرجي ناجم عن بواسير من الدرجة الثالثة .

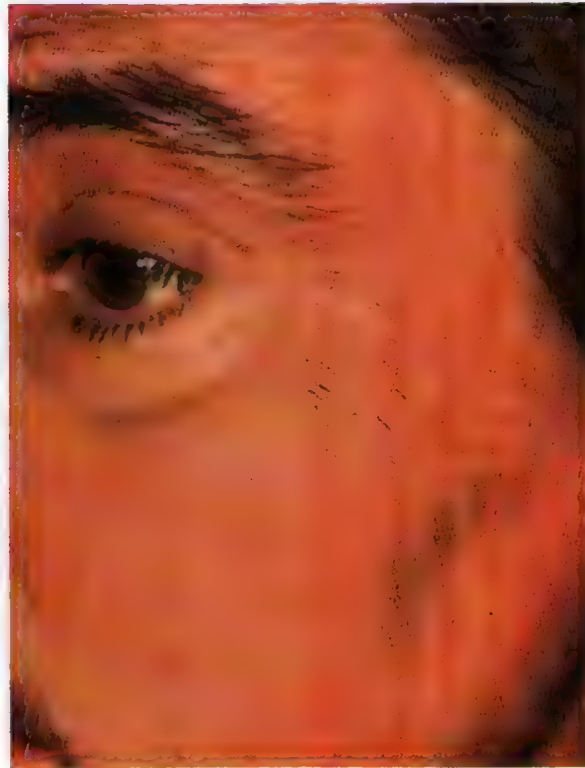


الشكل 66 - 4 : خُثار حول الشرج .

الفصل السابع والستون



الشكل 67 - 1 : أسس هامة للمعالجة الموضعية .



الشكل 67 - 2 : تأثيرات جانبية من معالجة موضعية بالستيروئيدات القشرية : احمرار وفرط أشعار .

معجم المصطلحات

إعداد

الدكتور

وليد بن اوي

A

ABCDE rule	نظام ABCDE
abdominal purpura	فُرْفُرِيَّة بَطْنِيَّة
Abrikossoff's tumor	ورم ابريكسوف
abscesses	خراجات (م : خُرَاجَة)
– multiple sweat gland abscesses in neonates	– خراجات الغدة العرقية المتعددة في الولدان
– Munro's microabscesses	– خراجات مونرو المجهرية (الصغرية)
– nodular	– عقيدية
– perianal	– حول الشرج
absorption	امتصاص
Abt – Letterer – Siwe disease	داء ابت – ليتزر – سيوي
acantholysis	انحلال الأشواك
– papular	– الحطاطي
acanthoma	شوكوم
– basosquamous	– قاعدي وسفي / شائك
– clear cell	– رائق الخلايا
– fissuratum	– متشقق
– keratoacanthoma	– شوكوم قرني
– large cell	– الخلية الضخمة
– melanoacanthoma	– شوكوم ملاني
– pilar sheath	– الغمد الشعري
– plasmoacanthoma	– شوكوم مصوري الخلايا
– acanthome à cellules claires	– شوكوم رائق الخلايا
acanthosis	شواك
– dermatitis herpetiformis	– التهاب الجلد الحلثي الشكل
– acanthosis nigricans	– شواك أسود
– classification	– تصنيف
– maligna/malignant	– خبيث
acarophobia	رهاب الحلم
acatalasia	انعدام الكتالاز
accelerators, particle	مُسْرَعَات ، جُسَيْمِيَّة
accessory nipples	حَلَمَات اضافية

Accutane	اكيوتان
Achard – Thiers syndrome	متلازمة أكارد – ثيرز
Achenbach syndrome	متلازمة أشين باخ
acid mantle	حامض المانتول
acid phosphatase deficiency	عواز حمض الفوسفاتاز
aciduria,	بيلة حمضية ، ارجينين
arginine – succinic	– سكسينيك
Acinetobacter	الجراثيم العنبية
acne	عد
– aestivalis	– صيفي
– androgenic syndromes	– المتلازمات الأندروجينية
– bromide	– برومي
– comedonica	– زؤاني
– comedonica	– زؤاني
– conglobata (see acne, conglobata)	– مكعب (انظر العد ، المكعب)
– contact	– تماسي
– cosmetic	– تزويقي (تجميلي) ، عد المزوقات
– excoriée des jeunes filles	– تسحجي عند الفتيات الشابات
– fulminans	– خاطف
– infantum	– طفلي
– intertriginous	– مدحي
– iodide	– يودي
– inversa	– مقلوب
– keloid	– جذرة
– keloidalis nuchae	– جذري على القفا
– kelp	– عشب البحر المحروق
– lesions (see acne lesions)	– آفات (انظر الآفات العدية)
– Mallorca	– مالوركا
– mechanica	– آلي
– necrotica	– نخري
– neonatorum	– وليدي (الولدان)
– nodules, persistant	– عقيدي ، دائم

- oil	- الزيوت	- fibrokeratoma	- ورم قرني (قرنوم) ليفي
- papulopustulosa	- حطاطي بثرى	- hyperlipoprotei -	- فرط بروتينات الدم
- pitch	- قاري	nemias	الشحمية
- pomade	- المراهم	- hyperlipoprotei -	- فرط بروتينات الدم
- premenstrual	- سابق الحيض	nemias, secondary	الشحمية الثانوية
- rosacea	- وردي	- ichthyoses	- سماك
- rosacea demoides	- وردي دوداني	- immunodeficiency	- متلازمة عوز المناعة (انظر
- tar	- قطراني	syndrome (see AIDS/	الإيدز
- tetrad	- رباعي	HIV/ HTLV - III/	
- treatment	- معالجة	LAV)	
- treatment, general	- معالجة ، مبادئ عامة	- nail changes	- تبدلات طفرية
principles		- phimosis	- تضيق القلفة
- triad	- ثلاثي	- skin atrophies	- ضمورات الجلد
- urticaria	- شرى	- thrombocytopenia	- قلة الصفيحات ، (انظر
- varieties	- ضروب ، متنوع	(see also	أيضاً قلة الصفحات
- varioliformis	- حماقي الشكل	thrombocytopenia,	المكتسبة)
- venenata	- انسامي	acquired	
- vulgaris	- شائع	acral lentigo - like	الآفة الشبيهة بالشامة على
- vulgaris,	- شائع ،	lesion	النهايات / الأطراف
pathogenesis	- إمراض	acro - osteolysis	انحلال عظام الأنامل
acne conglobata	- عد مكعب	acro - osteopathia	اعتلال عظم النهايات
- acute febrile	- تفرحي حمي حاد مع ألم	ulceromutilans	(الأطراف) التفرحي الجادع
ulcerating, with	المفاصل وتفاعل أبيضاضاني	familiaris	العائلي
polyarthralgia and		acroangiodermitis	التهاب جلد الأطراف الوعائي
leukemoid reaction		acroasphyxia	اختناق النهايات (الأطراف)
- keloid	- جذري	acrocalcinosis	كلاس النهايات
acne lesions	- آفات عدية	acrochordon	الزئيبات الليفية ، زئمة
- inflammatory,	- التهابية ،	acrocyranosis	زراق النهايات (الأطراف)
secondary, papules	- ثانوية حطاطية	- chronica	- المزمن الحُدري
- inflammatory,	- التهابية ، ثانوية ، بثرية	anaesthetica	
secondary, pustules		acrodermatitis	التهاب جلد النهايات
- primary	- بدئية ، غير التهابية		(الأطراف)
noninflammatory		- chronica atrophicans	- المزمن المضمر
acneiform	- عدي الشكل	- continua suppurativa	- المستمر التقيحي
- (acne - like) drug	- طفح دوائي « شبه بالعد »	- continua suppurativa	- المستمر التقيحي لهالوبو
eruption		of Hallopeau	
- eruptions	- طفوح	- enteropathica	- المعوي المنشأ
- tuberculid	- سليلي ، درني	- papulosa eruptiva	- الحطاطي الطفحي الطفلي
acquired	- مكتسب	infantilis	

acrodynia	وجع الأطراف (النهايات)	acrotrichoma (follicular poroma)	شعروم النهايات (ورم مسامي جريبي)
acro dystrophy, neuropathic, primary	حثل النهايات (الأطراف) ، باعتلال عصبي أولي	ACTH	ا س ت ث (الهرمون الموجه لقشر الكظر)
acrogeria	شياخ النهايات	actinic	سفعي ، سافع
acroinfundibulum	قمع طرفي / نهائي	- cheilitis	- التهاب شفة
acrokeratoelastoidosis	المرانوية التقرنية في النهايات	- elastosis	- مران
acrokeratoelastosis	المران التقرني في النهايات	- keratosis	- تقران
- marginalis of the hand	- هامش اليدين	- lichen planus	- حزاز مسطح
- verruciformis	- ثؤلولي الشكل	- reticuloid	- شباكاني
acrokeratosis	تقران النهايات	- skin atrophy, senile	- ضمور الجلد ، الشيخخي
verruciformis	(الأطراف) ثؤلولي الشكل	- actinic - traumatic	- جلاد البرفيرين الفقاعي
acrolentiginous melanoma (ALM)	ملانوم شامات النهايات (الأطراف)	bullous porphyrin dermatosis	الرضحي السفعي شعيات
acrolocalized	متلازمة الحطاطات الحويصلية في النهايات ، الطفلي	Actinomadura	شُعيات مادورا
papulovesicular syndrome, infantile		Actinomyces	الفطور الشعبة
acropachyderma with pachydermoperiosis	نخن جلد النهايات (الأطراف) مع نخن الجلد والسمحاق	actinomycosis	داء الشعيات
acropathia	اعتلال الأطراف (النهايات)	action spectrum	فعل الطيف
ulcero - mutilans	التقرحي الجادع	activated seborrheic keratosis	التقران المئي الفعال
- acquisita	- المكتسب	acute intermittent porphyria (AIP)	برفيرية متقطعة حادة
- et deformans	- وتكهف النخاع الكاذب المشوه	acyclovir	اسيكلوفير
pseudosyringomyel - itica		adenoma	غدوم
- nonfamiliaris	- اللاعائلي	- sebaceum	- زهمي
acropathia	اعتلال الأطراف (النهايات)	- trichoadenoma	- غدوم شعري
ulceromutilans	التقرحي الجادع	- of the vulva, tubular	في الفرج ، أنبوبي
acropathy, nonfamilial	اعتلال الأطراف	adenomatosis of the nipple	ورام غدي في الحلمة
pseudosyringomyelic	(النهايات) ، اللاعائلي	adiponecrosis	نخر شحمي تحت حاد وليدي
ulcero - mutilating	التقرحي الجادع في تكهف النخاع الكاذب	subcutanea	
acropustuloses	بثار الأطراف (النهايات)	neonatorum	
- acuta	- الحاد	adiposalgia	ألم شحمي
- of infancy	- في الأطفال	adipose tissue	نسيج شحمي
acro scleroderma	تصلب جلد النهايات	adipositas dolorosa	شحامة مؤلمة
acro syringium	الورم الغدي العرق الطرفي	adipositas oedematosa	شحامة وذمية
		adnexitis, gonorrheal	التهاب الملحقات ، السيلاني
		adrenal insufficiency, acute	عواز كظري ، حاد

adrenogenital syndrome	المتلازمة الكظرية التناسلية	Albinism – deafness syndrome	متلازمة المهق – الصمم
adsorption	امتزاز	albinismus partialis	مهق جزئي
afebrile	داء ويدر كريستيان اللاحمي	albinoidism, oculocutaneous	مهق ، جلدي عيني
Weber – Christian disease		Albright's syndrome	متلازمة ألبرايت
age spots	بقع المسنين ، البقع الشيخوخية	Albright – McCune – Sternberg syndrome	متلازمة ألبرايت – مك كون
aggressive infantile fibromatosis	ورام ليفي عداوني طفلي	alcohol(s) – flushing	كحول ، غول – ييغ
aging skin	جلد المسنين ، الجلد الهرم	alcoholic iodine solution	محلول كحولي يودي
agranulocytosis	انعدام المحبيات	alcoholic solutions	محاليل كحولية
– infantilis hereditaria	– الطفلي الوراثي	Aldrich's syndrome	متلازمة الدريش
agriculture, contact dermatitis and eczema	الزراعة ، الإكزيمة والتهاب الجلد التماسي	Aleppo boil	حبة لَيْشْمَانِيَه (حبة حلب)
AIDS	المعصم (الإيدز)	aleukemic reticulosis	شباك لا ايضاضي
– CDC	CDC –	Alibert – Brazin form, mycosis fungoides	شكل البيرت – برازين ، الفطار الفطرائي
– classification	– التصنيف	alkali – containing compounds	مركبات تحوي على القلويات
– clinical findings	– الموجودات السريرية	alkaptonuria	بيلة ألكبتونية
– confirmatory test	– اختبار التثبيت	– ochronosis	– مغرانية
– infections	– أخماج	allergens, contact (see also contact)	مستأرجات ، بالتماس (انظر التماس أيضاً)
– opportunistic tumors	– أورام انتهازية	allergic	أرجي
– oral hairy leukoplakia	– طلاوان مشعر فموي	– balanitis asthma	– التهاب حشفة
– patients, Kaposi's sarcoma	– مرضى ، غرن كابوزي	– bronchial	– ربو قصبي
– screening test	– اختبار النخل	– cheilitis	– التهاب شفة
– treatment	– معالجة	– conjunctivitis	– التهاب الملتحمة ، رمد
AIDS – related complex (ARC)	معقد مرتبط بالمعصم (الإيدز)	– contact dermatitis (see allergic contact dermatitis)	– التهاب جلد بالتماس (انظر التهاب الجلد بالتماس الأرجي)
AIP (acute intermittent porphyria)	البرفيرية المتقطعة الحادة	contact eczema (see allergic contact eczema)	– إكزيمة بالتماس (انظر إكزيمة التماس الأرجية)
air – block technique	تقنية إحصار الهواء	– contact reactions, mucous membranes	– تفاعلات تماسية ، الأغشية المخاطية
alastrim	نبح	– drug – induced exanthem	– طفحجية محدثة بالدواء
albinism	مهق		
– ocular	– عيني		
– oculocutaneous (OCA)	– جلدي عيني		

- dyshidrosiform eczema, chronic	- اكرزيمة خلل التعرق ، المزمنة	- contact, oligovalent group	- بالتماس ، قليلة التكافؤ
- dyshidrosiform eczema, hematogenous	- اكرزيمة خلل التعرق ، المكونه للدم	- photocontact	- ضوئي بالتماس
- granulomatosis	- ورام حبيبي	- pollen	- الطلع
- leukocytoclastic vasculitis, drug eruptions	- التهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، طفوح دوائية	- pseudoallergic reaction	- تفاعل أرجي كاذب
- reactions, clinical disease equivalent	- تفاعلات ، مكافئات المرض السريري	- skin tuberculosis with allergic response	- تدرن جلدي ذو استجابة أرجية
- reactions, humoral	- تفاعلات ، خلطية	ALM (acrolentiginous melanoma)	م . ش . ن (ملانوم شامات النهايات)
- skin changes, streptococci	- تبدلات جلدية ، بالعقديات	alopecia	حاصة
- stomatitis	- التهاب الفم	- anagen - dystrophic	- طور النمو - خثلية
- urticaria (see also urticaria)	- شرى (انظر الشرى أيضاً)	- androgenetic female	- اندروجينية أنثوية
- vasculitis (see also vasculitis, allergic)	- التهاب أوعية (انظر التهاب الأوعية الأرجي أيضاً)	- androgenetic male	- اندروجينية ذكرية
- vasculitis, hemorrhagic type	- التهاب أوعية ، النمط النزفي	- areata (see alopecia areata)	- بقعية (انظر الحاصة البقعية)
- vulvitis	- التهاب الفرج	- atrophic	- ضمورية
allergic contact dermatitis	التهاب جلد أرجي بالتماس	- caused by pressure	- محدثة بالضغط
- acute	- حاد	- caused by traction	- محدثة بالشد
- acute, children	- حاد - أطفال	- circumscripta, pelade	- محوطة ، ثعلبة
- acute, treatment	- حاد - معالجة	- chronic diffuse, in women	- مزمنة منتشرة ، في النساء
- chronic	- مزمن	- congenital	- ولادية
- hematogenous	- مكون للدم	- diffusa	- منتشرة
allergic contact eczema	اكرزيمة تماس أرجية	- immediate type	- نمط عاجل
- acute	- حادة	- late type	- نمط متأخر (آجل)
- chronic	- مزمنة	- male pattern	- نموذج ذكرى
- chronic, localization	- مزمنة ، موضعية	- mucinosa	- مخاطينية
- hematogenous	- مكونة للدم	- parvimaculata	- بقعية دقية
allergy	أرج	- permanent	- دائمة
- bee and wasp venom	- سم النحلة والزنبور	- postinfection, circumscribed	- عقب الخمج - محوطة
- climatic	- مناخى	- prematura	- مبكرة
- combined	- مشترك	- pressure, infantile	- انضغاطية ، طفلية
- contact, monovalent	- بالتماس ، أحادية التكافؤ	- scarring	- ندبية
		- telogen	- طور الانتهاء
		- temporalis congenita	- صدغية ولادية
		- triangularis	- صدغية مثلثية الزوايا ،

temporalis congenitalis	ولادية	ammoniated mercury	زئبق امونيائي
- temporary (see alopecia, temporary)	- عابرة (انظر الحاصة العابرة)	amphotericin B	امفوتيريسين ب
alopecia areata	حاصة بقعية	amyloid(s)	نشواني
- atrophicans	- ضمورية	- corresponding diseases	- أمراض موافقه
- maligna	- خبيثه	- elastosis	- مران
- nail changes	- تبدلات ظفرية	- macroglossia	- ضخامة لسان
- totalis	- كلية	- rings	- حلقات
alopecia, temporary	حاصة ، وقتية / عابرة	amyloidoses/ amyloidosis	الداء النشواني
- circumscribed	- محوطة	- bullous (hemorrhagic)	- الفقاعي (نزفي)
- diffuse	- منتشرة	- cutaneous	- الجلدي
alpha - antitrypsin deficiency, panniculitis	عواز مضاد التريسين ألفا ، التهاب السبله الشحميه	- hemorrhagic bullous cutaneous	- الفقاعي النزفي الجلدي
alpha - fucosidase deficiency	عواز الفا - فوكوسيداز	- interscapular cutaneous	- جلد بين الكتفين
alpha - lipoproteins	الفا - البروتينات الشحمية	- macular cutaneous	- جلدي بقعي
alpha - mannosidase deficiency	عوز الفا - مانوسيداز	- nail changes	- تبدلات ظفرية
alteration cavitaire	تناوب كهفي	- nodularis atrophicans	- العقيدي الضموري
aluminum salts	أملاح الألمنيوم	- pericollagenous	حول الكلاجين
aluminum subacetate solution	محلول تحت استيت الألمنيوم	- perireticular	حول الشبكي
anagm tattooing	وشم بالملغم	- perireticulin	حول الشبكين
ambustio	حرق ، سمط	- reactive	- نشيط
amelanosis	لاملاني	amyloidosis, systemic	الداء النشواني ، المجموعي
amelanotic melanoma	الملائوم اللاملاني	- idiopathic	الغامض
- malignant (AMM)	- الخبيث (م . ل . خ)	- musculocutaneous, primary	العضلي الجلدي ، الأولي
American leishmaniasis	داء الليشمانيات الأميركي	anaerobic infections	اخماج لا هوائية
- cutaneous form	- الشكل الجلدي	anaerobic vaginosis	داء المهبل اللاهوائي
- mucocutaneous from	- الشكل الجلدي المخاطي	anagen phase, hair cycle	طور النمو ، دورة الشعرة
amin colpitis	التهاب المهبل بالأمين	anagen - dystrophic	نمو حثلي
amino acid metabolism disorders	اضطرابات استقلاب الحمض الأميني	- alopecia	- حاصة
aminoglycoside(s)	امينوغليكوزيدات	- effluvium	- نفحه ، تساقط الأشعار
- antibiotics	- المضادات	- hair loss	- فقد الأشعار
AMM (amelanotic malignant melanoma)	م . ل . خ (ملانوم لاملاني خبيث)	anal	شرجي
		- abscesses, perianal	- خراجات ، حول الشرج
		- eczema	- اكزيمة

– fissure	شق	– jadassohn type	– نمط جاداسون
– fistulas	نواسير	– pelizary type	– نمط بيليزاري
– perianal thrombosis	خثار حول الشرج	– Schwenninger –	– نمط شويننجر – بوزي
– prolapse	– تدلي	Buzzi type	
– tags	مياصم	angina	ذبحة ، ذباح
venous thrombosis,	– خثار وريدي ، حاد	– agranulocytotica	– ندرة الهيبات
acute		– catarrhalis	– النزلي
analphaproteinema	الفابروتينيمية	– diphtherica	– خنثافي
anaphylactic/	تأقية / تأقية	– granulocytotica	– الهيبات
anaphylactoid		– lacunaris et	– جولي وجريبي
– purpura	– فرقرية	follicularis	
– shock	– صدمة	– Ludwig's	– لودفيغ
anaphylactic/	تفاعلات تأقية / تأقية /	– monocyte	– الوحيدات
anaphylactoid	تدرج	– Plaut – Vincent	– بلو – فنسان
reactions, grading		– syphilitica	– افرنجي
– treatment	– معالجة	– tonsillae linguae	– اللوزات اللسانية في غير
– type I	– نمط I	heterotopicae	– مكانها
Ancylostoma	الملقوه البرازيلية	– ulceromembranacea	– تقرح المخاطيات
braziliense		angioblastic lymphoid	– فرط التنسج اللمفاوي وعائي
ancylostoma duodenale	الملقوه العفجية	hyperplasia with	– الأرومة كثير الحمضات
Andersen's disease	داء اندرسين	eosinophilia	
androgenetic alopecia	الحاصة الأندروجينية	angioblastic	– القرن الشبكي وعائي الأرومة
– female pattern	– طراز انثوي	reticulosarcoma of	– على الفروة
– male pattern	– طراز ذكري	the scalp	
– in woman (female)	– في النساء (أنثوي)	angiochondromatosis	– ورام غضروفي وعائي
androgenetic effluvium	تساقط أشعار أندروجيني	angiodermatitis,	– التهاب جلد وعائي ، حكاكي
androgenic syndromes,	– المتلازمات الأندروجينية ، عد	disseminated	– (أكالي) منتشر
acne		pruriginous	
anemia	فقر الدم	angioedema	– وذمة وعائية
– Fanconi's	– فانكوني	– hereditary	– وراثية
– hemolytic	– الانحلالي	angioendotheliomatosis	– ورام بطاني وعائي تكاثري
– microangiopathic	– الانحلالي باعتلال الأوعية	proliferans	
hemolytic	– الصغيرة	– systemica	– مجموعي
– sickle cell	– المنجلي	angiohemophilia	– ناعور وعائي
anesthetic	– قرحة التبنيج (التخدير) /	angioimmunoblastic	– الاعتلال العقدي اللمفي
ulcer/ulcerations	– تقرح	lymphadenopathy	– وعائي الأرومة المناعي
anesthetics/	– مبنجات (مخدرات) / أدوية	– with dysproteinema	– المترافق بخلل بروتين الدم
anesthetizing drugs	– مبنجة	angiokeratoma	– تفران وعائي (قرونوم وعائي)
anetoderma(s)	– ضمور الجلد البقعي	– corporis (see	– جسمي (انظر التفران

angiokeratoma corporis)	(الوعائي الجسمي)	angiospasticum, pseudoleukoderma	تشنج وعائي ، وضح كاذب
- digitorum	- أصبعي باختناق الأطراف	angiotropic lage – cell lymphoma	لمفوم الخلايا الكبيرة ذو الإنحياز الوعائي
acroasphycticum		angitis, malignant granulomatous	التهاب الأوعية ، الحبيبي الحبيث
- Mibelli	- ميبيلي	angular cheilitis	التهاب الشفة الزاوي
- scroti	- صفني	angulus infectiosus	الزاوية الخمجية
- vulvae	- فرجي	anhidrosis	اللاعرقية
angiokeratoma corporis	تقران وعائي (قرون وعائي) جسمي	- hypotrichotica	نقص الأشعار
- circumscriptum	- محدد	anhidrotic ectodermal dysplasia	فرط تنسج (ثدن) الأديم الظاهر اللاعرق (مانع العرق)
- diffusum	- منتشر	animal	حيواني
- diffusum universale	- منتشر معمم	- oils	- زيوت
- naeviforme	- وحمى الشكل	- parakeratosis	خطل التقرن
angiolipoma	شحوم وعائي	- scabies in man	- الحرب في الإنسان
angiolopathies	اعتلال وعائي	Ann Arbor lymph node classification	تصنيف العقد اللمفية لأن أربور
angiolupoid	المتلازمة الذأبانية الوعائية	Annelida (ringlet or bristle worms)	العلقيات (الديدان الحلقية أو الملبية)
(Brocq – Pautrier) syndrome	(بروك بوترييه)	annual erythema multiforme	الحمامي عديدة الأشكال السنوية (الفصلية)
angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia	فرط تنسج وعائي لمفاني مع كثرة الحمضات	annular elastolytic giant cell granuloma	حبيوم الخلايا العملاقة الحلقي الحال للنسيج المرن
angioma	وعاؤوم (ورم وعائي)	annular lichen planus	حزاز مسطح حلقي
- arteriale racemosum	- شرياني عقودي	anocutaneous	الأرغوتية المواتية في جلد منطقة الشرج
- of labial margin	- حافة الشفة	gangrenous ergotism	شدوذات
- senile	- شيني	anomalies	ملانوم مستقيمي شرجي
- serpiginosum	- ساعي	anorectal melanoma	وترة ، عقيدات مرنة
- cerebelli et retinae	- مخيخي وشبكي	anthelix, elastotic nodules	أنترالين
- encephalotrigem – inalis	- دماغي ثلاثي التوائم	anthralin	جمرة خبيثة
- tentinocerebellosa	- خيمه المخيخ	anthrax	أدوية صادة / صادات
angiomoneuroma	عصبوم عضلي وعائي	antibiotic drugs/antibiotics	- أمينو غليكوزيد
angioneurotic edema	وذمة وعائية عصبية	- aminoglycoside	مواد مضادة ، للفعل الكوليني
angiopathy, diabetic	اعتلال وعائي سكري	anticholinergic substances	
- inflammatory	- التهابي		
angioplastic sarcoma of the galea	غرن وعائي الأرومة على الفروة		
angiosarcoma, skin of the head and face	غرن وعائي ، جلد الرأس والوجه		

antidepressants	مضادات الاكتئاب	— sweat glands	— غدد عرقية
antifugal drugs	أدوية مضادة للفطور	aponeurosis fibrosa	السفاق الليفي الأخصي
antihistamine	مضادات الهيستامين	plantaris	
antiinflammatory drugs/substances	مواد / أدوية مضادة للالتهاب	apoproteins	صميم بروتيني
— nonsteroidal	— غير ستيروئيدية	apudoma, cutaneous	ورم يتألف من خلايا APUD ^(*) ، جلدي
antimalarials	مضادات البرداء	aquagenic urticaria	شرى الماء
antimetabolites	مضادات الإستقلاب	aqueous solutions	محاليل مائية
antiperspirant drugs	أدوية مضادة للتعرق	arachnida (spiders)	العناكب
antipruritic drugs	أدوية مضادة للحكة	arachnodactyly	عنكبب الأصابع
antipruritic formulae	صيغ مضادة للحكة	arborizing varices	دوالي متفرعة
antipsoriatic treatment	معالجة مضادة للصداف	ARC (AIDS – related complex)	المعقدات المتعلقة بالإيدز / المصمم /
antiseptic drugs	أدوية مطهرة	arginine – succinic aciduria	بيلة حمضية سيكسينات الأرجينين
anxietas tibiarum	قلق الظنبوب	argininosuccinic acid syndrome	متلازمة حمض سيكسينات الأرجينين
aortic arteritis	التهاب الشريان الأبهر	argyria	تفضض
aortopathy, idiopathic medical	اعتلال الأبهر ، الطبي الغامض	Arndt's sign	علامة أرندت
aphthae	قلاع	Arndt – Gottron syndrome	متلازمة أرندت – غوترون
— Bednar's	— بيدنار	Arning's carcinoid	سرطاوي أرنينغ
— chronic intermittent recurrent	— مزمن متقطع راجع	Arning's solution	محلول أرنينغ
— habitual	— اعتيادي	arrector pili muscles	العضلات مقفة الأشعار
— Mikulicz's	— ميكوليكز	arsenic keratoses	تقرانات زرنيخية
— recurrent, chronic	— راجع ، مزمن	arsenic melanosis	ملان زرنيخي
— solitary	— وحيد	arterial circulatory disorders	اضطرابات الشرايين الدورانية
aphthiod	قلاعي لبوسيشيل – فوتر	— classification	— تصنيف
pospischill – Feyrter		arterial occlusive disease, chronic	داء شرياني مسد ، مزمن
aphthosis Behcet	قلاع بهجت	— clinical stages	— المراحل السريرية
aphthosis, bipolar	الداء القلاعي ، ثنائي القطب	— differential therapy	— المعالجات المختلفة
aphthous disease	داء قلاعي	arteriosclerosis	تصلب شرياني
aphthous fever	حمى قلاعية	arteriosclerosis obliterans	تصلب شرياني مسد
aplasia cutis	لا تنسج الجلد المحدد	arteritis	التهاب الشريان
circumscriptra		— aortic	— الأبهر
aplasia cutis congenita	لا تنسج الجلد الولادي		
— clinical groupings	— الزمر السريرية		
apocrine	مفترزة		
— hidradenoma	— غدوم عرق		
— hidrocystoma	— كيسنوم عرق		
— miliaria	— دخنية		

(*) APUD : نظام خلوي نازع للكربوكسيل وقابض لطلائع الأمين .

– cranialis	– القحفى	atopic eczema	الإكزيمة التأتبية
– giant cell	– ذو الخلايا العرطلة	– adolescents	– في اليافع
– giant cell , systemic	– ذو الخلايا العرطلة ،	– adults	– في الكهول
– temporal/temporalis	المجموعي	– cellular immunity	– مناعة خلوية
arthritis	– الصدغي	– childhood/children	– في الطفولة / الأطفال
– gonorrheal	التهاب المفصل	– Dennie – Morgan	– خط ديني – مورغان
monoarthritis	– التهاب المفصل السيلاني	line	– دلائل التشخيص
– Heberden's	الوحيد	– diagnostic guidelines	– في الرضع
– psoriatica	– لهيردين	– infants	– في حياة الوليد
– urica	– الصدافي	– neonatal life	– نمية
arthropathia psoriatica	– اليوريكي	– nummular	– أشكال خاصة
arthropod reactions	اعتلال المفصل الصدافي	– special forms	– المعالجة
arthrospores	تفاعلات مفصليات الأرجل	– treatment	– استجابة وعائية
Arthus reaction	أبواغ مفصلية	– vascular response	أقدام الشتاء التأتبية
artificial radiation	تفاعل أرتوس	atopic winter feet	التأتب
sources	منايع التشعيع الصناعية	atopy	– اختبار الاستنشاق
ascariasis	داء الصفر	– inhalation test	– اختبار الأنف
<i>Ascaris lumbricoides</i>	الصفر الخراطينية	– nasal test	– اختبار التحريش
Ascher's syndrome	متلازمة أشر	– provocation test	– اختبارات الجلد
ashy dermatosis	الجلاد الرمادي	– skin tests	الصلع (المرط)
<i>Aspergillus</i>	الرشاشية	atrichia	ضموري
asteatosis (sebostasis)	انعدام الزهم	atrophic	– خاصة
asteatoic cheilitis	التهاب الشفة بانعدام الزهم	– alopecia	– داء مع أشعار لمية
asteatotic eczema of the	إكزيمة انعدام الزهم عند	– disease with tufted	(الحصل)
aged	المسنين	hairs	– نظير الصدف
asterisk nevus	وحمة كوكبية	– parapsoriasis	– الجلد ، الصمل
asthma, bronchial,	ربو ، قصبي ، أرجي	– skin, tigid	– الجلد ، الرخو
allergic	أدوية قابضة	– skin, slack	الضمور الأبيض
astringent drugs	رنح بتوضع الشعيرات	atrophie blanche	– المتقرح
ataxia telangiectasia/	عصيدة	– ulcerated	– الوريدي
telangiectatica	تصلب عصيدي	– venous	ضمور الجلد ، وحمي
atheroma	قدم الرياضيين	atrophoderma,	الشكل ، المجموعي
atherosclerosis	التهاب الجلد التأتبي	neviform,	
athlet's foot	– مناعة خلطية	systematized	
atopic dermatitis	– الأمراض متعدد العوامل	atrophodermia	ضمور الجلد الدوداني
– humoral immunity		vermiculata	(دودي الشكل)
– multifactoral		atrophy/atrophies	ضمور / ضمورات
phthogonesis		– acquired	– مكتسب
		– of the epidermis	– البشرة

- genital, primary	- تناسلي ، بدني	automutilation	متلازمة الجذع الذاتي
- genital, senile	- تناسلي ، شيخخي	syndrome	
- inanition	- سغائي	autosomal dominant	الساك الشائع الوراثي
- neurogenic	- عصبي المنشأ	ichthyosis vulgaris	الجسدي السائد
- pressure	- انضغاطي	avitaminoses	عوز فيتاميني
- senile actinic	- شيخخي سفحي	avoidance diet	تجنب القوت
- of the skin, acquired	- الجلد ، المكتسب	axilla, freckle-like spots	الإبط ، بقع شببية بالشمش
- of the skin, congenital	- الجلد ، الولادي	axillary	إبطي
- tension	- توترتي	- fibromas	- ليفومات
		- freckling	- نمش
- of the vulva, primary	- الفرج ، الأولي	- granuloma	- حبيبوم
- of the vulva, senile	- الفرج ، الشيخخي	azotemic onychopathy	اعتلال ظفري آزوتي
- white atypical	- أبيض لا نمطي ، لا نموذجي		B
- fibroxanthoma	- صفروم ليفي	bacille	عصية كاليت - غويرين
- lymphogranuloma - tosis	- ورام حبيبي لمفي	Calmette - Guérin (BCG)	(ب ث ج)
- mycobacterial infections	- أخماج المتفطرات	Bacillus anthracis	عصيات الجمرة الخبيثة
- or pseudopyogenic granuloma	- أو حبيبوم تق يحي كاذب	bacteria	جراثيم
aurantiasis cutis	الجلد البرتقالي	bacterial emboli	صمات جرثومية
auricular appendage	لاحقة الأذن	bacterial flora of the skin	نبيت الجلد الجرثومي
auricular nodule, painful	عقيدة الأذن ، المؤلمة	Bagdad boil	دمل بغداد ، حبة ليشمانية
auriculotemporal syndrome	متلازمة الأذن والصدغ	Bagdad button	حبة بغداد ، حبة ليشمانية
Auspitz's phenomenon	ظاهرة أُسبِز	Bahia ulcer	قرحة باهيا
autoerythrocyte sensitization	تحسيس الكريات الحمر الذاتي	bakers, contact dermatitis and eczema	الحيازون ، التهاب الجلد التماسي والاكزيمة
autoimmune diseases,	أدواء المناعة الذاتية ، تبدلات	balanitic thrush	سلاق الحشفة
nail changes	ظفرية	balanitis	التهاب الحشفة
autoimmune progesterone dermatitis	التهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي	- allergic	- الأرجي
- of pregnancy	- في الحمل	- candidomycetica	- بالمبيضات
automated reagin test	اختبار الراجنة الذاتية	- erosiva circinata	- المتحلقي الناكلي
		- gangrenosa phagedenica	- قرحة آكلة مواتية
		- keratotica et pseudoepitheliom - atosa	- القرني والظهارومي الكاذب

– ulcerosa	– القرصي	basal cell	سرطان/سرطانة الخلية
– urethritis	– التهاب الإحليل	carcinoma/cancer	القاعدية
– xerotica obliterans	– الجفاف المسد	– cystic	– كيسية
balanoposthitis	التهاب الحشفة والقلفة	– differential diagnosis	– التشخيص التفريقي
– acute	– الحاد	– giant	– العملاقة
– acute contact allergic	– التماسي الأرجي الحاد	– keloidal	– الجدرية
– acute infectious	– الخمجي الحاد	– metatypical	– النمط المتبدل
– candidomycetica	– بالمبيضات	– mixed type	– النمط المختلط
– chronic	– المزمن	– morpheiform	– قشعية الشكل
– chronica	– المزمن المحدد السليم	– nevoid	– الوحمانية
circumscripta benigna	مصورى الخلايا	– pagetoid	– الباجيتانية
plasmacellularis		– solid	– الصلبة
– concomitant	– الملوث	– superficial	– السطحية
– diabetic	– السكري	– ulcerating	– التقرحية
ballooning	نفخ	basaloma	قاعدوم (ورم أو سرطان الخلية القاعدية)
bamboo hair	شعر خيزراني	– giant	– العملاق
Bancroft's filariasis	داء الخيطيات البانكروفييتية	– keloidiform	– جدرى الشكل
bandage(s)	عصابة (ج ، عصائب)	– pearls	– لؤلؤي
– plasters	– الشرائط اللاصقة	– pigmented	– المصطبغ
Barraquer – Simons	متلازمة باراكيه – سيمونز	– planum cicatricans	– المسطح الندبي
syndrome		– sclerodermiform	– الشبيه بتصلب الجلد
Bartholin's gland	غدة برتولين	– solidum	– الصلب
bartholinitis,	التهاب غدة برتولين ،	– terebrans	– الثاقب
gonorrheal	السيلاي	– trichotillobasalioma	– قاعدوم (ورم الخلية القاعدية)
bartonellaceae	البرتونيلة	bases	أساس ، قاعدة
bartonellosis	داء البرتونيلات	– incorporation of	– انجبال الأدوية
Bart – Pumphrey	متلازمة بارت – بومفري	drugs	
syndrome		– principles for the	– اسسس (مبادئ) الانتقاء
Bart's syndrome	متلازمة بارت	selection	
basal cell	الخلية القاعدية	– for topical treatment	– للمعالجة الموضعية
– degeneration,	– تنكس ، موه فجوي	basophil collagen	تنكس الغراء (الكلاجين)
hydropic vacuolar		degeneration	الأسسي
epithelioma	– ظهاروم	basophilic leukemia	ايضاض الأساسات
layer (stratum basale)	– طبقة (طبقة قاعدية)	basosquamous	الشوكوم القاعدي الوسفي
– layer, changes	– طبقة ، تبدلات	acanthoma	
– liquefaction	– إماعة	baths, dermatological	الحمامات ، في طب الجلد
– nevus syndrome	– متلازمة وحة	– indications	– الاستطبابات
– papilloma	– حليموم		
– tumor	– ورم		

- oils	- الزيوت	- miliary lupoid	- الذأباني الدخني
Bauru	بورو	- mucosal pemphigoid	- الفقاعاني المخاطي
Bayle's disease	داء بيل	- plaques	- اللويحات
B - cell neoplasia	ورم الخلايا البائية	- tumors	- الأورام
B - cell	لمفوم الخلايا البائية الكاذب	benzophenone	مشتقات البنزوفينون
pseudolymphoma		derivatives	
BCG (bacille	ب. ث. ج (عصيات	benzoyl peroxide	بنزويل بيروكساييد
Calmette - Guerin)	كالميت غويرين)	benzyl benzoate	بنزوات البنزيل
- vaccination	- تلقيح	Berardinelli - Scip	متلازمة بيراردنيلي - سيب
Beau - Reil lines	خطوط بو - ريل	syndrome	
Becker's	بيكر	berloque dermatitis	التهاب الجلد القلادي
- melanosis	- ملان	Bernard - Soulier	متلازمة برنارد - سولير
- nevus	- وحة	syndrome	
Bednar's aphthae	قلاع بيدنار	Besnier - Boeck -	داء بينيه - بيك - شومان
bees	النحل	Schaumann disease	
- venom allergy	- الأرج السمي	Besnier's prurigo	حكاك بينيه
Behcet's	بهجت	beta - lipoproteins	مرض بيتا ، العريض
- disease	- داء	beta - lipopteins	البروتينات الشحمية ، بيتا
- disease,	- داء ، تصنيف	beta - thalassemia	التلاسيمية ، بيتا
classification		bile pigments	الأصبغة الصفراوية
- pustules	- بثور	bilharziasis	داء البلهارسيات
- syndrome	- متلازمة	biliverdinemia,	نقص البيليفردين في الدم /
Bejel	البيجل	hyperbiliverdinemia	فرط البيليفردين في الدم
Bence Jones	ورم المصories لبنس جونس	biopsy	الخزعة
plasmacytoma		- depth	- العمق
benign	الحميد	- procedures	- الإجراءات
- chronic bullous	- الجلاد الفقاعي المزمن في	- site of excision	- مكان الاستئصال
dermatosis in children	الأطفال	- size	- القد
- epithelial tumors	- الأورام الظهارية	- treatment of material	- معالجة المادة
- familial chronic	- الفقاع المزمن العائلي	birch tar	قطران البتولا
pemphigus		bird mites	سوس الطير
- giant cell synovioma	- ورم الخلايا العملاقة الزليلي	birthmark	وحمة
- histiocytoses	- كثرة المنسجات	Birt - Hogg - Dube	متلازمة بيرت ، هوغ ، ديوب
- inoculation	- الشباك اللمفي التلقيحي	syndrome	
lymphoreticulosis		Biskra boil	دمل بسكارا
- intraductal	- الحليموم داخل القنوي	bismuth	بزموت
papilloma		Björnstad's syndrome	متلازمة بجورنستاد
- juvenile melanoma	- الملائوم الفتوي	B - K mole syndrome	متلازمة الخال (الشامه)
- lymphoplasias	تنسجات لمفاوية		ب . ك

black	السوداء ، الأسود	granuloma	
– blastomycosis	– الفطار البرعمي	– tertiary syphilis	– الإفريقي الثاني
– death	– الموت	– tumors	– الأورام
– dermatographism	– كتوية الجلد	Bonnevie – Ullrich	متلازمة بونيفي – أليش
– dot ringworm	– سعة النقط	syndrome	
– hairy tongue	– اللسان المشعر	(borderline	الجلد الحدي (ثنائي
– heel	– العقب	(dimorphous) leprosy	الشكل)
– piedra, molds	– البصرة ، العفن	<i>Borrelia burgdorferi</i>	بُورليّة بورغ دورفيري
– smallpox	– الجدري	– infection	– خمج
– tongue	– اللسان	bosh yaws	الداء العليقي / اليوز الكاذب
– widow spider	– العنكبوت الأرملة		(مرادف لداء الليشمانيات
blackhead	الرأس الأسود		الأمريكي)
<i>Blastomyces</i>	الفطر البرعمي	botryomycoma	ورم عنقودي
blastomycosis	الفطار البرعمي	Bouchard's nodes	عقد بوشارد
– black	– الأسود	boura	من مرادفات اليوز
blennorrhea	داء السيلان	Bourneville – Pringle	داء بورنيفيل – برينغل
blepharitis chroica	التهاب الجفن المزمن الإكريمي	disease	
eczematosa		Bourneville's disease	داء بورنيفيل
blepharochalasis	ارتخاء الجفن	boutonneuse	حمى من مجموعة الحمى المبقعة
blindness, snow	العمى ، الثلج	fever	
blisters/blistering	نفطات / تنفط	bovine papilloma virus	حمة الحليموم البقرية
Block – Sulzberger	متلازمة بلوخ – سولزبرجر	(BPV)	
syndrome		bowel bypass syndrome	متلازمة مجازة الأمعاء
blood extravasation	تسرب دموي	Bowen's carcinoma	سرطانة بوفن
– nomenclature	– تسمية	Bowen's disease	داء بوفن
blood vessels	الأوعية الدموية	– subungual tumors	– أورام تحت الظفر
– tumors	– أورام	bowenoid genital	الحطاط / الحطاطات التناسلية
Bloom's syndroms	متلازمة بلوم	papules/papulosis	البوفنانية
Bloom – Torre –	متلازمة بلوم – تور –	BPV (bovine papillma	ح ح ب (حمة الحليموم
Machacek syndrome	ماكاسيك	virus)	البقرية)
blue nevus	الوحمة الزرقاء	branch varicosis, lateral	الدوالي الفرعية ، الجانبية
blue – rubber –	متلازمة الوحمة الجلدية المطاطية	branchial cysts	الكيسات الفرعية
bleb – nevus		branchial fistulas	النواير الفرعية
syndrome		Brazilian	البرازيلي
blushing	البيخ	– blastomycosis	– الفطار البرعمي
body (clithes) louse	قمل الجسد (الثياب)	– pemphigus	– الفقاع
Boeck's sacoid	غرناوية بيك	– pemphigus foliaceus	– الفقاع الورقي
bone(s)	عظم (ج : عظام)	breast cancer	سرطان الثدي
– eosinophilic	– الحبيبوم الحمضي	breast, fibroadenoma	الثدي ، الغدوم الليفي

Brill's disease	داء بريل	- disease,	داء ، تصنيفه
Brill – Symmers disease	داء بريل – سيمير	classification	
broad beta disease	داء بيتا العريض	- eruption, recurrent,	- طفح ، راجع ، على اليدين
Brocq, érythrose pigmentée	بروك ، احمرار ما حول الفم	of the hands and feet	والقدمين
péri – buccale	التصبغي	- (hemorrhagic)	- (نزفي) داء نشواني
Brocq – Pautrier	متلازمة بروك – بواترييه	amyloidosis	
syndrome,		- impetigo	- قوباء
angiolupoid	الذأباني الوعائي	- lichen planus	- حزاز مسطح
Brocq's disease	داء بروك	bullous pemphigoid	الفقاعاني الفقاعي
bromhidrosis	الصنان	- childhood	- الطفولة
bromide acne	العد البرومي	- coexistence	- تواجده
bromoderma	الجلاد البرومي	- differential diagnosis	- تشخيصه التفريقي
bronze baby syndrome	متلازمة الطفل البرونزي	- edematous	- الوذمي
bronze diabetes	السكري الشبهى	- erythematous	- الحمامي
brown recluse spider	العنكبوت الناسك البني	- juvenile	الفتوي
brucella	البروسيلة	- localized	- الموضع
brucellosis	داء البروسيلات	- nail changes	- التبدلات الظفرية
Brugia malayi	بروغي مالاي	- nodular	- العقيدي
bubo	دبل	- vegetating	- التنبي
Buckley (hyper – IgE	بوكلية (متلازمة فرط	- vesicular	- الحويصلي
syndrome)	الغلوبولين IgE)	bumblebees	النحلة الطنانة
Buerger's disease	داء بورجير	Bureau – Barrière	متلازمة بورو – بارير
bufexamac	بوفيكساماك	syndrome	
bugs	بق	Bürger – Grütz	متلازمة بورجر – غروتر
bullae	فقاعات	syndrome	
bulla repens	الفقاعة الزاحفة	burn(s)	حرق (ج : حروق)
bulldog scalp syndrome	متلازمة فروة البلدغ (نوع من الكلاب)	- electric	- كهربائي
bullous	الفقاعي	- Shock	- صدمة
- congenital	- الأهرمة السماكية الشكل	sunburn	- حرق شمس
ichthyosifotm	الولادية	- Wallace's rule of	- قاعده التسعة لوالاس
erythoderma		nines	
- dermatitis	- التهاب الجلد حثي الشكل	burning feet syndrome	متلازمة القدم الحارقة
herpetiformis		burning of the tongue	حرق اللسان (حرقه اللسان)
- dermatoses in	- الجلادات في الأطفال ،	(glossopyrosis)	
childhood, chronic	المزمنة	Buschke – Löwenstein	ورم بوشكيه – لوفنشتاين
- dermatoses, mixed	- جلادات ، مختلطة	tumor	
		- (condylomata	- (اللقموه العملاق)
		gigantea)	

Buschke – Ollendorf syndrome	متلازمة بوشكيه – اوليندروف	– chewer's	– الماضغ
Buschke's heat melanosis, induced by electric pad	الملان الحراري لبوشكيه المحدث بالوسادات الكهربائية	– eczema	– إكزيمة
Buschke's scleredema	تصلب الجلد لبوشكيه	– milker's calvities hippocratica	– الحلاب
Busse – Buschke's disease	داء بوس – بوشكيه	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	صلع أبقراط حبسوم الجراثيم المحوطة
butazones	بوتازون	Cameroon swelling	تورم الكامرون
butcher's warts	ثآليل اللحامين	camouflage	تمويه
butterfly rash	طفح الفراشة	cancer (see also carcinoma, pre- and pseudocanceroses or tumors)	سرطان (انظر أيضاً مقدمة السرطانات والكاذبة أو الأورام)
C		– basal cell	– الخلية القاعدية
café – au – lait spot	بقعة القهوة بالحليب	– breast	– الثدي
calabar swelling	تورم كالابار	– precanceroses	– سابق / مقدمة السرطانات
calcaneal petechiae	حبر على العقب	cancerization, field	تسرطن ، ساحة (حقل)
calcifying epithelioma of Malherbe	الظهاروم المتكلس للمالريب	cancrum oris	قلاع فموي ، تقرح فموي
calcinosis	كلاس	candida	المبيضات
– acrocalcinosis	– كلاس الأطراف	– <i>C. albicans</i>	– المبيضات البيض
– disseminated	– منتشر	– balanitis	– التهاب الحشفة
– dystrophic	– حثلي	– balanoposthitis	– التهاب الحشفة والقلقة
– lipogranulomatosa progrediens	– حبسومي شحمي متري	– colpitis	– التهاب المهبل
– metabolic/ metabolica, circumscripta	– استقلابي محدد	– folliculitis	– التهاب الجريبات الشعرية
– metabolic, localized	– استقلابي ، موضع	– granuloma	– حبسوم
– metabolic, universal	– استقلابي ، معمم	– intertrigo	– مذح
– metastatic	– نقيلي	– onychomycosis	– فطار ظفري
calcium chloride	كلوريد الكالسيوم	– paronychia	– داحس
calcium nodules, cutaneous	عقيدات كلسية ، جلدية	– vulvovaginitis	– التهاب فرج ومهبل
– edges of the ears	– حواف الأذنين	candidamycosis	فطار بالمبيضات
calculus cutaneous	حصاة جلدية	candidiasis	داء المبيضات
California disease	داء كاليفورنيا	candidiasis	داء المبيضات
callositas/callosities	أثقان	– in the diaper area	– في منطقة الحفاض
callus(es)	شن	– endocrinopathy syndrome	– متلازمة الاعتلال الصهاوي
		– interdigital	– فوقي
		– mucocutaneous, chronic	– جلدي مخاطي ، مزمن

- of the mucous membrane of the mouth	- في مخاطية الفم	palmoplantar	- تناسلي ، حلاً تناسلي
- of the vagina	- في المهبل	- genital, herpes genitalis	- شفة
canities	شيب ، وضع	- lip	- ذأب
- physiological	- فزيولوجي	- metastatic	- نقيلي
- praecox	- مُبسر ، مبكر	- of the oral cavity, verrucous	- جوف الفم ، ثُولولي
- symptomatica	- عرضي	- penis	- القضيب
capillaritis alba	التهاب الشعيرات البيضاء	- radiation	- تشعيع
carate	البتا	- reticulum cell	- الخلية الشبكية
carbamide purpura	فرغريه الكارباميد	- roentgen	- رونتجن
carbohydrate - and fat induced	فرط شحميات الدم المحدثه بالسكريات والدهن	- secondary	- ثانوية
hyperlipidemia		- self - healing	- خلية وسفيه بدئية ذات
carbohydrate - induced	فرط شحميات الدم المحدثه بالسكريات	primary squamous cell	شفاء ذاتي
hyperlipedemia		- in situ, penis	- موضعية (لابه) ، القضيب
carbohydrate - induced triglyceridemia	ثلاثي الغليسريد الدموية المحدثه بالسكريات	- of the skin, neuroendocrine	- الجلد ، عصبي صماوي
carbon dioxide snow	ثاني أكسيد الكربون الثلجي	- small cell, primary	- الخلية الصغيرة ، الأولية
carbon monoxide poisoning, acute	التسمم بأكسيد الكربون الحاد	- spinocellular	- شائكة الخلايا
carbuncle	الجمرة (الحميدة)	- squamous cell	- الخلية الوسفية
carcinoid, Arning's	السرطاوي (كارسينويد) ، أرنيغ	- tongue	- اللسان
carcinoid syndrome, flushing	متلازمة السرطاوي ، البيغ	- trabecular	- التريقية
carcinoma (see also pre - and pseudocanceroses, cancer or tumors)	سرطانة (انظر أيضاً مقدمة السرطانات والسرطانات الكاذبة ، السرطان أو الأورام)	- vulva	- الفرج
- basal cell (see carcinoma, basal cell)	- الخلية القاعدية (انظر سرطانة الخلية القاعدية)	carcinoma, basal cell	السرطانة ، قاعدية الخلايا
- Bowen's	- بوفن	- cystic	- الكيسية
- Merkel cell	- خلية ميركل	- differential diagnosis	- التشخيص التفريقي
- en cuirasse	- صلده ، مدرعة	- giant	- العملاقة
- erysipelatoides	- حمرائية	- keloidal	- الجدرية
- of the esophagus, keratosis	- المري ، التقران الراحي الأنحصى	- metatypical	- ذات النمط المتبدل
		- mixed type	- النمط المختلط
		- morpheiform	- قشيعي الشكل
		- nevoid	- الوحمانية
		- pagetoid	- الباجيتانية
		- pigmented	- المصطبغة
		- solid	- الجامدة ، الصلدة
		- superficial	- السطحية

– ulcerating	– المتقرحة	CEP (congenital	البرفيرية مكونة الحمر الولادية
carotinosi	داء الكاروتين	erythropoietic	
Carrion's disease	داء كاريون	porphyria)	
cartilage	غضروف	cephalosporins	السيفالوسبورينات
cartilage tumors	أورام غضروفية	ceramides	السيراميداز
Casal's collar	طوق كاسال	cercarial dermatitis	التهاب الجلد بالذانية
Castellani's solution	محلول كاستيلاني	cercical fibromas	ليفومات الزمزيق
– colorless	– اللالوني	cerebello – oculo –	توسع الشعيرات المخيخي ،
castor bean tick	قرداء نيات الخروع	cutaneous	العيني ، الجلدي
catagen phase, hair	طور الهبوط والتراجع أو	telangiectasia	
cycle	التقويض ، دورة الشعرة	cerebroside lipidosi	شحام سيريروزيدي
cartaphoresis	الرحلان الكهربائي الراجع	cerebrospinal fluid	فحص السائل المخي
cataplasms	لبخات	examination, syphilis	النخاعي ، الإفرنجي
cataract, congenital	ساد ، خلل تنسج الجلد	cervical lipomatosis	ورام شحمي رقبتي
poikiloderma	المبكل الولادي	cervicitis, gonorrheal	التهاب العنق السيلاني
dysplasia		Cestoda (tapeworms)	القليديات (الشريطيات)
caterpillars	يسروع	cetrimide	ستريميد
cativa	البتا	chancre, miliary	قرح ، دخني جريبي
cat – scratch disease	داء خمشة القطعة	follicular	
cat's ear (cheek ear)	أذن القطعة (الأذن الوجنية)	chancre, soft	قرح ، لين
cauliflower ear	الأذن القنبطية	chancriform pyoderma	تقيح الجلد قرحي الشكل
caustic drugs	الأدوية الكاوية	chancroid	قرح
cavernous	الوعاؤومات الدموية الكهفية	– complement fixation	– اختبار تثبيت المتممة
hemangiomas		test	
cell layer	طبقة الخلية	– follicular	– جريبي
– prickle	– الشائكة	Chédiak – Higashi	متلازمة شيدياك – هيفاشي
– spinous	– الشائكة / الوصفية	syndrome	
cell leukoses,	تكثر نسيج البيض الخلوي ،	cheek ear (cat's ear)	الأذن الخدية (أذن القطعة)
undifferented	اللائمايزي	cheek(s), mucous	خد (ج : حدود) ،
cellulr blue nevus	الوحمة الزرقاء الخلوية	membranes	الأغشية المخاطية
cellulite	الهلل	cheilitis	التهاب الشفة
cellulitis	التهاب اللهل	– actinic	– السفعي ، السافع
– eosinophilic	– الحمضي	– allergic	– الأرجي
centroblastic –	لمفوم الخلية المركزية ذات	– angular	– الزاوي
centrocytic	الأرومة المركزية	– asteatotic	– بانعدام الزهم
lymphoma		– contact	– التماسي
centroblastic	لمفوم الأرومة المركزية	– exfoliativa	– التقشري
lymphoma		– glandular form	– الشكل الغدي
centrocytic lymphoma	لمفوم الخلية المركزية		

- glandularis	- الغدي الخراجي	- bullous pemphigoid	- الفقاعاني الفقاعي
apostematosa		- chronic allergic	- إكزيمة التماس الأرجية المزمنة
- glandularis simplex	- الغدي البسيط	contact eczema	
- granulomatosa	- الحبيبيومي	- chronic bullous	- الجلادات الفقاعية المزمنة
- migarating	- المهاجر	dermatoses	
- sicca	- الجاف	- chronic cumulative	- إكزيمة تخريشية تراكمية
- simplex	- البسيط	irritant eczema	مزمنة
cheiopompholyx	داء الفقعان على اليدين	- detmatitis	- التهاب الجلد
chemical(s)	كيميائي	- eczema	- الإكزيمة
- causes, toxic	- الأسباب ، المواد السمية	- frictional lichenoid	- التهاب الجلد الحزازي
substances		dermatitis	بالاحتكاك
- cauterization	- كي	- linear IgA	- الجلاد الخطي
- depigmentation	- زوال الصباغ	dermatosis	(بالغلوبولين) IGA
chemosurgery, Moh's	الجراحة الكيميائية ، جراحة	- marasmus	- السفل
	موس	- nummular eczema	- الإكزيمة النمية
chest wall, sclerosing	جدار الصدر ، التهاب محيط	- papular dermaritis	- التهاب الجلد الحطاطي
periphlebitis	الوريد التصليبي	- peridigital eczema	- إكزيمة حول الأصابع
cheveux incoiffables	شعر غير قابل للتمشيط	- perioral eczema	- إكزيمة حول الفم
chewer's callus	شنن الماضغ	- prurigo of	- حكاك الطفولة ، الحاد
chewing pads	رفادات المضغ	childhood, acute	
cheyletiella infection	نميج السوس ، نميج	- scurvy	- الشح
	الشاييتيلا	- seborrheic eczema	- الإكزيمة المثية
cheylitiellosis	داء السوس ، داء الشاييتيلا	- skin disorders	- اضطرابات الجلد
chicago disease	داء شيكاغو	- symmetrical	- ضمور الوجه دودي
chickenpox	حماق	vermiform facial	الشكل المتناظر
chiclero ulcer	قرحة الليشانية الأميركية	atrophy	
chilbains	الشرث	Chinese restaurant	- متلازمة المطعم الصيني
- acute spring	- الربيعي الحاد	syndrome	
- autumn	- الخريفي	- C. psittaci	- المتدثرة / البيغائية
- lupus	- الذأبي	- C. trachomatis	- المتدثرة الحثرية
childhood/children	الطفولة / الأطفال	- trachomatis with	- الحثرية والأخماج البولية
- acute allergic contact	- التهاب الجلد التماسي	urogenital infections	التناسلية
dermatitis	الأرجي الحاد	- urethritis	- التهاب الإحليل
- acute irritant	- التهاب الجلد التخريشي	chlamydispores	أبواغ متدثرة
dermatitis	الحاد	chloasma	الكلف
- atopic eczema	- الإكزيمة التأتبية	chloramine	كلورامين
- benign chronic	- الجلادات الفقاعية المزمنة	chloramphenicol	كلورامفينيكول
bullous	الحميدة	chlorhexidine acetate	كلور هيكسيدين أستيت
dermatoses(is)		chloroma	خضروم (ورم أخضر)

chlloquinaioldol	كلوركيناليدول	Churg – Strauss	حبيوم شارج – ستراوس
– necrosis	– نخر	granuloma	
chlortetracycline	كلور تتراسكلين	chylomicrons	كيلو ميكرونات ، الدقائق الكيلوسية
cholesterol emboli	صمات الكولسترول	cicatriral pemphigoid	الفقاعاني الندبي
cholinergic urticaria	شرى كوليزجي	cicatrices (scars)	الندبات
chondrodermatitis	التهاب الجلد والغضروف	ciclopiroxolamine	سيكلوبيروكسولامين
nodularis chronica	العقيدي المزمن في حثار الأذن	cimicosis	داء البق
helicis		cinnamaldehydes	سينامال ديهيد
chondrodysplasia –	متلازمة الوعاؤوم الدموي حثلي	circumscribed	المحدد
hemangioma	الغضروف	– hyperpigmentation	– فرط التصبغ
syndrome		– inflammatory	– الحاصة الالتهابية
chondroma	غضروم (ورم غضروفي)	alopecia	
chondromalacia,	تلين الغضروف ، المعمم	– myxedema	– الوذمة المخاطية
generalized		– postinfection	– الحاصة عقب الخمج
chromhidrosis	تلون التعرق	alopecia	
chromic acid	حمض الكروم	– precancerous	– الملان مقدمة السرطان
chromoblastomycosis	الفطار البرعمي الصبغي	melanosis of	لدوبروي
chromomycetic	فيل الفطار الصبغي	Dubreuilh	
elephantiasis		– scleroderma	– تصلب الجلد
chromomycosis	الفطار الصبغي	– sebaceous gland	– فرط تنسج الغدد الزهمية
chronic	المزمن	hyperplasia	
– lymphadenopathy	– متلازمة اعتلال العقد	– skin edema, acute	– وذمة الجلد ، الحادة
syndrome	اللمفية	– temporary alopecia	– الحاصة العابرة
– lymphocytic	– ايضاض لمفاوي	– pretibial myxedema	– الوذمة المخاطية أمام
leukemia (CLL)			الظنبوب
– mucocutaneous	– داء المبيضات الجلدي	circumscribed	الوذمة المخاطية المحددة في
candidosis	المخاطي	myxoderma in	قصور الدرقية
– mucocutaneous	– داء المبيضات الجلدي	hypothyroidism	
candidosis with	المخاطي ذو النظاهرة الآجلة	circumvallate papillae	الحليمات المسيجة
delayed		cirullinemia	قلة (نقص) السترولين في
mamifestation			الدم
– porphyria syndrome	– متلازمة البرفيرية	Cladosporium	فطور كلادوسبوروم
– pyodermas	– تقيحات الجلد	clavus	ثفن
– vegetating dermatitis	– التهاب الجلد التنبتي	claw nail	ظفر مخلبي
– venous insufficiency	– القصور الوريدي (انظر	clear cell(s)	الخلية الصافية (الرائقة)
(see CVI)	القصور الوريدي المزمن)	– acanthoma	– شوكوم
chrysiasis	تذهب	clearing reaction	التفاعل الصافي (الرائق)
Churg – Strauss disease	داء شارج – ستراوس	Meinicke	مينيك

climatic allergy	الأرج المناخي	- compresses	رفادات
climatic bubo	دبل مناخي	- panniculitis (see also	- التهاب السبلة الشحمية
climatotherapy,	المعالجة بالمناخ ، الصدف	panniculitis)	
psoriasis		- purpura	- فرقرية
clindamycin	كلنداميسين	- sore	- قرحة
clioquinol	كليوكينول	- urticaria	- شرى
CLL (chronic	ايضاض لمفاوي مزمن	cold - agglutinin	داء راحات البرد
lymphocytic		disease	
leukemia)		collagen	الكلاجين ، (المغراء)
clothes, contact	الثياب ، المستأرجات بالتماس	- biosynthesis	- الإنشاء / التركيب الحيوي
allergens		- degeneration,	- تنكس ، أسسي
clubbed fingers	الأصابع المتعجرة	basophil	
- Hippocratic	- الأبقراطية	- molecular	- المعيزات الجزئية
- idiopathic, and	- الغامض ، والتعظم	characteristics	
periostosis	السمحاق	- types	- أنماط
coagulation disorders	اضطرابات التخثر	collagenosis, reactive	الداء المغراوي ، الثاقب النشط
- liver diseases	- أمراض الكبد	perforating	
- uremia	- يوريمية	collagenous plaques of	اللويحات المغراوية على اليدين
coagulation	التخثر	hands and feet	والقدمين
- disseminated	- داخل الأوعية المنتثر	collodion	كولوديون
intravascular		colloid degeneration of	تنكس غرواني في الجلد
- electrocoagulation	- تخثر كهربائي	the skin	
- intravascular,	- داخل الأوعية ، المنتثر	colloid milium	الدخينة الغروانية
disseminated (see also	(انظر أيضاً DIC)	color changes	التبدلات اللونية
DIC)		coloration, nails	تلوين ، الأظفار
coagulopathy,	الإعتلال الخثري ، السلاي	colored sweat	عرق ملون
consumption		colorless Castellani's	محلول كاستيلاني اللالوني
coal tar(s)	قطران الفحم الحجري	solution	
- solution	- محلول	combined allergy	أرج مشارك
cobalamin (vitamin	كوبالامين (فيتامين ب ١٢)	combustio	الحرق
B12)		comedo	زؤان
Coccidioides	الكروانية	- closed	- مغلق
coccidioidomycosis	الفطار الكرواني	- open	- مفتوح
coccygeal sinus	الجيب العصعصي	comedones	زؤان
Cockayne's syndrome	متلازمة كوكاين	- fistulated	- متنوسر
Cockayne - Touraine	متلازمة كوكاين - تورين	- following ionizing	- تالي للتشعيع
syndrome		radiation	الشاردي / المؤين
coiled gland	غدة ملتفة	- giant	- عملاق
cold	البرد	common	شائع

- eczema	- إكزيمة	- ichthyosiform erythroderma, nonbullous	الأحمرية السماكية ، غير الفقاعية
- gnat	- بعوضة	- localized absence of skin (see congenital localized...)	- غياب الجلد الموضع (انظر غياب الجلد الموضع الولادي)
- warts	- ثآليل	- lymphedema, essential	- وذمة لمفية ، أساسية
compact powder composition	بودرة / مسحوق مكتنز تركيب	- lymphedema, hereditary	- وذمة لمفية ، وراثية
compression bandaging	تعصيب ضاغط	- melanosis diffusa	- ملان منتشر
condyloma acuminatum	اللقوم المؤنف العملاق	- mesodermal dysplasia	- ثدن الأديم المتوسط
condylomata	لقوم	- nail changes	- تبدلات ظفرية
- acuminata	- مؤنف	- neurocutaneous sensory syndromes	- متلازمات جلدية عصبية حسية
- acuminata, classic type	مؤنف ، النمط المدرسي	- pachyonychia	- ثخن الأظفار
- gigantea (Buschke – Löwenstein tumor)	- العملاق (ورم بوشكيه لوفشتاين)	- phimosis	- تضيق القلفة
- plana	- مسطح	- poikiloderma (see congenital poikiloderma)	- تباكل الجلد (انظر تباكل الجلد الولادي)
confirmatory tests	اختبارات مثبتة (مشخصة)	- polykeratosis	- التقران العديد
congelation	انجماد	- porphyria	البرفيرية
congenital	ولادي	- progressive lipodystrophy	- الخلل الشحمي المترقي
- absence of skin	- غياب الجلد	- self – healing reticulohistiocytosis	- كثرة المنسجات الشبكي ذات الشفاء الذاتي
- alopecia	- حاصة	- syphilis	- الإفرنجي / السفلس
- atrophies of the skin	- ضمورات الجلد	- telangiectasis with dysotosis	- توسع الشعيرات مع سوء التعظم
- dyskeratosis	- خلل التقرن	- telangiectatic erythema	الحمامي متوسعة الشعيرات
- ectodermal dysplasia	- ثدن (فرط تنسج) الأديم الظاهر	- white spots	- البقع البيض
- erythroderma with deafness	- أحمرية مع صمم	congenital localized absence of skin	غياب الجلد الموضع الولادي
- erythrodermia	- أحمرية سماكية	- and associated abnormalities resembling	- والشذوذات المرافقه الشبيهة بانحلال البشرة الفقاعي
ichthyosiformis	- البرفيرية المكونة للحمرة	epidermolysis bullosa	
- erythropoietic porphyria (CEP)	- ناسور الشفة السفلى		
- fistulae of the lower lip	دوالي معممة		
- generalized phlebectasia	- فرط الأشعار الزغبي		
- hypertrichosis lanuginosa	- نقص الأشعار		
- hypotrichosis			

- epidermolysis bullosa and congenital poikiloderma	- انحلال البشرة الفقاعي	constitutional face mask	قناع الوجه البنيوي
- with blisters	تبكل الجلد الولادي	constitutional granular gigantism	العملقة الحبيبية البنيوية
- dysplasia with cataract	مع النفاطات	constriction of extremities	تخصر / تضيق الأطراف
- with warty hyperkeratosis	الشدن (فرط التنسج) مع الساد	construction workers and masons, contact dermatitis and eczema	عمال البناء والبناءؤون ، التهاب الجلد التماسي والاكزيمة
conidia	مع فرط التقرن الثؤلولي	consumption	اعتلال خثري سُلالي
conidiophores	الغُيريات	coagulopathy	
conjunctivitis	حاملات الغُيريات	contact acne	العد التماسي
- allergic	التهاب الملتحمة ، الرمذ	contact allergens (see also contact allergy)	المستأرجات التماسية (انظر الأرج التماسي أيضاً)
- gonorrheal	- الأرجي	- clothes	- الثياب
- inclusion	- السيلاني	- cosmetics	- المزوقات
connective tissue	- الاشتجالي	- environment	- البيئة ، المحيط
- disease (see connective tissue disease)	النسيج الضام	- jewelry	- الحلبي
- collagen fiber	- داء (انظر داء النسيج الضام)	- leather	- الجلد
- collagen molecule		- location of skin reaction	موضع التفاعل الجلدي
- elastic fiber	- الليف الكلايجيني	- occupational	- مهني
- fibroblast	- جزئيء مغرأئي	- plants	- النباتات
- ground substance	- الليف المرن	- rubber components	- المركبات المطاطية
- hereditary syndromes	- أرومة ليفية	- topical treatment agents	- عوامل المعالجة الموضعية
- nevi/nevus, lumbo-sacral	- المادة الأساسية	contact allergy	الأرج التماسي
- nevi/nevus, large nodular disseminated	- المتلازمات الوراثية	- immune tolerance	- التحمل المناعي
- panniculitis	- الوحمات / الوحمة ، القطنية العجزية	- lymphocytic transformation test (LTT)	- اختبار التحول اللمفاوي (ا ت ل)
- reticulin fiber	- الوحمات / الوحمة ، كبيرة العقيدات المنتثرة	- macrophage migration inhibition	- تثبيط هجرة البلعمة
connective tissue disease	- التهاب السبلة الشحمية	- monovalent	- أحادي التكافؤ
- feet	- الليف الشبكي	- oligovalent	- قليل التكافؤ
- hands	داء النسيج الضام	- polyvalent	- عديد التكافؤ
- panniculitis		- resistance	- مقاومة
- penis	- التهاب السبلة الشحمية	contact cheilitis	التهاب الشفة التماسي
	- القضيب	contact dermatitis	التهاب الجلد التماسي

- acute (see contact dermatitis, acute)	- الحاد (انظر التهاب الجلد التماسي ، الحاد)	- dermatological radiotherapy	- المعالجة الشعاعية الجلدية
- agriculture	- زراعة	- glucocorticosteroids	- الستيروئيدات
- allergic, acute (see contact dermatitis, acute allergic)	- الأرجي ، الحاد (انظر التهاب الجلد التماسي ، الأرجي الحاد)	- irritant (see contact dermatitis, acute irritant)	- التخرشي (انظر التهاب الجلد التماسي ، التخرشي الحاد)
- allergic, chronic	- الأرجي ، المزمن	- nonallergic	- اللاأرجي
- allergic, hematogenous	- الأرجي ، المكون للدم	- nonteroidal antiinflammatory agents	- العوامل المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية
- bakers	- الخبازون	- salicylic acid	- حمض الصفصاف
- diagnostic test kit	- مواد الاختبار التشخيصي	- saluretics	- المدرات الملحية
- electricians	- الكهربائيون	- sulfur	- الكبريت
- hairdressers	- الحلاقون	- tars	- القطران
- housewives	- ربات المنزل	- contact dermatitis, acute allergic	- التهاب الجلد التماسي ، الأرجي الحاد
- irritant, acute (see contact dermatitis, acute irritant)	- التخرشي ، الحاد (انظر التهاب الجلد التماسي ، التخرشي الحاد)	- avoidance of contact allergens	- تجنب المستأرجات التماسية
- irritant, chronic	- التخرشي ، المزمن	- children	- الأطفال
- masons and construction workers	- البنائون وعمال البناء	- cleansing of the skin	- تنظيف الجلد
- metal workers	- عمال التعدين	- removal	- إزالة
- office workers	- عمال المكاتب	- contact dermatitis, acute irritant	- التهاب الجلد التماسي ، التخرشي الحاد
- professions allied to medicine	- العاملون الطبيون	- chemical cotact irritants	- المهيجات / المخثرات الكيميائية التماسية
- textile workers	- عمال النسيج	- crusted stage (stadium crustosum)	- مرحلة التجلب (مرحلة التجلب)
- contact dermatitis, acute	- التهاب الجلد التماسي ، الحاد	- erythema stage (stadium erythematosum et oedematosum)	- المرحلة الحمامية (المرحلة الحمامية والوذمية)
- allergic (see contact dermatitis, acute allergic)	- الأرجي (انظر التهاب الجلد التماسي ، الأرجي الحاد)	- exudative stage (stadium madidans)	- المرحلة النضحية (المرحلة الرطبة)
- antibiotics	- المضادات	- physical irritants	- المخثرات الفيزيائية
- antihistamines	- مضادات الهستامين	- residual erythema stage	- مرحلة الحمامي الثالية
- antiinflammatory drugs	- الأدوية المضادة للالتهاب	- scaling stage (stadium squamosum)	- مرحلة التوسف
- antimicrobial substances	- المواد المضادة للجراثيم		
- chemotherapeutic agents	- عوامل المعالجة الكيميائية		

- vesicular stage (stadium vesiculosum et bullosum)	- مرحلة التحوصل (مرحلة الحويصلات والفقاغات)	- antimicrobial substances	- المواد المضادة للجراثيم
contact eczema	إكزيمة التماس	contact eczema, chronic	إكزيمة التماس ، المزمنة
- acute allergic	- الأرجية الحادة	- chemotherapeutic agents	- عوامل المعالجة الكيميائية
- acute toxic	- السمية الحادة	- cumulative irritant	- التخريشية التراكمية
- agriculture	- الزراعة	- dermatological radiotherapy	- المعالجة الشعاعية الجلدية
- allergic, acute	- الأرجية ، الحادة	- glucocorticosteroids	- الستيروئيدات القشرية السكرية
- allergic, chronic (see contact eczema, chronic allergic)	- الأرجية ، المزمنة (انظر إكزيمة التماس ، الأرجية المزمنة)	- nonsteroidal antiinflammatory agents	- العوامل المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية
- allergic, hematogenous	- الأرجية ، مكونة الدم	- salicylic acid	- حمض الصفصاف
- bakers	- الخبازون	- saluretics	- المدرات الملحية
- chronic (see contact eczema, chronic)	- المزمنة (انظر إكزيمة التماس ، المزمنة)	- sulfur	- الكبريت
- diagnostic test kit	- مواد الإختبار التشخيص	- tars	- القطران
- cleansing of the skin	- تنظيف الجلد	- therapy	- المعالجة
- electricians	- الكهربائيون	contact urticaria (see also urticaria)	الشرى التماسي (انظر الشرى أيضاً)
- housewives	- ربات المنزل	copper	النحاس
- masons and construcion workers	- البنّاؤون وعمال البناء	- copper II, oleate - tetrahydronaphtha - lene	- النحاس II ، أوليات رباعي هيدرو النافثالين
- metal workers	- عمال التعدين	- deficiency, pili torti	- عوز ، الأشعار المتوية
- nonallergic	- اللاأرجية	- metabolism	- استقلاب
- office workers	- عمال المكاتب	coproporphyrin, hereditary (HCP)	الكرووبرفيرية ، الوراثية
- professions allied to medicine	- العاملون الطبيون	cord - like superficial phlebitis	التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل
- removal	- إزالة	cord - shaped superficial phlebitis of the penis	التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل على القضيب
- textile workers	- عمال النسيج	Cori s disease	داء كوري
- treatment	- المعالجة	corn	ثفن ، مسمار
contact eczema, chronic	إكزيمة التماس ، المزمنة	Cornelia de Lange syndrome	متلازمة كورنيليا دو لانج
- allergic	- الأرجية	corneocyte	الخلية القرنية
- allergic, avoidance of contact allergens	- الأرجية ، تجنب المستأرجات التماسية	cornu cutaneum	الطبقة القرنية
- antibiotics	- المضادات		
- antihistamines	- مضادات الهستامين		
- antiinflammatory drugs	- الأدوية المضادة للالتهاب		

corona phlebotatica	الدوالي الإكليلية	creams	رهيمات / كريمات
coronal sulcus	التهاب الأوعية اللمفية في التلم	creeping eruption	طفح زاحف
lymphangitis	الإكليلي	CREST syndrome	متلازمة كريست
coronal sulcus phlebitis	التهاب الوريد في التلم الإكليلي	crooked nail	ظفر معقوف
corpuscles	جسيمات	Crosti's	كرة المنسجات الشبكي
- Golgi - Mazzoni	- غولجي-مازوني	reticulohistiocytosis	لكروستي
- Kraus,s	- كراوس	Crosti's syndrome	متلازمة كروستي
- Pacini,s	- باسني	crotamiton	كروتاميتون
- Ruffini,s	- روفيني	Crouzon's syndrome	متلازمة كروزون
corrosion	التآكل	Crowe's sign	علامة كروف
corticosteroid(s)	الستيروئيدات القشرية	CRST syndrome	متلازمة كريست
- combination	- المستحضرات المركبة	crural ulcer	القرحة الفخذية
preparations		crusted scabies	الجرب المتجلب
- high potency	- القدرة العالية	crusts	جلبات
- lipodystrophy	- حثل شحمي	cryoglobulinemia	كريوجلوبولينمية (الغلوبلين
- mild	- خفيف		القرري الدموي)
- moderate strength	- متوسط القوة	- monoclonal	- وحيد النسيلة
- potent	- كمون	- polyclonal	- متعددة النسائل
- treatment/ therapy,	- المعالجة/ المعالجة ، التأثيرات	cryosurgery	الجراحة القرية
side effects	الجانبية	cryptococcosis	داء المستخفيات
- treatment/ therapy,	- المعالجة/ المعالجة الجهازية	cryptococcus	المستخفية
systemic		Culex pipiens	بعوضة كولكس بينيس
corynebacteria	الوتديات	culicosis bullosa	داء لدغ البعوض الفقاعي
cosmetic acne	عد المزوقات	culicosis, gnat bites	داء لدغ البعوض ، عضات
cosmetics, contact	المزوقات ، المستأرجات		البعوض
allergens	التحساسية	cumulative irritant	إكزيمة القاس التخريشية
Costen's syndrome	متلازمة كوستين	contact eczema,	التراكمية المزمنة
cotrimoxazole	كوتريموكسازول	chronic	
cough test	إختبار السعال	- children	- الأطفال
coumarin necrosis,	نخر بالكومارين ، نرفي	curly hair nervus	وحمة الأشعار المجعدة
hemorrhagic		curly hair syndrome	متلازمة الأشعار المجعدة
Cowden,s syndrome	متلازمة كاودن	cutaneous	
cowpox virus	حمة الوقس	American leishmaniasis	- داء الليشمانيات الأمريكي
coxsackievirus	حمة كوكساكي	- amyloidoses	- داء نشواني
- exanthem	- طفحجية ظاهرة	- apudoma	- أبيودوما
- infections	- أخماج	- calcium nodules	- عقيدات كلسية
- type A	- نمط أ	- diphtheria	- خناق
crab louse	قمل	- extravascular	- الحبيبوم النخري خارج
Crandall's syndrome	متلازمة كراندال	necrotizing granuloma	الأوعية

- histiocytoses	- كثرة المنسجات	cystadenoma, papillary	غدوم كيسى ، حليمى داخل
- horn	- قرن	intraductal	الأقنية
- larva migrans	- داء اليرقات الهاجرة	cyst(s)	كيسة (كيسات)
- leishmaniasis	- داء الليشمانيات	- branchial	- غلصمية
- leukemias	- الايضاضات	- dermoid	- جلدانية (أدمية)
- lupus erythematosus	- الذأب الحمامي	- ear	- أذن
- mastocytoses	- كثرة الخلايا البدنية	- epidermal	- بشروية
- non - Hodgkin's	- اللمفومات	- epidermal,	- بشروية ، ثانوية
lymphomas, high	- اللاهودجكينية ، عالية	secondary	- ظهارية ، رضحية
malignancy	- الحباثة	- epithelial, traumatic	- ظهارية ، حقيقية
- paraneoplastic	- المتلازمات المواكبة للأورام	- epithelial, true	- ظهاروم غداني كيسي
syndromes		- epithelioma	
- polyarteritis nodosa	- التهاب الشرايين العقد	adenoides cysticum	
- reticulohistiocytosis	- كثرة المنسجات الشبكي	- eruptive vellus hair	- الأشعار الزغبية الطفحية
- reticulosarcoma	- الغرن الشبكي	- hair, rolled	- أشعار ملتفة
- reticulosos	- شباك	- mucoid dorsal cyst of	- كيسة مخاطانية على ظهر
- syphilid	- طفحة إفرنجية	the fingers	الأصابع
- T - cell lymphomas,	- لمفومات الخلايا التائية ،	- mucoid, digital	- مخاطاني ، أصبعي
staging classification	- التصنيف المرحلي	- mucous	- مخاطي
- T - cell lymphomas,	- لمفومات الخلايا التائية ،	- mucous, traumatic	- مخاطي ، رضحي
TNM staging	- التصنيف المرحلي	- myxoid finger	- أصبع مخاطانية
classification		- neck	- العنق
cute	اسم مرادف للنتا	- pilonidal	- عش شعري
cutis	الجلد	- proliferating	- تكاثر غمد الشعرة
- hyperelastica	- مفرط المرونة	trichilemmal	الخارجي
- laxa	- الرخو / تهدل	- salivary gland	- الغدة اللعابية
- marmorata	- المرمرى	- scrotal	- صفني
- marmorata	- المرمرى متوسع الشعيرات	- sebaceous	- زهمي
telangiectatica	الولادي	- sebaceous retention	- احتباس زهمي
congenita		- sweat gland	- الغدة العرقية
- rhomboidalis nuchae	- المعني على القفا	- thyroglossal duct	- القناة الدرقية اللسانية
- verticis gyrata	- الرأس المتلفف	- traumatic mucous	- غدة مخاطية رضحية
- verticis plicata	- الرأس المثني	gland	
CVI (chtonic venous	ق و م (القصور الوريدي	- traumatic mucous	- احتباس مخاطي رضحي
insufficiency)	المزمن)	retention	
- clinical findings	- موجوداته السريرية	- trichilemmal	- غمد الشعرة الخارجي
- grades	- درجاته	cystic	- كيسي
cylindroma	- اسطوانوم	- basal cell carcinoma	- السرطانة قاعدية الخلايا
		- fibrosis	- تليف (ليف)

- pancreatic fibrosis	- تليف معشكلي
- tumors	- أورام
- tumors, nevoid	- أورام ، وحمانية
cysticercosis	داء الكيسات المذنبة
cysticercus disease	داء الكيسة المذنبة
cystinosis	الداء السيستيني
cytostatic	الأدوية الموقفة للنمو الخلوي
drugs/cytostatics	
- psoriasis vulgaris	- الصدف الشائع
cytotoxic drugs	الأدوية السامة للخلايا
cytotoxic reaction, type II	التفاعل السام للخلايا ، غط II

D

Dandruff (pityriasis simplex capillitii)	هَبْرَة (نخالية الأشعار البسيطة)
Darier's disease	داء داريه
- nail changes	- تبدلات الأظفار
Darier - White disease	داء داريه - وايت
dark repair	ترميم (تصليح) قاتم
Darling's disease	داء دارلينغ
De Sactis - Caccione syndrome	متلازمة دي ساكتس كاشيوني
dead finger	الأصبع الميت
deagnees, congenital erythroderma	صمم ، أحمرية ولادية
decorative tattooing	وشم زخرفي / تزيني
decubitus ulcer	الناقبة
deep mycoses	الفطارات العميقة
deep thrombophlebitis	التهاب الوريد الخثاري العميق
deer fly fever	حمى ذبابة الأيل
defibrination syndrome	متلازمة زوال الفيرين
defluvium	فقد الشعر فجائي ، الحصوص
degenerative conditions, chronic	الحالات المتكسدة ، المزمنة
delayed tanning	التسفع الآجل
Delhi sore	قرحة دلهي

deltoideoacromial melanocytosis	كثرة الخلايا الملانوية الدالية الأخرمية
delusion of parasitosis	داء توهم الطفيليات
demodicidosis	داء الدويديات
demodicosis	داء الدويديات
deodorant granuloma	حببيوم مزيل الرائحة
depigmentation	زوال الصباغ
- chemical	- الكيميائي
depigmenting drugs	الأدوية مزيلات الصباغ
depilatory substances	المواد نازعة الأشعار
depressive syndrome, psycharmaceutic agents	متلازمة الإكتئاب ، عوامل العقاقير النفسية
dequalinium chloride	دي كوالينيوم كلورايد
dequalinium necrosis	نخردي كوالينيوم
Dercum's disease	داء ديركوم
dermabrasion	سنفرة الجلد
dermal	جلدي ، أدمي
- duct	- قناة
- duct tumor	- ورم قنوي
- leshmanoid	- ليشمانياي
- melanocytes	- خلايا ملانوية
- melanocytic nevi	- وحمه الخلايا الملانوية
- mucinosis	- الداء الموسيني
- mycoses	- فطار (ج : فطارات)
- plexus, deep	- الضفيرة ، العميقة
- plexus, superficial	- الضفيرة ، السطحية
dermatite	التهاب الجلد
- bulleuse	- الفقاعي المخاطي القرحي
muco - synéchiante	
- lichénoide purpurique et pigmentée	الحزازاني الفروري المصطبغ
- polymorphe douloureuse	- عديد الأشكال المؤلم
- du tobogan	- عند المردين
dermatitis	التهاب الجلد
- ammoniacalis (diaper dermatitis)	- الأمونياي (التهاب الجلد الحفاضي)

- artefacta	- المفتعل ، الخادع	- hot - tub - associated	- المترافق مع أنبوب حراري
- autogenica	- التكون الذاتي	- hypereosinophilic	- فرط الحمضات
- autoimmune progesterone	- المناعي الذاتي البروجستروني	- hyperkeratotic, of the palms	- فرط التقرن ، على الراحتين
- autoimmune progesterone, pregnancy	- المناعي الذاتي البروجستروني الحملي	- IgE	- الغلوبولين IGE
- berloque	- القلاوي	- infants	- الرضع
- blastomyces	- بالفطر البرعمي	- in ichthyosis	- في السمك
- bullosa pratensis	- الفقاعي بالمروج	- irritant	- التخرشي
- cercarial	- الذانبي	- juvenile dermatitis herpetiformis	- التهاب الجلد حلي الشكل الفتوي
- children	- عند الأطفال	- livedo - like	- شبه التزقي
- chronic vegetating	- التنبتي المزمن	- lupoid perioral	- الذأباني حول الفم
- congelationis bullosa	- الإنجمادي الفقاعي	- mite	- بالسوس
- congelationis erythematosa	- الإنجمادي الحمامي	- multiformis gestationis	- عديد الأشكال الحملي
- congelationis escarotica	- الإنجمادي الحشاري	- nail(s) changes	- تبدلات الأظفار
- contact (see also contact)	- التماسي (انظر التماسي أيضاً)	- napkin	- الحفاضي
- contusiformis	- رضوي الشكل	- nummular	- النمي
- diagnostic test kit	- مواد الاختبار التشخيصية	- occupational	- المهني
- diaper	- الحفاضي	- overtreatment	- العلاج المفرط
- exfoliativa neonatorum	- التقشري الوليدي	- papillaris capillitii	- الحليمي الشعري
- factitial	- المفتعل	- papular, children	- الحطاطي ، عند الأطفال
- frictional lichenoid, children	- الحزازاني بالاحتكاك عند الأطفال	- papular, pregnancy	- الحطاطي ، في الحمل
- granulomatous	- الحبيبي	- papulosa juvenila/juvenilis	- الحطاطي الفتوي
- hemorrhagic contact	- التماسي النزفي	- pellagra	- البلفرة / البلاغرا
- herpetiformis	- حلي الشكل	- perioral	- حول الفم
- herpetiformis, childhood	- حلي الشكل ، في الطفولة	- phototoxic	- الضوئي الانسمامي
- herpetiformis, differential diagnosis	- حلي الشكل ، التشخيص التفريقي	- phytophotoderma - titis	- التهاب الجلد الضوئي النباتي
- hidrotica	- التعرق	- pratensis	- المروج
- hiemalis	- الشتوي	- purpuric pigmented lichenoid	- الحزازي الفرفري المصطبغ
- hot tub	- الأنبوب الحار	- radiodermatitis	- التهاب الجلد الشعاعي
		- recurrent granulomatous, with eosinophilia	- الحبيبي الراجع مع كثرة الحمضات

- repens	- الزاحف	- yeasts	- خمائر
- roentgen ray	- بأشعة رونتغن	dermatomyoistis	التهاب الجلد والعضلات
- sandbox	- بالصندوق الرملي	- nail changes	- التبدلات الظفرية
- schistosomal	- المنشقي (بالمنشقات)	dermatopathic	التهاب العقد اللمفية باعتلال
- seborrhoides	- المثاني الطفلي	lymphadenitis	الجلد
infantum		dermatopathic	اعتلال العقد اللمفية باعتلال
- solar/solaris	- الشمسي	lymphadenopathy	الجلد
- spa pool	- في المساح / بركة السباحة	dermatopharmacology	علم الأدوية الجلدية
- superficial, chronic	- السطحي ، المزمن	dermatophytes	الفطور الجلدية
- ulcerosa	- التقرحي	dermatophytoses	الفطارات الجلدية
- verrucosa	- الثؤلولي	- immune phenomena	- الظاهرة المناعية
- (verrucous	- (التهاب الجلد العصبي	- treatment	- المعالجة
neurodermatitis)	- (الثؤلولي)	dermatosclerosis, stasis	تصلب الجلد ، الركودي
- water	- بالماء	dermatoses/dermatosis	جلاد (ج : جلادات)
- whirlpool (Jacuzzi)	- النافوري (جاكوزي)	- acute febrile	- المعدل الحمي لحاد
X - ray	- بالأشعة السينية / أشعة اكس	neutrophilic	
dermatoarthritis, lipoid	- التهاب الجلد والمفصل ، الشحماني	- ashy	- الرمادي
dermatochalasis	- رخاوة الجلد / انهلال الجلد	- bullous, mixed	- الفقاعي / المختلط
dermatofibroma	- ليفوم جلدي	- digitate	- الأصبعي
- lenticulare	- عدسي	- drugs - provoked	- محرش بالأدوية
- pseudosarcomatous	- غرني كاذب	- erosive pustular,	- التآكلي البثري ، على الفروة
dermatofibrosarcoma	- الفرن الليفى الجلدي الناشز	scalp	
protuberans	- (الحدي)	- of the flexures,	- الثنيات ، الشبكي المصطبغ
dermatofibrosis	- التليف الجلدي العدسي المنتثر	reticulated	
lenticularis	- مع تبكل عظمي	pigmentary	
disseminata with		- hemorrhagic -	- النزفي المصطبغ
osteopoikilosis		pigmentary	
dermatographia alba	- كتوية الجلد البيضاء	- light, lupus	- الضوئي ، الشبيه بالذأب
dermatohistopathology	- التشريح النسجي المرضي الجلدي	erythematosus - like	- الحمامي
dermatological	- جلدي	- linear IgA	- الخططي (بالغلولين) IgA
- bases	- أسس	- papular acantholytic	- الخطاطي الحال للأشواك
- diagnosis	- التشخيص	- papulo - hyperkér -	- فرط التقرن الخطاطي
- tinctures	- صبغات	atosique en stries	
dermatome	- قطاع جلدي	- papulosa nigra	- الخطاطي الأسود
dermatomycoses	- فطار جلدي	- peridigital	- حول الأصبع
- dermatophytes	- فطور جلدية	- persistent	- الحال للأشواك الدائم
- molds	- عفن	acantholytic	
		- photoallergic	- الأرجي الضوئي
		- photodermatitis	- الجلاد الضوئي

- pigment, small spotted	- المصطبغ ، صغير البقع	- collarette exfoliative	- طوقي - تقشري
- pigmentaria progressiva	- المصطبغ المترقي	- furfuraceous	- نخالي
- plantar, juvenile	- الأخمصي ، الفتوي	- ichthyosiform	- سماكي الشكل
- porphyrin, actinic - traumatic bullous	- البرفيرين ، السفمي - الرضخي الفقاعي	- insensible	- لا حسوس
- of pregnancy	- في الحمل	- psoriasiform	- صدافي الشكل
- protoporphyrinemic light	- بروتوبرفيرينة الضيائية	- small - lamellar	- صغير الصفاحات
- pseidopelade state	- حالة الثعلبة الكاذبة	Dharmendra test	- اختبار دارمندرا
- pustular, subcorneal	- البثري ، تحت الطبقة القرنية	diabetes	- الداء السكري
- rosacea - like	- الشبيهة بالعد الوردي	- btonze	- الشبهي
- rosacea - like, familial	- الشبيهة بالعد الوردي العائلي	- insipidus, xanthoma disseminatum	- البواله التفهة ، الصفروم المنتثر
- systemic treatment	- المعالجة الجهازية	- mellitus, lipoatrophic	- الداء السكري ، الضمور الشحمي
- topical treatment	- المعالجة الموضعية	diabetic	- السكري
- transitory acantholytic dermatostomatitis	- الحال للأشواك العابر	- angiopathy	- الإعتلال الوعائي
dermatozoal delusion	- التهاب الجلد والفم	- balanoposthitis	- التهاب الحشفة والقلقة
dermis, changes	- توهيم الطفيليات الجلدية	- gangrene	- موات
dermographic urticaria	- الأدمة وتبدلاتها	- macroangiopathy	- اعتلال الأوعية الكبيرة
dermographism	- شرى كتوبه الجلد	- microangiopathy	- اعتلال الأوعية الصغيرة
- black	- السوداء	- vulvovaginitis	- التهاب الفرج والمهبل
- red	- الحمراء	diachylon ointment	- مرهم لزقة الرصاص
- white	- البيضاء	diagnosis, dermatological	- التشخيص ، الجلدي
dermoid cysts	- كيسات جلدانية	diaper dermatitis	- التهاب الجلد الحفاضي
dermopathic lymphadenopathy	- اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد	DIC (disseminated intravascular coagulation)	(التهاب الجلد الأمونيائي) ت. د. أ. م (التخثر داخل الأوعية المنتثر)
desensitization	- إزالة التحسس	- diseases	- الأمراض (الأدوية)
desert rheumatism	- رثية الصحراء	dichuchewa	- دي شيشوا
desert ulcer	- قرحة الصحراء	diet, avoidance	- القوت ، اجتناب
desmoplastic melanoma	- الملائنوم المكون للاتصاقات	diffuse	- المنتشر
desmoplastic trchoepithelioma	- ظهاروم شعري مكون للاتصاقات	- chronic	- داء المبيضات الجلدي
desquamation	- توسف	mucocutaneous candidosis	- المخاطي المزمن
		- fasciitis with eosinophilia	- التهاب اللفافة مع كثرة الحمضات
		- keratoses	- التقرانات

– myxedema in hypothyroidism	– الوذمة المخاطية في قصور الدرقية	DNA repair mechanism	آلية تصليح/ترميم الدنا
– sclerodermia	– تصلب الجلد	dog tapeworm disease	داء الشريطية الكلبية
digital mucoid cyst	الكيسة المخاطانية الأصبعية	dolichostenomelia	طول النهايات ونحافتها
digitate dermatosis	الجلادات الأصبعية	Donovaniosis	أدواء الدونوفانية
digitus mortuus	نقر أصبعي	doppler sonography,	مقياس الصوت لدوبلر ،
dilated pore	مسام متوسع	venous function	الوظيفة الوريدية
dimple wart	تؤلؤل رُصعي	dosimeters	مقياس الجرعة الشعاعية
dinitrochlorobenzene	ثاني نيتروكلوروبزن	dosimetry	قياس الجرعة الشعاعية
diphtheria, cutaneous	الحناق ، الجلدي	dracontiasis	داء الثَّيَّئات
<i>Diphyllobothrium latum</i>	العوساء العريضة (نوع من الديدان الشريطية)	dracunculiasis	داء الثَّيَّئات (نوع من الديدان الحيطية)
diptera	ذوات الجناحين	dracunculosis	داء الثَّيَّئات
discoïd lupus	الذأب الحمامي القرصي	<i>Dracunculus</i>	الثَّيَّة المدينة
erythematosus (DLE)	(ذ. ح. ق)	<i>medinensis</i>	نرح الجيب
¹ discoïdal eczema	إكزيمة قريضية	draining sinus	ضمادات ، جافة
dissection tubercle	درة تسليخية	dressings, dry	ضمادات رطبة
disseminated	منتثر	dressings, wet	دواء (ج : أدوية) ، عقار
– calcinosis	– كلاس	drug(s)	(ج : عقاقير)
– gonococcal infection	– خمج بالمكورات البنية	– anesthetizing	– مخدر ، مبنج
– intravascular	– تخثر داخل الأوعية (انظر	– antibiotic	– صاد
coagulation (see also DIC)	التخثر داخل الأوعية المنتثر)	– antifungal	– مضاد للفطور
– lipogranulomatosis	– ورام حبيبي شحمي	– antiinflammatory	– مضاد للالتهاب
– lupus erythematosus	– ذأب حمامي	– antiperspirant	– مضاد للتعرق
– mastocytoma	– ورم الخلايا البدنية	– antipruritic	– مضاد للحكة
– pruriginous	– التهاب الجلد الوعائي	– antiseptic	– مطهر
angiodermitis	الحكاسي	– astringent	– قابض
– seborrheic eczema	– إكزيمة مئية	– caustic	– كاوي
– superficial actinic porokeratosis	– التقران المسامي السطحي	– cytostatic, psoriasis vulgaris	– موقف للنمو الخلوي ، الصدف الشائع
– syringoma	– ورم غدي عرق	– cytotoxic	– سام للخلايا
– xanthomas with hepatosplenomegaly associated with hyperlipidemia	– صفرومات مع ضخامة كبدية طحالية مترافقة بفرط شحميات الدم	– depigmenting	– مزيل للصباغ
DLE (discoïd lupus erythematosus)	ذ. ح. ق (ذأب حمامي قريضي)	– eruptions (see drug eruptios)	– طفوح (انظر الطفوح الدوائية)
		– exanthem	– طفحية ، طفح ظاهر
		– hyperemic	– تبيغ
		– induced Lyell's syndrome	– محدث لمتلازمة لايل

– intolerance of the skin	– عدم تحمل الجلد	– para compounds	– المركبات النظيرة
– keratolytic	– حال الطبقة القرنية	– polyvalent sensitization	– تحسيس عديد التكافؤ
– keratoplastic	– رَأَب القرنية	– pruritus	– الحكة
– nonsteroidal antiinflammatory	– مضاد للإلتهاب لاستيرويدي	– rubeoliform	– حميرائي الشكل – حصية الشكل
– panniculitis	– التهاب السبلة الشحمية	– scarlatiniform	– قرمزية الشكل
– pigmenting	– التصبغ	– serum – sickness type	– نمط داء المصل
– reactions (see drug reactions)	– التفاعلات (انظر التفاعلات الدوائية)	– tuberculin type drug reactions	– من نمط السلين التفاعلات الدوائية
– skin necroses	– نخر الجلد	– cumulative dose	– الجرعة التراكمية
– as sunscreens	– مثل درائات الشمس	– erythema nodosum – like	– الشبيهة بالحمامي العقدة
– virostatic drug eruptions	– موقف لنمو الحمة الطفوح الدوائية	– lichenoid	– الحزازانية
– acneiform (acne – like)	– عدية الشكل (الشبيهة بالعد)	– overdosge	– الجرعة المفرطة
– allergic leukocytoclastic vasculitis	– التهاب الأوعية الكاسرة للكريات البيض الأرجي	– serum sickness type drug – induced	– نمط داء المصل المحدث بالدواء
– allergic reactions	– التفاعلات الأرجية	– hupertrichosis	– فرط الأشعار
– antibodies	– الأضداد	– Lyell's syndrome	– متلازمة لايل
– antigens	– المستضدات	– nonimmunological (pseudoallergic)	– الشرى اللانماعي (الأرجي الكاذب)
– eczema type	– نمط إكزيمي	urticaria	
– eliciting drugs	– الأدوية المحدثة	drug – ptovoked dermatoses	– الجلادات المحرشة بالأدوية
– erythema multiform	– الحمامي عديدة الأشكال	dumstick fingers	– أصابع مقرعة الطبل
– erythematobullous	– الحمامية الفقاعية	dry dressings	– الضمادات الجافة
– erythematous hemorrhagic	– الحمامية النزفية	Dubreuilh, circumscribed precancerous melanosis	– دوبروي (الملان المحدد قبيل السرطان)
– erythematovesicular	– الحمامية الحويصلية	Duchenne's disease	– داء دوشين
– fixed	– الثابتة	duct tumor, dermal	– الورم القنوي ، الجلدي
– guidelines to diagnosis	– الأدلة إلى التشخيص	Duhring – Btocc disease	– داء دورينغ – بروك
– hemorrhagic	– النزفية	dumdum fever	– حمى دم دم
– hemorrhagic – bul – lous	– النزفية – الفقاعية	Dupuytren's finger contracture	– تقفع أصابع دوبران
– maculourticarial	– البقعية الشروية	dusting powder	– مسحوق غباري
– monovalent sensitization	– تحسيس أحادي التكافؤ	dyes	– ملونات ، أصبغة
– morbilliform	– حصية الشكل		

dysbetalipoproteinemia	خلل البروتينات الشحمية بيتا في الدم
dyschroatosiis	داء خلل الصباغ ، المعمم الوراثي
universalis hereditaria	
dyschromias	خلل الصباغ
- endogenous	- داخلي المنشأ
- exogenous	- خارجي المنشأ
dysgeusia	خلل التذوق
dyshidrosiform	على شكل خلل التعرق
- eczema, chronic	- الإكزيمة ، الأرجية المزمنة
allergic	
- eczema,	- الإكزيمة ، الأرجية دموية
hematogenous	المنشأ
allergic	
- pemphigoid	- الفقاعاني
dyshidrosis	خلل التعرق
- lamellosa sicca	- الصفاحي الجاف
dyshidrotic eczema	إكزيمة خلل التعرق
dyskeratoma, warty	ورم خلل القرن ، المثائل
dyskeratosis	خلل القرن
- congenital	- الولادي
- follicularis	- الجريبي
- follicularis isolata	- الجريبي المعزول
dysplastic nevus	الوحمة مختلة التنسج (المثلونة)
- syndromes	- متلازمات
dysporia	المعوي القصبي المعشكلي
enterobroncho -	الولادي العائلي
pancreatica congenita	
familiars	
dystrophia bullosa	الحثل الفقاعي الوراثي ، النمط
hereditaria, typus	البقي في امستردام
maculatus seu	
Amsterdam	
dystrophia myotonica	حثل المقوية العضلية
dystrophic calcinosis	الكلاس الحثلي
dystrophic	انحلال البشرة الحثلي
epidermolyses	

E

ear	أذن
- cheek (ear, cat's)	- الخد (أذن ، القطه)
- cauliflower	- القنبطية
- cysts	- كيسات
fistulas	- نواسير
- nodule, painful	- عقيدات مؤلمة
ecchymoses	كدمة
eccrine	ناتج ، خارجي الإفراز
- hidrocystoma	- كيسوم عرق
- poroma	- مساموم ، ورم مسامي
- spiradenoma	- غدوم حلزوني
- sweat	- عرق
- sweat gland	- غدة عرقية
echinococciasis	داء المشوكات
echinococciasis	داء المشوكات
echinococcus	المشوكة
- E. granulosus	- المشوكة الحبيبية
- E. multilocularis	- المشوكة متعددة الخلايا
ecthyma	الإكثيمة (القوباء السوداء)
- contagiosum	- المعدية
- gangraenosum	- المواتية الثاقبة
terebrans	
- infectiosum	- الخمجية
ectodermal dysplasia	ثدن (خلل تنسج) الأديم الظاهر
- anhidrotic	- اللاعرق ، مانع العرق
ectodermal	ثدن الأديم الظاهر المتعدد
polydysplasia	
ectodermose erosive	الأدام الظاهري التآكلي حول
pluriorficielle	الفوهات المتعدد
ectopic ossification	التعظم النابذ
ectopic sebaceous	الغدد الزهمية النابذة
glands	
eczema	إكزيمة
- asteatotic of the aged	- إنعدام الزهم بتقدم العمر
- atopic (see also	- تأتبية (انظر الاكزيمة
atopic eczema)	التأتبية أيضاً)

- atopic, infants and children	- تأتبية ، في الرضع والأطفال	- peridigital, children	- حول الأصابع ، في الأطفال
- callus	- دشبذ ، شثن	- perioral, infants and children	- حول الفم ، في الرضع والأطفال
- children	- الأطفال	- seborrheic (see seborrheic eczema)	- مئية (انظر الإكزيمة المئية)
- chronic allergic dyshidrosiform	- من شكل خلل التعرق الأرجية المزمنة	- solare	- شمسية
- chronic veous insufficiency	- القصور الوريدي المزمن	- toxic degenerative	- سمية تنكسية
- common	- الشائع	- vaccinatum	- لقاحينية
- contact (see also contact eczema)	- التماس (انظر الإكزيمة بالتماس أيضاً)	- of the vulva	- الفرج
- diagnostic test kit	- طقم مواد الاختبار التشخيصي	- eczematid, exsiccation eczematid - like purpura	- إكزماتيد ، جافة الفرورية الشبيهة بالإكزماتيد
- discoidal	- قرصي	- eczematoid	- إكزيموي (ثملاني)
- dyshidrotic	- خلل التعرق	- edema, differential diagnosis	- وذمة (خرب) ، التشخيص التفريقي
- in the elderly	- في الكهول	- edematous bullous pemphigoid	- الفقاعي الفقاعي الودمي
- endogenous	- داخلية المنشأ	- effluvium	- نفحة (تساقط الأشعار)
- flexural	- الثنيات	- anagen - dystrophic	- طور النمو الحثلي
- forefoot	- مقدم القدم	- androgenetic	- ذكاري
- hand and foot, hyperkeratotic fissured	- اليد والقدم ، مفرطة التقرن المتشققة	- telogen	- طور انتهاء النمو
- hand and foot, tylotic	- اليد والقدم ، الثفانية	- Ehlers - Danlos syndrome	- متلازمة أهلر - دانلوس
- herpeticatum	- حلبية	- chinal	- التصنيف السريري
- herpeticum	- حلبية	- classification	
- hiemalis	- شتوية	- elesteídose cutanée	- المران الجلدي العقيدي
- infants	- الرضع	- nodulaire kystes et à comédones	- الكيسي والزواني
- intertriginous	- مذحية	- elastic fiber	- ليف مرن
- iterative traumatic (Hagermann)	- الرضع المتكرر (هاغرمان)	- elastoma	- مرنوم
- lichenified	- متحززة	- diffusum	- منتشر
- lip - licking	- لعق الشفة	- intrapapillare perforans	- ثاقب داخل الحليمي
- marginatum	- هامشية	- verruciforme (Miescher)	- ثؤلولي الشكل (ميشر)
- molluscatum	- مليسائية	- juvenile	- فتوي
- nummular (see nummular eczema)	- غمية (انظر الإكزيمة النمية)	- perifotating	- ثاقب
- occupational	- مهنية	- elestorrhesis	- تمزق (تقطع) النسيج المرن

- generalisata et systemica (Touraine)	- المعمم والمجموعي (تورين)	- bacterial	- جرثومية
elestoses/elastosis	مُران	- cholesterol	- كولسترولية
- actinic	- سفحي	- fat	- دسمة
- colloidalis	- غرواني مكوم	- malignant tumor	- ورم خبيث
conglomerata		- myxoma	- مخاطومية
- generalized	- معمم	embolia cutis	صمة جلدية دوائية
- perforans	- ثاقب زحاف	medicamentosa	
serpiginosa		embryopathia rubeolica	اعتلال مضغي حميراني (بالحصبه الألمانية)
- Roentgen	- رونتغن	EMO syndrome	متلازمة EMO
- senilis	- شيخني	emotional	فرط التعرق الإنفعالي
- solaris	- شمسي	hyperhidrosis	
- uremic	- يوريمي	emulsions	مستحلبات
- X - ray	- بالأشعة السينية / أشعة اكس	- liquid (lotions)	- سائلة (دهونات)
elastotic nodules of the anhelix	عقيدات الوتره المرنة	- oil - in - water	- زيتية في الماء
electric burns	الحروق الكهربائية	- water - in - oil	- مائية في الزيت
electricians, contact dermatitis and eczema	الكهربائيون ، التهاب الجلد التماسي والاكزيمة	enchondromas,	غضروومات داخلية ، تحت الأظفار
electricity	الكهرباء	subungual	
electrocoagulation	تخثير كهربائي	endangiitis obliterans	التهاب بطانة الوعاء المسد
electrodesiccation	تجفيف كهربائي	endarteritis	التهاب بطانة الشريان
electrofulguration	الصق الكهربائي	endemic syphilis	الإفريقي المتوطن
electrolysis	الكهرلة (الحل الكهربائي)	endemic typhus	التيفوس المتوطن
electrophoresis	الرحلان الكهربائي	endocarditis,	التهاب الشغاف ، بالمكورات البنية
electrosurgery	الجراحة الكهربائية	gonococcal	
elephantiasis	داء الفيل	endogenous	داخلي المنشأ
- chromomycetic	- في الفطار الصبغي	- dyschromias	- خلل التلون
- congenita hereditaria	- الولادي الوراثي	- eczema	- إكزيمة
- nostras	- البلدي	- hyperactivity	- فرط النشاط
- tropical	- المداري	- hyperlipemia	- فرط دهن الدم
eliciting drugs, drugs eruptions	الأدوية المحدثه ، الطفوح الدوائية	- hypertriglyceridemia	- فرط الغليسيريدات الثلاثية في الدم
ELISA	إلزا (مقايصة الامتصاص المناعي المرتبط بالإنزيم)	endometrioma	بطانوم رحمي
(enzyme - linked immunosorbent assay)		endometriosis	انتباذ بطاني رحمي
emboli	صمّات (ف : صمّة)	endometritis,	التهاب بطانة الرحم ، السيلاني
		gonorrheal	
		endomycoses	الفطارات الداخلية
		endotheliosis,	داء بطاني (بطن) ، تكاثري
		neoplastic	

endotheliosis,	داء بطاني (بطنان) ،	verruciformis	تؤلولي الشكل (داء
proliferating	تكاثري	disease)	ليفاندوفسكي - لوتز)
enterobiasis	داء السُرميات	epidermolyses/	انحلال البشرة
enzyme – linked	مقايمة الإمتصاص المناعي	epidermolysis	- السمي الحاد
immunosorbent assay	المرتبط بالإنظم (إلزا)	- acuta toxica	- الفقاعي (انظر انحلال
(ELISA)		- bullosa (see	البشرة الفقاعي)
eosinophilic	حمضي	epidermolysis	- التصنيف
- cellulitis	- التهاب الهلل	bullosa)	- غياب الجلد الموضع
- fasciitis	- التهاب الصفاق	- classification	الولادي
- granuloma of bone	- حبيوم العظم	- congenital localized	- الوراثي
- histiocytosis	- كثرة المنسجات	absence of skin	- النخري احتراقي الشكل
- infiltration of the	- ارتشاح الجلد ، الحاد	- hereditary	
skin, acute		- necroticans	
- leukemia	- ايضاض	combustiformis	- اللاحثي
- leukemoid	- ايضاضاني ، شبه	- nondystrophic	- السمي الحاد
	ايضاضي	- toxica actua	انحلال البشرة الفقاعي
- lymphofolliculitis	- التهاب الجريات اللمفي	epidermolysis bullosa	- المكتسب
- pustular folliculitis	- التهاب الجريات البثري	- acquisita	- الحطاطي الأبيض
- pustulosis	- البثار	- albopapuloidea	- غمط أمستردام
- reticulosis	- الشباك	- Amsterdam type	- الضموري (انظر انحلال
ephelides	شمس	- atrophicans (see	البشرة الفقاعي
epidemic typhus	التيفوس الوبائي	epidermolysis bullosa	الضموري)
epidermal	بشروي	atrophicans)	- الحثلي (انظر انحلال البشرة
- cysts	- كيسات	- dystrophica (see	الفقاعي الحثلي)
- cysts, secondary	- كيسات ، ثانوية	epidermolysis bullosa	
- lipid	- شحم	dystrophica)	
- melanin unit	- وحدة الميلانين	- hereditaria (see	- الوراثي (انظر انحلال
- melanocytes	- الخلايا الملانية	epidermolysis bullosa	البشرة الفقاعي الوراثي)
- melanocytic neve	- وححات الخلايا الملانية	hereditaria)	
- nevi	- وححات	- herpetiformis	- حثي الشكل
- pyodermas	- تقيحات الجلد	- junctional	- الموصل
epidermis	البشرة	- letalis	- المميت
- atrophy of	- ضمور	- maculatus type	- الغمط البقيعي
- changes	- تبدلات	- manuum et pedum	- على اليدين والقدمين
- differentiation	- تمايز	aestivalis	الصيفي
- function	- وظيفة	- neurotrophica	- التغذوي العصبي
- proliferation	- تكاثر	(progressiva)	(المترقي)
epidermodysplasia	خلل تنسج (ثدن) البشرة		

- simplex (see epidermolysis bullosa simplex)	- البسيط (انظر انحلال البشرة الفقاعي البسيط)	- cysts, true	- كيسات ، حقيقية
epidermolysis bullosa atrophicans	انحلال البشرة الفقاعي الضموري	- hyperplasia, pseudoepithelioma - tous	- فرط تنسج ، ظهارومي كاذب
- generalisata gravis Herlitz	- المعمم الوخيم هرتز	- mucinosis	- داء موسيني
- generalisata mitis Disentis	- المعمم الخفيف غط ديزنتس	- nevi	- وحمات
- of hands and feet	- على اليدين والقدمين	- root	- جذر
- polydysplastica	- مثلون متعدد	- tumors	- أورام
epidermolysis bullosa dystrophica (pasini)	انحلال البشرة الفقاعي الحثلي (باسيني)	- tumors, benign	- أورام ، سليمة
- Disentis type	- غط ديزنتس	epithelioid cell granuloma	حبيبوم الخلايا الظهارانية
- dominans	- السائد	epithelioma	ظهاروم
- Hallopeau - Siemens	- هالوبو - سيمنس	- adenoides cysticum	- غداني كيسي
- with hypacusis	- مع نقص السمع	- basal cell	- الخلية القاعدية
- hyperplastica	- مفرط التنسج	- basocellulare	- قاعدي الخلايا
- localisata	- الموضع	- contagiosum	- معدي
- nail changes	- التبدلات الظفرية	- cuniculatum	- جحرية
epidermolysis bullosa hereditaria	انحلال البشرة الفقاعي الوراثي	- multiple, self - healing	- متعدد ، شفاء ذاتي
- dystrophica	- الحثلي	- spinocellulare	- شائك الخلايا
- letalis	- المميت	épithéliome calcifié des glandes sébacées	الظهاروم المتكلس للغدد الزهمية
- simplex Kobner	- البسيط لكوبنر	épithéliome papillaire nu	ظهاروم حليمي
epidermolysis bullosa simplex	انحلال البشرة الفقاعي البسيط	épithéliome pavimemteux mixte, intermédiaire	الظهاروم البلاطي المختلط ، المتوسط
- Ogna type	- غط أوغنا	epidemic typhus	التيفوس الوبائي
- Weber - Cockayne	- وير كوكاين	epizoonoses	الأمراض حيوانية المصدر
epidermolytic hyperkeratosis	فرط التقرن الإنحلائي البشرة	EPP (erythropoietic protoporphyria)	ب ب م ح (بروتوبورفيرية المكونة للحمر)
Epidermophyton floccosum	الفطور البشرية الندفية	epulis	ورم لثوي
epidermophytosis	الفطار البشري	- fissuratum	- متشق
epidermopoiesis	تشكل البشرة	erosio interdigitalis blastomycetica	التآكل الفوتي بالفطور اليرعية
epidermotropic reticulosis	الشباك متجه للبشرة	erosions	تآكلات (م : تآكل)
epiloia	ابيلويا	erosive lichen planus	الحزاز المسطح التآكلي
epithelial	ظهاري	- of the mucosa	- على المخاطيات

erosive pustular dermatosis of the scalp	الجلاد البشري التآكلي على الفروة	– malignant	– الخبيثة
eruptive	طفحي	– marginatum	– الهامشية الرئوية
– hidradenoma	– غدوم عرق	rheumaticum	
– lentiginosis	داء الشامات	– migrans acrifforme et palpabile	– الهاجرة
– milia	– دُخْنِيَّات	– migrans borreliosis	– داء البُورليات الهاجر
– vellus hair cysts	– كيسات الشعر الزغبي	– multiforme (see erythema multiforme)	– عديدة الأشكال (انظر الحمامي' عديدة الأشكال)
erysipelas	الحُمرة	– necrolytic migratory	– الانحلالية النخرية الهاجرة
erysipeloid	الحُمرة	– necroticans migrans	– النخرية الهاجرة
erysipelothrix	اعتلال سماقي حمروي شعري	– neonatorum	– الوليدية الأرجية
rhusiopathiae		allergicum	
erythema(s)	الحُمَامِي' (ج : حُمَامِيَّات)	– nodosum (see erythema nodosum)	– العقدة (انظر الحمامي العقدة)
– ab igne	– الاصطلاء (الحرور)	– nodular	– العقيدية
– annulare	– الحلقة النابذة	– palmar	– الراحية
centrifugum		– palmare et plantare hereditarium	– الراحية والأخمصية الوراثية
– annulare familiare	– الحلقة العائلية	– palmare et plantare symptomaticum	– الراحية والأخمصية العرضية
– annulare	– الحلقة الرئوية	– toxic,	– السمية عند الوليد
rheumaticum		neonates/toxicum	
– arthriticum	– المفصالية الوبائية	neonatorum	
epidemicum		erythema multiforme	الحمامي' عديدة الأشكال
– chronicum migrans	– الزمنة الهاجرة	– annuale	– الحلقة
– circinatum	– المتحلقة ، المقوسة	– drug eruptions	– الطفوح الدوائية
– congenital	– الولادية متوسعة الشعيرات	– major form	– الشكل الكبير
telangiectatic		– minor form	– الشكل الصغير
– contagiosum	– المعدية	– postherpetic	– عقب الحلا
– contusiforme	– رضحية المنشأ	– severe form	– الشكل الشديد
– dyschromicum	– الدائمة بخلل اللون	– simplex form	– الشكل البسيط
perstans		erythema nodosum	الحمامي' العقدة
– e pudore	– الحيائية	– gravidarum	– الحملية
– elevatum diutinum	– المرتفعة الدائمة	erythema nodosum	الحمامي' العقدة
– exsudativum	– النضحية عديدة الأشكال	– nodosum – like drug reaction	– التفاعلات الدوائية الشبيهة بالحمامي' العقدة
multiforme		– in pregnancy	– في الحمل
– faciale persistens	– الوجهية الدائمة	erythematobullous drug eruptions	الطفوح الدوائية الحمامية الفقاعية
– figurate	– الشكلية		
– gyratum repens	– المتلفة الزاحفة		
– induratum	– الجاسية		
– infectious/ infectiosum	– الحمجية		

erythematoid	حمامانية	erythrodermie	احمرار الجلد النخالي واللويحي
erythematousquamous	أمراض الجلد الحمامية الوصفية	pityriasique en	المنتثر
skin diseases		plaques disseminées	
erythematous	حمامي	erythrohepatic	بروتوبفيرية الكبدية الدموية
– bullous pemphigoid	– الفقاعاني الفقاعي	protoporphyria	
– mucinosis	– الداء الموصيني	– figurata variabilis	– الشكلية المتغيرة
– skin diseases	– أمراض الجلد	– symmetrica	– المتناظرة المترقية
erythematous –	الطفوح الدوائية الحمامية	progressiva	
hemorrhagic drugs	النزفية	– variabilis	– المتغيرة
eruptions		erythromelalgia	احمرار الأطراف المؤلم
erythematovesicular	الطفوح الدوائية الحمامية	erythromelanos	ملان احمراري بين الجريبات
drug eruptions	الحويصلية	interfollicularis colli	على العنق
erythromelalgia	احمرار الأطراف المؤلم	erythromelia	احمرار الأطراف
erythralgia	احمرار الجلد المؤلم	erythromycin	إريثرومايسين
erythrasmas	وذح	erythroplasia	التنسج الأحمر
erythrocytosis crurum	زراق الساق الاحمراري	erythropoietic	مكون الحمر
puellarum		– porphyrias	– البرفيرية
erythroderma	احمرار الجلد (أحمرية)	– porphyrias,	– البرفيريات الولادية
– exfoliative	– التقشري	congenital (CEP)	
– generalization of	– الجلادات المعممة	– porphyrin – hepatitis	– التهاب الكبد – البرفيرين
dermatoses		– protoporphyria	– بروتوبفيرية
– hematological	– داء دموي	erythrocytosis	إحمرار
disease		– interfollicularis colli	– بين الجريبات على العنق
– lymphatic – leuk –	– ايضاضي لمفي	– peribuccale	– تصبغ حول الفم لبروك
emic		pigmentaire Brocq	
– malignant cutaneous	– لمفومات جلدية خبيثة	– pigmentata faciei	– تصبغ الوجه
lymphomas		– pigmentée	– تصبغ حول الفم
– psoriatic	– الصدفاني	péri – buccale	
– seborrheic	– المني	espundia	اسبونديا (داء الليشمانيات
– T – cell	– خلية ت	(mucocutaneous	الأمريكية الجلدية المخاطية)
– unknown cause	– سبب مجهول	form)	
erythrodermia	احمرار الجلد (أحمرية)	essential congenital	الوذمة اللمفية الولادية
– desquamativa	– التوسفي	lymphedema	الأساسية
– ichthyosiformis	– السماكي الشكل الولادي	essential	فرط الكوليسترولية الأساسية
congenita		hypercholesterolemia	
– ichthyosiformis	– سماكي الشكل الفقاعي	ether, phenol	ايتير ، فينول
congenitalis bullosa	الولادي	ctretinate (tegison,	ايتريتيت (تيغازون)
– psoriatica	– الصدفاني	tigason)	

eucerin	ايوسيرين (نوع من الشحم الصوفي)	exostosis, subungual	عرن ، تحت الظفر
eumelanins	الملائين السوي	exsiccation eczematid	اكزيماتيد جافة
European	الفطار البرعمي الأوربي	extravasations	تسربات
blastomycosis		extravascular	الحبيبوم النخري خارج
euthyroidism,	تدرك حقيقي ، الداء الموسيني	necrotizing	الأوعية ، الجلدي
mucinoses		granuloma,	
exanthem	طفحجية ، الطفح الظاهر	cutaneous	
- coxsackievirus	- حمى كوكساي	extremities,	الأطراف ، تضيق
- drug - induced,	- محدثة بالأدوية ، أرجية	constriction	
allergic			
- drug - induced, toxic	- محدثة بالأدوية ، سمية		
- serum sickness	- داء المصل	Fabry's disease	داء فابري
- subitum	- فجائي	Fabry's syndrome	متلازمة فابري
- subitum, infectious	- فجائية ، أدواء خمجية	facial granuloma	حبيبوم وجهي
diseases		- with eosinophilia	- مع كثرة الحماضات
- three - day - fever	- حمى الأيام الثلاثة	facies scarlatinosa	سحنة قرمزية
excision repair	استئصال ترميمي	factitial	مفتعل
excoriations	تسحجات (م . تسحج)	- dermatitis	- التهاب الجلد
exertion urticaria	شرى الجهد	- diseases	- أدواء ، أمراض
exfoliation	تقشر	- lymphedema	- وذمة لمفية
- linguae areata	- اللسان الباهي (البقي)	- panniculitis	- التهاب السبلة الشحمية
- manuum areata	- اليد الباهية / البقية	factor VII deficiency	عوز العامل السابع
- oleosa neonatorum	- الزيتي الوليدي	factor VIII deficiency	عوز العامل الثامن
exfoliative	أحمرية تقشرية	factor XII deficiency	عوز العامل الثاني عشر
erythroderma		facultative	مقدمات السرطان الاختيارية
exocytosis	تسرب خلوي	precanceroses	
exogenous	خارجي المنشأ	false knuckle pad	وسادات البراجم الكاذبة
- dyschromias	- خلل اللون	falsepox	الجدري الكاذب (الطفح الكاذب)
- heterochromia	- مغاير اللون		
- hyperlipemia	- فرط دهن الدم	familial	عائلي
- ochronosis	- المغرانية	- atypical multiple	- الوحومات المتعددة الشاذة
- telangiectasia	- توسع الشعيرات	mole	
- variant of	- نوع من الصفروم الكاذب	melanoma syndrome	متلازمة الملائوم
pseudoxanthoma	المرن عند مزارع مسن	- chronic	- داء المبيضات الجلدي
elasticum of the aged		mucocutaneous	المخاطي المزمن
farmer		candidosis	
Exophiala	اكسوفيليا (العفن المسبب للسعفة السوداء)	- hypercholesterolemia	- فرط الكوليسترولية

- hyperchylomicron - emia	- فرط الكيلو مكرونات (الدقائق الكيلوسية)	fatal cutaneous intestinal syndrome	متلازمة الجلد والأمعاء الميتة
- hyperlipoproteine - mias	- فرط بروتينات الدم الشحمية	fatty ointments	مراهم دهنية / شحمية
- idiopathic hypercholesterolemic xanthomatosis	- الورام الأصفر مفرط الكولسترولية الغامض (الذاتي)	fatty tissue	نسيج دهني / شحمي
- lipogranulomatosis	- الورام الحبيبي الشحمي	- newborn	- وليد
- pachydermoperiosis - tosis	- ثخن الجلد والسحقاق	- subcutaneous	- تحت الجلد
- rosacea - like dermatosis	- الجلاد المشبه بالعد الوردي	Favre - Racouchot syndrome	متلازمة فافر - راکوشو
- thrombocytopenia with eczema	- قلة الصفيحات مع الإكزيمة	favus (ringworm)	قرعة (سعفه)
- xanthelasma without hyperlipoproteinemia	- اللويحات الصفراء دون فرط بروتينات الدم الشحمية	febrile mucocutaneous lymphadenopathy syndrome, acute	متلازمة اعتلال العقد اللمفية الجلدية المخاطية الحمية ، الحادة
Fanconi's anemia	- فقر الدم لفانكوني	febrile neutrophilic dermatosis, acute	الجلاد العدل الحُمي ، الحاد
Farber's disease	- داء فاربر	febris melitensis	الحُمى المالطية
fasciitis	- التهاب اللفافة	febris undulans	الحُمى المتعوجة
- eosinophilic	- الحمضي	Feer's disease	داء فير
- nodularis pseudosarcomatosa	- العقيدي الغرني الكاذب	feet/foot	قدم (ج : أقدام)
- ossificans	- تعظم	- athlete's	- الرياضيين
Fasciolopsis buski	- الشريطية البسكية (ديدان)	- atopic winter	- التأتبي الشتوي
fat	- دسم ، دهن	- burning feet syndrome	- متلازمة القدم الحارقة
- and carbohydrate - induced hyperlipidemia	- والسكريات المحدثه لفرط شحوم الدم	- collagenous plaques	- لويحات مغرائية (كلاجنينية)
- emboli	- الصمات	- connective tissue disease	- داء النسيج الضام
- necrosis of the newborn, subcutaneous	- نخر الوليد ، تحت الجلد	- eczema, hyperkeratotic fissured	- الإكزيمة ، مفرطة التقرن والمتشققة
- sclerema of the newborn	- صلدمة الوليد	- eczema, tylotic	- إكزيمة ، ثفانية
- sclerosis, symmetrical	- تصلب ، متناظر	- epidermolysis bullosa	- انحلال البشرة الفقاعي
- syndrome, painful	- متلازمة ، مؤلمة	- false foot - and - mouth disease	- داء القدم والفم الكاذب
- synthetic	- تركيب	- foot - and - mouth disease virus (FMD virus)	- حمة داء القدم والفم
- wool	- صوف	- forefoot eczema	- إكزيمة مقدمة ظهر القدم
		- hand - foot - mouth exanthem	- طفحية اليد والقدم والفم

- ichthyosis	- سماك	- scarlet, infectious diseases	- قرمزية ، أدواء خمجية
- Madura	- مادورا	- South African tickbite	- عضبة القراد في جنوب إفريقيا
- mycosis	- فطار	- three-day fever exanthem	- طفح حُمى الثلاثة أيام
- recurrent bullous eruption	- الطفح الفقاعي الراجع	- tsutsugamushi	- تسوتسو غاموشي
- ringworm	- سعفة	- undulant	- متموجة
female external genitalia	الأعضاء التناسلية الخارجية الأنثوية	- valley	- الوادي
- sebaceous glands	- غدد زُهمية	fibroadenoma of the breast	الغُدوم الليفي للثدي
female pattern hair loss	فقد الأشعار من النموذج الأنثوي	fibroepithelial tumor	ورم ظهاري ليفي
Fernandez reaction	تفاعل فيرنانديز	- premalignant	- مقدمة الحياة
fetal osteoporosis	تخلخل العظام الجنيني	fibroepithelioma	ظهاروم ليفي
fetus, harlequin	الجنين ، الهارج	- fibrokeratoma, acquired	قرنوم ليفي ، مكتسب
Feuerstein - Mims syndrome	متلازمة فرشتاين - ميمس	fibrolipoma	شحوم ليفي
fever	حمى	fibroma	- ليفوم
- aphthous	- قلاعية	- axillary	- إبطي
- blister	- نفاطية	- cervical	- رقبي
- boutonneuse	- حمى	- dermatofibroma	- ليفوم جلدي
- deer fly	- ذباب الأيل	- dermatofibrosis	- تليف جلدي عدسي منتشر
- dumtum	- دم دم	lenticularis	
- glandular	- غدنية	disseminata	
- glandular, Pfeiffer's	- غدي (حمى بفيفر الغدية)	- durum	- صلد ، قاسي
- Haverhill	- هافر هيل	- of the fingers, multiple	- على الأصابع ، متعدد
- lemming	- اللاموس (قوارض)	- hard	- قاسي
- Malta	- مالطية	- molle	- ارتخاء
- Mediterranean	- البحر الأبيض المتوسط	- pendulum	- نواسي
- Oroya	- أورويا	- simplex	- بسيط
- Q fever	- حمى كيو	fibromatosis	ورام ليفي
- Q fever, rickettsia diseases	- حمى كيو ، أدواء الركتيسية	- aggressive, infantile	- عدواني ، طفلي
- rat - bite	- عضبة الجرذ	- cutis, perfollicular, with colon polyps	- جلدي ، حول الجريبي مع سلائل (سليلات) قولونية
- rickettsial	- ركتيسائية	- digital, Infantile	- أصبعي ، طفلي
- Rocky mountain spotted	- الجبال الصخرية المبقعة	- hyalin, juvenile	- هيايني ، فتري
- scarlet	- قرمزية	- plantar	- أخمصي

– pseudosarcomatous, subcutaneous	– غربي كاذب ، تحت الجلد	and periostosis	سمحافي
fibrome en pastille	ليفوم قريحي	– mucoid dorsal cyst	– كيسة مخاطانية ظهرية
fibrosarcoma	غرن ليفي	– multiple fibroma	– ليفوم متعدد
fibrosis nodularis nasi	تليف عقيدي أنفي	– paroxysmal finger hematoma	– ورم دموي انتياني على الإصبع
fibrosis, nodular, subepidermal	تليف ، عقيدي ، تحت البشرة	– sucker's callus	– ثفن المحجم
fibrous papule of the nose	الحطاطة الليفية على الأنف	– white	– أبيض
fibroxanthoma, atypical	صفروم ليفي ، لا نموذجي	– warts	– ثآليل
field cancerization	حقل التسرطن	fish odor syndrome	متلازمة رائحة السمك
Fiessinger – Leroy syndrome	متلازمة فيسنجر – ليري	fissures	شقوق
Fiessinger – Rendu syndrome	متلازمة فيسنجر – ريندو	fistula(s)	ناسور [ج : نواسير]
fifth	الخامس	– branchial	– غلصمي
– disease	– الداء	– ear	– في الأذن
– obligate cutaneous paraneoplasia	– مواكب الورم الجلدي الإاجاري	– labial	– شفوي ، شفري
– phakomatosis	– أدواء العدسيات	– neck	– في العنق
fig warts	ثآليل تينية	– odontogenous	– سني المنشأ
figurate erythemas	حمامات شكلية	fistulated comedones	زؤان متنوسر
filarial elephantiasis	داء الفيل بالخيطات	fixed drug eruption	طفح دوائي ثابت
filiarosis	داء الخيطات	flatworms	ديدان مسطحة
filiform verrucae	ثآليل شائعة خيطية الشكل	(platyhelminthes)	
vulgares		flea(s)	برغوث [ج : براغيث]
fillagrin	فيلاغرين (بروتين يدخل في تركيب القرنين)	– flea bite	– عضه البرغوث
finger(s)	اصبع (ج : أصابع)	– human	– إنساني
– aploplexy	– سكتة	– sand	– رملي
– chubbing (hippocratic)	– متمجرة (أبو أبقراطيه)	flexural eczema	إكزيمة الثنيات
– contraction, Dupuytren's	– تقفع ، دوبران	flexures, reticulated pigmentary dermatosis	الثنيات ، جلاد تصبغي شبكي
– cyst, myxoid	– كيسة ، مخاطانية	flies	ذباب
– dead	– ميت	– gadflies (Tabanus)	– ذباب الخيل (الثعرة)
– drumstick	– مقرعة الطبل	– house	– منزلي
– idiopathic clubbed,	– متمجرة غامضة ، وتعظم	– stable	– الإسطبل
		flocculation reaction	تفاعل ندلي
		flora of the skin, bacterial	نبات الجلد ، الجرثومي
		florid oral papillomatosis	ورام حليمي فموي زهري
		flukes	ديدان مثقوبة
		5 – fluorouracil	5 – فلوروراسيل

fluorescent treponemal antibody (FTA) test	اختبار أضداد اللولبيات التآلقي	follicular	- جريبي
fluorescent treponemal antibody absorption (FTA - ABS) test	اختبار امتصاص أضداد اللولبيات التآلقي	- chancroid (miliary follicular chancre)	- قريح (قرح جريبي دخني)
fluorinated corticosteroids in psoriasis	الستيروئيدات المفلورة في الصدف	- infundibulum, tumor	- قمعي ، ورم
flushing	البيغ	- keratoses/keratosis	- تقران
- acute	- الحاد	- keratoses/keratosis, inverted	- تقران ، مقلوب
- alcohol	- الكحولي	- lichen planus	- حزاز مسطح
- carcinoid syndrome	- متلازمة السرطاوي	- lymphoblastoma	- ورم أرومي لمفاوي
- causes	- الأسباب	- mucinosis	- داء مخاطيني
- mechanisms	- الآليات	- mucinosis, idiopathic form	- داء مخاطيني ، الشكل الغامض
- phenomenal	- الظاهرة	- poroma (acrotrichoma)	- ورم مسامي (شعروم النهايات)
FMD virus (foot - and - mouth disease virus)	حمة داء الفم والقدم	- psoriasis	- صدف
foam cells	خلايا رغوية	- pyoderma	- تقيع الجلد
facal	بؤري	- tumors	- أورام
- dermal hypoplasia	- نقص تنسج جلدي	folliculitis	التهاب الجريبات
- epithelial hyperplasia (Heck's disease)	- ثدن (فرط تنسج)	- of the beard region	- في منطقة الذقن
- epithelial hyperplasia	ظهاري (داء هيك)	- (barbae)	- (اللحية) المبيضات
- lichen planus	- حزاز مسطح	candidomycetia	- الشعرية الخاص
Fölling's disease	داء فولينغ	- decalvans capillitii	- الخاصة على الوجه
fogo selvagem	النار المتوحشة	- decalvans faciei	- إكزيمي على اللحية
folded	تقي ، تطوي	- eczematosa barbae	- إكزيمي في دهليز الأنف
- pachydrema	- ثخن الجلد	- eczematosa vestibuli nasi	- سلبى الغرام
- skin, generalized	- الجلد ، المعمم	- gram - negative	- الجُدري
- skin with scarring	- الجلد مع ندبات	- keloidalis	- العميق الندبي
folic acid	حمض الفوليك (حمض بروجيل غلوتاميك)	- profound scarring	- التصليبي على القفا
(pteroylglutamic acid)		- sclerotisans nuchae	- البسيط على اللحية
follicles	جريات	- simplex barbae	الفونسيكية (فطر مسبب لللفطار الصباغي)
- hair	- الشعر	Fonsecaea	قدم (انظر القدم)
- miniature	- ضمور (صغر)	foot (see/foot)	داء فوردائيس
- mite	- سوس	Fordyce's disease	غدد فوردائيس
- sebaceous	- زهمي	Fordyce's glands	الناصية (الغرة) ، البيضاء
		forelock, white	الداء العليقي ، في الغابات
		forst yaws	

formaldehyde فورم الديبيد
 formulae صيغ (م : صيغة)
 – antipruritic – مضاد للحكة
 fourth disease الداء الرابع
 Fox – Fordyce disease داء فوكس – فوردايس
 Fox – Fordyce spots بقع فوكس – فوردايس
 fragilitas ossium هشاشة عظمية
 frambesia الداء العليقي (البوز)
 framycetin فراميسين
 Francisella tularensis infection نحمج بالفرانسيزيلا التولارمية
 freckle – like spots in the axilla البقع المشبهة بالتمش في الإبط
 – neurofibromatosis generalisata – ورام ليفي عصبي معمم
 freckles/freckling تمش
 – axillary – إبطي
 friction bullae فقاعات بالإحتكاك
 frictional lichenoid التهاب الجلد الحزازاني
 dermatitis of children بالإحتكاك عند الأطفال
 frictional lichenoid eruption طفح حزازاني بالإحتكاك
 Fritz – Hugh – Curtis syndrome متلازمة فريتز – هواغ – كورتيس
 frostbite عضمة الصقيع / شرث
 FTA (fluorescent treponemal antibody) test اختبار أضداد اللولبيات التآلقي
 FTA – ABS (fluorescent treponemal antibody absorption) اختبار امتصاص اللولبيات التآلقي
 Fuchs syndrome متلازمة فوكس
 fulminant انتان خاطف بالمكورات السحائية
 meningococcal sepsis الفرفرية الخاطفة
 fulminating purpura الفطور
 fungi – تصنيفها
 – classification – زرعها
 – culture

– imperfecti – غير النامة
 – medically important – أهميتها الطبية
 – morpholog – شكلها
 – reproduction – توالدها (تكاثرها)
 furrowed tongue اللسان الأخلودي
 furuncle دُمْل
 furunculosis دُمَال
 fusidic acid حمض الفوسيديك

G

gadflies (Tabanus) ذبابة الخيل
 galactosemia غلاكتوزمية
 galactokinase عوز غلاكتوركيناز
 deficiency الفروة ، غرن أرومي وعائي
 galea, angioplastic sarcoma كمي غالفاني
 galvanoetching اعتلال غلوبيني ، اعتلال غامي
 gammopathies – الغلوبلين المناعي A
 – IgA – الغلوبلين المناعي D
 – IgD – الغلوبلين المناعي E
 – IgE – الغلوبلين المناعي G
 – IgG – وحدة النسيلة
 – monoclonal – متعددة النسائل
 – polyclonal عقدة (ج : عقد)
 ganglion غانغليوسيدوز GM1
 gangliosidosis, GM1 غانغليوسيدوز GM2
 gangliosidosis, GM2 موتات
 gangrene – سكري
 – diabetic – الأعضاء التناسلية الذكورية
 – of the male genitalia, acute الحاد
 – of the skin, postoperative المتلقي
 – progressive – بالعقديات
 – streptococcal التهاب مواتي على القضيب
 gangrenous التهاب فم مواتي
 inflammation penis
 gangrenous stomatitis

Gardner's syndrome	متلازمة غاردنر	geographic psoriasis	صداف جغرافي
Gardnerella	غاردنريلا	geographic tongue	لسان جغرافي
- Vaginalis inection	- خمج مهبل	Gerhardt's syndrome	متلازمة جيرهارد
- vaginalis infection,	- خمج مهبل ، نجيج مهبل	German measles	الحصبة الألمانية
vaginal discharge		germinoblastic sarcoma	غرن الأرومة المنتشة
- vaginitis	- التهاب المهبل	Gianotti - Crosti disrase	داء جيانوتي - كروستي
- urethritis	- التهاب الإحليل	giant	عملاق
Gaucher's disease	داء غوشي	- basal cell carcinoma	- سرطانة قاعدية الخلايا
gels	هلامات (م : هلامة)	- basaloma	- قاعدوم / ورم أو سرطان
- hydrogels	- هلامات مائية	- cell arteritis	- خلية التهاب الشرايين
- lipogels	- هلامات شحمية	- cell histiocytoma	- ورم الخلايا المنسجة ، ورم
(Water - soluble	(أساسات ذوابة في الماء)		المنسجات
bases)		cell tumor of the tendon	- ورم خلايا غمد الوتر
generalized	معمم	sheath	
- chondromalacia	- تلين الغضروف	- comedones	- زؤان
- elastosis	- مران	- lichenification	- تحزز
- folded skin	- جلد مطوى	- pigment nevus	- وحة مصطبغة
- pustuloses	- بثار	- warts	- ثآليل
general paralysis of the	شلل معمم عند المجنون	Gilchrist's disease	داء جيلكريست
insane		gingiva	اللثة
general paresis	خزل معمم	- rare syndromes	- متلازمات نادره
genital	تناسلي	gingivitis	التهاب اللثة
- atrophy, primary	- ضمور ، أولي	- erosiva marginalis	- التآكلي الهامشي
genital	تناسلي	- hyperplastica	- مفرط التنسج
- atrophy, senile	- ضمور ، شبيخي	ginginostomatitis	التهاب اللثة والفم
- carcinoma, herpes	- سرطانة ، حلاً تناسلي	- acute	- الحاد
genitalis		- chronic	- المزمن
- mycoplasmas	- المفطورات	- herpetica	- الحلثي
- papulosis, bowenoid	- الحطاط ، البوفاني	gland(s)	غدة (ج : غدد)
genitalia, external,	أعضاء التناسل ، الخارجية ،	- Bartholin's	- بارتولين
female (see also	الأنثوية (انظر الإناث	- cheilitis, glandular	- التهاب الشفة ، الشكل
female)	أيضاً)	form	الغدي
genitalia, male, acute	أعضاء التناسل ، الذكورية ،	- Fordyce's	- فوردايس
gangrene	الموات الحاد	- hyperplasia,	- فرط تنسج ، زهمي محدد
genophenotypic	الصداف من النمط الجيني	circumscribed	
psoriasis	الظاهري	sebaceous	
genotypic psoriasis	صداف من النمط الجيني	- nevus, senile	- وحة ، زهمية شيخية
gentamicin	جنتاميسين	sebaceous	
genuine hyperhidrosis	فرط التعرق العاطفي		

– sebaceous (see gland, sebaceous)	– زهمي (انظر الغدد ، الزهمية)	glucuronidase deficiency	عوز غلوكورونيداز
– secretion, sebaceous	– افراز ، زهمي	glutaraldehyde	غلوتارا الدهيد
– sweet (see glands, sweat)	– العرق (انظر الغدد ، العرقية)	glycogenosis	تكون السكر
– Theodor's	– تيودور	glycosphingolipid, genetic enzyme defect	الشحميات السكرية السفنغولية ، عيب إنظيمي وراثي
– tumor, sweat	– ورم ، عرق	GM1, gangliosidosis	GM1 ، غانغليوسيدوز
– Tyson	– تيسون	GM2, gangliosidosis	GM2 ، غانغليوسيدوز
gland(s), sebaceous	– غدة (ج : غدة) ، زهمية	gnat, common	بعوضة ، عامة
– ectopic	– متبذة	gnatophyma	قيمة الزمن
– female external genitalia	– الأعضاء التناسلية الخارجية الأنثوية	Golgi – Mazzoni corpuscles	جسيمات غولجي – مازوني
– heterotopic	– غيرية التوضع	Goltz – Gorlin syndrome	متلازمة غولتز – غورلين
gland(s), sweat	– غدة (ج : غدد) ، عرقية	gonococcal endocarditis	التهاب الشغاف بالمكورات البنية
– abscesses in neonates	– خراجات في الولدان ، متعددة	– sepsis	– الإلتاني
multiple	– مفترزة	– infection, disseminated	– الخمجي ، المنتشر
– apocrine	– ناتحة	gonorrhea	سيلان
– eccrine	– تقيحات الجلد	– acute	– حاد
– pyoderma	– الرغام	– chronic	– مزمن
glanders	– حمى غدية	– confirmation of cure	– اثبات الشفاء
glandular fever	– حشفة القضيب	– examination for syphilis	– فحص للإفرنجي
glans penis	– متلازمة غلانزمان – نيجيلي	– follow – up examination	– فحص للمتابعة
Glarzmann – Naegeli syndrome	– وعاءوم كبي	– gram stain	– ملون غرام
glomangioma	– ورم كبي	– men	– رجال
glomus tumor	– تحت الظفر	– men, diagnosis	– رجال ، تشخيص
– subungal	– التهاب اللسان المتوسط العيني	– oropharyngeal	– حلقومي
glossitis mediana rhombica	– التهاب اللسان ، مولير – هنتر	– paragonorrheal disease	– داء نظير السيلاني
glossitis, Moeller – Hunter	– ألم اللسان	– rectal	– شرجي
glossodynia	– البسيط	– treatment	– معالجة
– simplex	– حرقة اللسان	– urinary tract	– المسيل البولي
glossopyrosis	– الستيروئيدات ، حثل شحمي	– vaginal discharge	– نجيح مهلي
glucocorticosteroids, lipodystrophy	– عوز غليكوز ٦ فوسفات	– women	– نساء
glucose – 6 – phos – phatase deficiency			

- women, diagnosis	- نساء ، تشخيص
gonorrheal	سيلاني
- adnexitis	- التهاب الملحقات
- bartholinitis	- التهاب غدة برتولين
- cervicitis	- التهاب عنق الرحم
- conjunctivitis	- التهاب الملتحمة
- disease, extragenital	- داء ، خارج تناسلي
- endometritis	- التهاب بطانة الرحم
- epididymitis	- التهاب بريدج
- monoarthritis	- التهاب المفصل
- paragonorrheal disease	- الداء نظير السيلاني
- perihepatitis, acute (Fritz - Hugh - Curtis syndrome)	- التهاب حول الكبد ، الحاد (متلازمة فريتز ، هوغ ، كورتيس)
- perioophritis	- التهاب حول المبيض
- prostatitis	- التهاب الموثة
- salpingitis	- التهاب البوق / النفير
- seminal vesiculitis	- التهاب الحويصل المنوي
- urethritis	- التهاب الإحليل
- vulvovaginitis	- التهاب الفرج والمهبل
- vulvovaginitis	- التهاب الفرج والمهبل ، عند البالغين
- vulvovaginitis, infants	- التهاب الفرج والمهبل ، عند الرضع
Gorlin - Goltz syndrome	- متلازمة غورلين - غولتز
Gottron's	- غوترون
- reticulosarcomatosis	- غران شبكي
- sign	- علامة
- syndrome	- متلازمة
Gougerot's tri - (penta) symptomatic disease	- الداء الثلاثي (الخماسي) العرضي لكوجرو
Gougerot - Carteau syndrome	- متلازمة غوجرو - كارتو
gout tophi	- ثُوف النقرس
gout, pseudogout	- النقرس ، النقرس الكاذب
gram - negative folliculitis	- التهاب الجريبات سلبي الغرام

granular	الحبيبي
- cell myoblastoma	- ورم الأرومة العضلية
- cell tumor	- ورم الخلايا
- degeneration	- التنكس
- gigantism, constitutional	- العملاقة ، البنيوي
- layer (stratum granulosum)	- الطبقة (الطبقة الحبيبية)
granuloma	حبيوم
- annulare (see granuloma annulare)	- حلقي (انظر الحبيوم الحلقي)
- atypical or pseudopyogenic	- لا نموذجي ، أو مقيع كاذب
- axillary	- إبطي
- Churg - Strauss	- شارح - ستراوس
- coccidioides	- الكروانية
- deodorant	- مزيل الرائحة
- eosinophilicum faciei	- حمضي وجهي
- of the face, lethal midline	- الوجه ، المميت المتوسط
- fissuratum	- منشق
- fungoides	- فطرائي
- gangraenescens nasi	- مواني أنفي
- giant cell, juvenile	- الخلايا العملاقة ، الفتوي
- gluteale infantum	- الألوي الطفلي
- inguinale	- أربي
- lipophagic	- ابتلاع الشحم
- Miescher's, face	- ميشير ، على الوجه
- multiforme	- متعدد الأشكال
- of the nose, malignant	- على الأنف ، الخبيث
- paracoccidioides	- نظير الكرواني
- pyogenicum	- مقيع
- reticulohistiocytic	- منسجي شبكي
- telangiectaticum	- متوسع الشعيرات
- trichophyticum	- شعروي
- venereum	- زهري
- zirconium	- زرقونيوم
granuloma annulare	حبيوم حلقي

- disseminatum - منتشر
 - perforans - ثاقب
 - special forms - أشكال خاصة
 - subcutaneous types - أنماط تحت الجلدية
 granulomatosis ورام حبيبي
 - allergic - أرجي
 - disciformis chronica - قرحي الشكل مزمن ومترقى
 et progressiva
 - tuberculoides pseu - درني الشكل ذو صلابة
 dosclerodermiformis كاذبة
 granulomatous حبيبي
 - dermatitis - التهاب جلد
 - dermatitis with - التهاب جلد مع كثرة
 eosinophilia, الحمضات ، راجع
 recurrent
 - diseases - أدواء
 - rosacea - العد الوردي
 - vasculitis - التهاب أوعية
 granulosis rubra nasi حباب أنفي أحمر
 granulosis/ حباب (تحبب) / فرط
 hypergranulosis التحبب
 graying hair, caused by الشعر الرمادي / الشايب ،
 drugs محدث بالأدوية
 green hair الشعر الأخضر
 Greither's syndrome متلازمة غريتر
 grenz ray therapy المعالجة بأشعة غريز
 Grönblad - Strandberg متلازمة غرونبلاد -
 syndrome سترانديبرغ
 group allergy أرج الزمرة
 Grover's disease داء غروفر
 growth phase, hair cycle طور النمو ، دورة الشعرة
 Guarnieri's bodies أجسام غوارينييري
 Gönther's disease داء غونثير
 gustatory hyperhidrosis فرط التعرق اللثوي
 guttate نقطتي
 - hypomelanosis, - نقص الميلانين ، الذاتي
 idiopathic
 - morphea قشعبة (تصلب جلد)
 (scleroderma)

- parapsoriasis - نظير الصدف
 - parapsoriasis, acute - نظير الصدف ، الحاد
 - parapsoriasis, - نظير الصدف ، المزمن
 chronic
 - psoriasis - الصدف

H

Haber's syndrome متلازمة هابر
 habitual aphthae قلاع اعتيادي
 Haemophilus ducreyi عصبيات دوكري المحبة للدم
 Haemophilus vaginalis التهاب المهبل بمحبات الدم
 vaginitis المهلية
 Hagemann defect عيب هاجمان
 Hailey - Hailey disease داء هيله - هيله
 hair أشعار
 - atrophic disease with - داء ضموري مع أشعار لمية
 tufted hairs
 - bamboo - خيرزانية
 - canal - قناة
 - changes in the shaft - تبدلات في الجدل / السقية
 - color - اللون
 - cuticle - قشيرة
 - cycle (see hair cycle) - دورة (انظر دورة
 الأشعار)
 cysts, eruptive vellus - كيسات ، زغب طفحي
 - deformation - تشوه
 - deformation, - تشوه ، عابر
 temporary
 - disease, kinky - داء ، ملتوي
 - disease, steely - داء ، صلب / فولاذي
 - disk tumor - ورم قريصي
 - dystrophic - حثلي
 - exogenous damage - تخريب خارجي المنشأ
 - follicle (see hair - جريبي (انظر الجريب
 follicle(s)) الجريبات (الشعري)
 - green - أخضر
 - growth abnormalities - شذوذات النمو
 - growth, hormonal - النمو ، تأثير هرموني
 influence

- keratin	- قرنين	- nevus	- وحة
- kinky disease	- داء ملتوي	- pyodermas	- تقويضات الجلد
- lanugo	- زغب	hair loss	- ضياع / فقد الأَشعار
- loss (see hair loss)	- ضياع (انظر ضياع الأَشعار)	- anagen - dystrophic	- طور النمو - الحثلي
- matrix	- مَطْرَق	- female pattern	- نموذج أنثوي
- matrix, degeneration	- مطرق ، تنكس	- male pattern	- نموذج ذكري
- nevi/nevus (nevus pilosus)	- وحامات/ وحة (وحة مشعرة)	- telogen	- إنتهاء النمو
- nevi/nevus, woolly	- وحامات/ وحة ، صوفية	hair - nest sinus	- جيب عش الشعر
- permanent waves	- تموجات دائمة	hairdressers	- المزين ، الحلاقون
- pulling, morbid	- جر ، مرضي	- contact dermatitis and eczema	- التهاب الجلد التماسي والأكزيمة
- ringed	- حلقي	- granuloma	- حبيوم
- rolled hair cysts	- كيسات الأَشعار المدورة	- trichogranuloma	- حبيوم شعري
- root status (trichogram)	- حالة الجذر (محطط الأَشعار)	hairy	- شعري ، مشعر
- shaft	- جدل (ج : أجدال) ، سقيمة	- cell leukemia	- ابيضاض خلوي
- spun glass	- كأس (زجاج) مغزلي	- leukoplakia, oral	- طلاوان ، فموي
- structure	- بنية	- tongue	- لسان
- syndrome	- متلازمة ، شفاء	half - and - half nail	- متناصف الأظفار
- terminal	- نهائي	Hallopeau - Siemens syndrome	- متلازمة هالوبو - سيمنس
- testosterone	- تستوستيرون	halo melanocytic nevus	- وحة الخلايا الملانينية الهالية
turning white overnight	- دوران أبيض أثناء الليل	halo nevus	- الوحة الهالية
- twisted	- مبرومة/ مفتولة	halogenated compounds	- مركبات هالوجينية
- types	- أنماط	halogens	- هالوجينات
- uncombable	- غير قابل للتمشيط	haloprogin	- هالوبروجين
- vellus	- زغب	hamartoma syndrome, multiple	- متلازمة الورم العائي ، المتعدد
- woolly	- صوفي	hand(s)	- اليد (ج : اليدين)
hair cycle	- دورة الشعرة	- acrokeratoelastosis marginalis	- المران التقرني الهامشي في النهايات
- anagen phase	- طور النمو والمولد	- collagenous plaques	- اللويحات المغرائية (الكولاجينية)
- catagen phase	- طور الهبوط والتراجع (التقويض)	- connective tissue disease	- داء النسيج الضام
- growth phase	- طور النمو	- eczema, hyperkeratotic fissured	- الإكزيمة ، مفرطة التقرن والمتشققة
- rest phase	- طور الراحة	- eczema, tylotic	- إكزيمة ، ثفانية
- telogen phase	- طور إنتهاء النمو		
- transitional phase	- طور إنتقالي		
hair follicle(s)	- جريب (ج : جريات) الشعرة		

- epidermolysis bullosa	- انحلال البشرة الفقاعي	- radiant	- التشعيع
- hand - foot - mouth exanthem	- طفحية الفم - اليد - القدم	- scaling	- تقشر
- ichthyosis	- سماك	- urticaria	- شرى
- paroxysmal hematoma	- ورم دموي إنتيابي	heavy chain disease	داء السلسلة الثقيلة
- recurrent bullous eruption	- طفح فقاعي راجع	heavy metal salts	أملاح معدنية ثقيلة
- region, zoster	- ناحية ، النطاق	Heberden's arthritis	التهاب المفصل لهيبردين
- warts	- ثآليل	Heberden's nodes	عقد هيبردين
hand - foot - and mouth disease	داء الفم - اليد والقدم	Hebra's waterbed	السري المائي لهبرا
Hand - Schüller - Christian disease	داء هاند - شوللر - كريستيان	Heck's disease (focal epithelial hyperplasia)	داء هيك (التذن الظهاري البؤري)
hangnails	سأف الأظفار ، نثرة حول الأظفار	heel, multiple fatty tissue hernias	العقب ، فتوق النسيج الدهني المتعدد
Hansen's disease	داء هانسن	Heerfordt's syndrome	متلازمة هيرفورد
hanseniasis	داء هانسن (مرادف للجذام)	heliobalneotherapy	المعالجة بالحمامات الشمسية
hard fibroma	ليفوم قاسي	heliodermatitis	التهاب الجلد الشمسي
hard plague	طاعون الأرنب الوحشي	heliotalassotherapy	المعالجة البحرية الشمسية
harlequin fetus	الجنين المارج أو المهرج	heliotherapy	المعالجة الشمسية
Hartnup disease	داء هارتنب	hemangiectasia	توسع الأوعية الدموية الضخامي
Hartnup syndrome	متلازمة هارتنب	hypertrophicans	البطانوم الوعائي الدموي ، الخبيث
harvest itch	حكة الحصاد	hemangioendothel - ioma, malignant	وعاؤوم دموي
Haverhill fever	حمى هافرهيل	hemangioma	وعاؤوم دموي كهفي
HCP (hereditary coproporphyrria)	كبرويرفيرية الوراثية	hemangioma - cavernosum/caver - nous	
HDLs (high - density lipoproteins)	بروتين شحمي رفيع الكثافة	- of the lips	- على الشفتين
head louse	قمل الرأس	- planum	- مسطح ، منبسط
heart and blood vessels, tertiary syphilis	الأوعية القلبية والدموية ، الإفنجي الثالثي	- senile	- شيخخي
heat	حرارة	hemangioma - thrombocytopenia syndrome	متلازمة الوعاؤوم الدموي - قليل الصفائح
- contact urticaria (see also urticaria)	- شرى التماس (انظر الشرى أيضاً)	hematogenous allergic	أرجي دموي المنشأ
- prickly	خَصَف الحر (الدخنية الحمراء)	- contact dermatitis	- التهاب الجلد التماسي
		- contact eczema	- اكزيمة تماس
		- dyshidrosiform eczema	- اكزيمة خلل التعرق
		hematogenous metastases	نقائل دموية المنشأ

hematogenous	أرج ضيائي دموي المنشأ ،	hemostasis, vascular	إرقاء ، الإضطرابات الوعائية
photoallergy,	مجموعي	disorders	
systemic		HEP (hepatoerythr –	البرفيرية المكونة للدم الكبدية
hematolymphangioma	وعاؤوم دموي لمفي كيسبي	opoietic porphyria)	
circumscriptum	محدد	hepatic porphyrias	برفيرية كبدية
cysticum		– mixed	– مختلطة
hematoma	ورم دموي (دموم)	hepatitis, acute	التهاب كبد ، التهاب حول
hematoxylin bodies	أجسام الهيماتوكسيلين	gonorrheal	الكبد السيلاني الحاد
heme biosynthetic	طريقة الميم ثنائية التركيب	perihepatitis	
pathway		hepatocerebral	تنكس دماغي كبدي
hemiatrophia faciei	ضمور الوجه الشقي المترقي	degeneration	
progressiva		hepatoerythrocytic	برفيرية الكريات الحمر
hemochromatosis	صباغ دموي	porphyria	الكبدية
hemolytic anemia	فقر دم الانحلالي	hepatoerythropoietic	البرفيرية المكونة للدم الكبدية
hemophilia	الناعور	porphyria (HEP)	
hemophilia B	الناعور ب	hereditary	وراثي
hemorrhages, artificial	نزوف ، صناعية	– angioedema	– وذمة وعائية
hemorrhages, factitial	نزوف ، مفتعلة	– congenital	– وذمة لمفية ولادية
hemorrhagic	نزفي	lymphedema	
– bullous cutaneous	– الداء النشواني الجلدي	– coproporphyria	– كوبروبرفيرية
amyloidosis	الفقاعي	– dysplastic nevus	– متلازمة الوحمة المثلثية
– contact dermatitis	– التهاب الجلد التماسي	syndrome	
– contact eczema	– إكزيمة تماس	– epidermolyses	– انحلال البشرة
– coumarin necrosis	– نخر بالكومارين	– keratoses	– تقرانات
– diathesis of the	– أهبة الوليد	– mucopolysacchari –	– داء عديدات السكاريد
newbron		doses	المحاطية
– disorders	– اضطرابات	– primary	– الوذمة اللمفية البدئية
– disorders,	– اضطرابات متعلقة	lymphedema	
platelet – related	بالصفيحات	– protocoproporph –	– طليعة كوبروبرفيرية
– drug eruptions	– طفوح دوائية	ytia	
– drug rashes	– طفوح دوائية	– Quincke's edema	– وذمة كوينكه
hemorrhagic – bullous	طفوح دوائية فقاعية نزفية	– thrombocytopenia	– قلة الصفيحات
drug eruptions		heredopathia atactica	رنح وراثي مع شكل التهاب
hemorrhagic –	جلادات تصبغية – نزفية	polyneuritiformis	الأعصاب
pigmentary		Herlitz syndrome	متلازمة هيرليتز
dermatoses		herpanigina	ذباح (خناق) حثي
hemorrhoids	بواسير	herpes	حلا
hemosiderosis	داء هيموسيدريني / حَدَدْ	– cornae	– القرنية
	دموي	– febrilis	– حمي

– genitalis	– تناسلي	hexachlorocyc-	هكساكلوروسيكلو هكسان
– genitalis, genital carcinoma	– تناسلي ، سرطانة تناسلية	lohexane	
– genitoglutealis	– تناسلي ألوي	hexachlorophene	هكساكلوروفين
– gestationis	– حلي	hidradenitis	التهاب الغدد العرقية التقيحي
– glutealis	– ألوي	suppurativa	
– impetiginized	– متقوي	– axillaris	– الإبطني
– sepsis of the newborn	– إبتان الوليد	hidradenoma	غُدوم عرق
– simplex (see herpes simplex)	– بسيط (انظر الحلاُ البسيط)	– apocrine	– مقترز
– virus, urethritis	– حمة ، التهاب احليل	– eruptive	– طفحي
– zoster (see also Zoster)	– نطاقي (انظر النطاق)	– of the lower lids	– على الأُفان السفلية
herpes simplex	حلاُ بسيط	– papilliferum	– حليمي الشكل
– genitalis	– تناسلي	– verrucosum	– ثُلولي
– labialis	– شفوي	– of the vulva	– على الفرج
– persistans exulcerans	– مستمر ومتقرح	– hidrocystoma,	كيسوم عرق ، مقترز
– postherpetic ulceration	– تقرح عقب الحلاُ	apocrine	
– primary	– بدئي	hidrocystoma, eccrine	كيسوم عرق ، ناتج
– recedivans	– نُكس	high – density	البروتينات الشحمية ، ريفية
– recurrent	– راجع	lipoproteins (HDLs)	الكثافة
– traumaticus	– رضحي	von Hippel – Lindau syndrome	متلازمة فون هيل – ليندو
– virus (see also HSV)	– حمة (انظر حمة الحلاُ البسيط)	hippocratica, calvities	بقراطي ، صلح
herpetic pharyngitis	التهاب البلعوم الحثي	hirsuties papillaris penis	القضيب الحليمي المشعر
Hertoghe's sign	علامة هيرتوف	hirsutism	زَبَب ، شعرانية
Herxheimer's disease	داء هرزهايمر	– drug – induced	– محدثة بالدواء
Herxheimer's reaction	تفاعل هرزهايمر	– idiopathic	– غامضة
Herzberg – Potjan – Gebauer syndrome	متلازمة هرزبرغ – بوجان – جياور	– symptomatic	– عرضية
heterochromia	تلون متغاير	– treatment	– معالجتها
– exogenous	– خارجي المنشأ	hirsutoid penis	الحليموم الشعراوي على
Heterophyes	الحيفانة الخيفاء	papilloma	القضيب
heterophyes		Hirudinea	علق (صف العلقيات)
heterotopic lingual tonsils	اللوزات اللسانية ، مغايرة التوضع	histidinemia	فرط هستيدين الدم
heterotopic sebaceous glands	الغدد الزهمية مغايرة التوضع	histiocytic lymphoma	لمفوم المنسجات
		histiocytic medullary reticulosis	شباك نقوي بالمنسجات
		histiocytoma	ورم المنسجات
		histiocytoma, giant cell	ورم المنسجات ، الخلايا العملاقة
		histiocytoses/ histiocytosis	كثرة المنسجات

- cutaneous	- الجلدي	house files	ذباب المنزل
- eosinophilic	- الحمضي	housewives, contact	ربات البيوت ، التهاب الجلد
- malignant	- الخبيث	dermatitis and eczema	بالتهاس والإكزيمة
- X	- X (اكس)	HSV	ح ح ب (حمة الحلا
- X, differentiation	- X (اكس) ، التفريق	- infection (see HSV	البيسط)
histoblastic	الغرن الشبكي بأرومة	inféciton)	- خمج (انظر خمج حمة الحلا
reticulosarcoma	المنسجات	- primary infections	البيسط)
histochemical	خطل التقرن النسيجي	- secondary infections	- أخماج بدئية
parakeratosis	الكيميائي	- type	- أخماج ثانوية
histopathological	الفحوص النسيجية المرضية	HSV infection	- نمط
examinations		- diseases	خمج وحة الحلا البسيط
Histoplasma	التوسجة	- loalization sites	- أمراضه
histoplasmosis HIV	داء التوسجات	- secondary	- توضعاته
- infection, lacking	- خمج ، غياب الدليل	HTLV - III	- الثانوي
laboratory evidence	الخبري	human flea	حمة ولوعة بالخلايا التائية - ٣
- infection with	- خمج مع وجود الدليل	humoral allergic	برغوث انساني
laboratory evidence	الخبري	reactions	تفاعلات أرجية خلطية
hives (wheals)	انتبارات	Hunter's disease	داء هنتر
Hodgkin's	هودجكين	Hunter's	داء عديدات السكريد المخاطية
- cells	- خلايا	mucopolysacchari -	لهنتر
- disease	- داء	doses	
- disease,	- داء ، داء هودجكين	Hunt's syndrome	متلازمة هنت
pseudo - Hodgkin's	الكاذب	Hurler's syndrome	متلازمة هورلير
disease		Hutchinson - Gilfort	متلازمة هتشنسون -
Hoigine syndrome	متلازمة هوغين	syndrome	جيلفورت
Hollander - Simons	متلازمة هولاندر - سيمون	Hutchinson's teeth	أسنان هتشنسون
syndrome		Hutchinson's triad	مثلث هتشنسون
Homan's sign	علامة هومان	hyalin fibromatosis,	ورام ليفي هيليبي ، فتوي
homocystinuria	بيلة هوموسستينية	juvenile	
hordeolum	جُدُجْد ، شعيرة	hyalinoses	تنكس هيليبي
hornets	زنبور (ج : زناير)	hyalinosis cutis et	تنكس هيليبي جلدي ومخاطي
Hornstein - Kninken -	متلازمة هورنشتاين -	mucosae	
berg syndrome	كنكنبرغ	hydatid disease	داء عُداري
Horton's syndrome	متلازمة هورتون	8 - hydroxyquinoline	٨ - هيدروكسي كينولين
hot compresses	رفادات حارة	sulfate	سلفات
hot - tub dermatitis	التهاب الجلد بالأنبوب الحار	hydrargyria	انسام زئبقي
hot - tub - associated	التهاب الجلد المترافق بالأنبوب	hydroa	حُصاف
dermatitis	الحار	- vaccini forme	- وقسي الشكل
house dust mite	سوس غبار المنزل		

hydrogels	علامات مائية	- manuum	- يدوي
hydrophilic emulsions	مستحلبات أليفة للماء	- pedum	- قدمي
cream type	نمط الرهم	- symptomatic	- عرضي
hydrophobic ointments	مراهم كارهة للماء	- treatment	- الوصايا (النصائح)
hydroquinone	هيدروكينون	recommendations,	العلاجية ، النوعية
hydroxyquinoline	هيدروكسي كينولين	specific	
<i>Hymenolepsis nana</i>	المحرضة القزمية	hyperkeratotic fissured	الإكزيمة مفرطة التقرن
Hymenoptera	غشائيات الأجنحة	hand foot eczema	المتشققة على اليدين
hyper - IgE syndrome	متلازمة فرط (الغلوبولين)		والقدمين
	IgE	hyperkeratosis	فرط التقرن
hyperbetalipoprote -	فرط البروتينات الشحمية بيتا	- epidermolytic	- الخال للبشرة
inemia	في الدم	- follicularis et	- الجريبي وحول الجريبي في
hyperbilirubinemia	فرط بيليغرين الدم	parafollicularis in	الجلد المخترق
hypercholesterolemia	فرط الكوليسترولية	cutem penetrans	
- essential	- الأساسي	- hemorrhagica	- النزفي
- familial	- العائلي	- lenticularis perstans	- العدسي الدائم
- xanthomatoses	- الورام الأصفر	- monstrosa	- المسخ
hyperchylomicronemia	فرط الدقائق الكيلوسية /	- palmaris et plantaris	- الراحي الأخصي مع التهاب
	كيلومكرونات في الدم	with periodontosis	حوالي السن
- familial	- العائلي	- parahyperkeratosis	- نظير فرط المتقرن
hyperemia, active	تبيخ ، فاعل	- proliferation	- التكاثري
hyperemia, passive	تبيخ ، منفعل	- retention	- الإحتباسي
hyperemic drugs	أدوية مبيغة	hyperkeratotic bullous	الفقاع عالي الفقاعي مفرط
hypereosinophilia,	فرط الحمضات ، الالتهابات	pemphigoid	التقرن
inflammations		hyperkeratotic	التهاب الجلد مفرط التقرن على
hypereosinophilic	مفرط الحمضات	dermatitis of the	الراحتين
- dermatitis	- التهابات الجلد	palms	
- syndrome	- متلازمة	hyperlipemia/	فرط دهن الدم ، فرط
- syndrome with	- متلازمة مع أعراض نوعية	hyperlipidemia	شحميات الدم
specific symptoms		- calorie - induced	- المحدث بالحراري
hyperglobulinemic	الفرغرية بفرط الغلوبولنيات	- carbohydrate -	- المحدث بالسكريات
purpura	الدموية	induced	
hypergranulosis	فرط التحجب	- endogenous	- داخلي المنشأ
hyperhidrosis	ثَعْرَاق (فرط التعرق)	- exogenous	- خارجي المنشأ
- axillaris	- إبطي	- fat - and	- المحدث بالدهن والسكريات
- drugs, systemic	- دوائي ، مجموعي	carbohydrate -	
- emotional	- انفعالي	induced	
- genuine	- حقيقي	hyperlipidemic	الورام الأصفر مفرط
- gustatory	- ذوقي	xanthomatoses	الشحميات الدموية

hyperlipoprotein – emia(s)	فرط البروتينات الشحمية في الدم	– congenita lanuginosa universalis	– الولادي الزغبى المعمم
– acquired	– المكتسبة	– drug – induced	– المحدث بالأدوية
– associated with different conditions	– المترافقة بحالات مختلفة	– lanuginosa acquisita	– الزغبى المكتسب
– with broad beta bands	– مع شرائط بيتا العريضة	– lanuginosa congenita	– الزغبى الولادي
– classification	– تصنيفها	– sacral area	– في المنطقة العجزية
– familial	– العائلية	– symptomatic	– العرضي
– primary familial	– العائلية البدئية	– universalis	– المعمم
– secondary	– ثانوي	hypertriglyceridemia	فرط الغليسيريدات الثلاثية في الدم
– secondary acquired	– ثانوي مكتسب	– endogenous	– داخلية المنشأ
– type I	– نمط I	– exogenous	– خارجية المنشأ
– type IIa	– نمط II	hypertrophic lichen planus	التهزز المسطح الضخامي
– type IIb	– نمط II ب	hypertrophic skin, chronic and long bones	الجلد الضخامي ، المزمن ، والعظام الطويلة
– type III	– نمط III	hypervalinemia	فرط فالين الدم
– type IV	– نمط IV	hypervitaminoses/ hypervitaminosis	فرط الفيتامين
– type V	– نمط V	– vitamin A	– فيتامين آ
hyperlysinemia	فرط ليزين الدم	– vitamin D	– فيتامين د
hyperpigmentation	فرط التصبغ	hypercholesterolemia	فرط كولسترول الدم / فرط الكولسترولية
– diffuse	– المنتشر	hypochondriac syndrome	متلازمة المَمْرُوق
– drugs	– الدوائي	psychopharmaceutic agents	العوامل الدوائية النفسية
– internal diseases	– في الأمراض الداخلية	hypodermatitis, acute	التهاب النسيج تحت الجلد ، الحاد
– lentigines	– داء الشامات	hypohidrosis	نقص التعرق
– mechanical	– الآلي	hypokeratosis	نقص التقرن
– nevus – spilus – like	– المشبه بالوامة البقعية	hypomelanosis	نقص الميلانين
– periocular	– حول العين	– guttate, idiopathic	– النقطي الغامض
– skin diseases	– في الأمراض الجلدية	hyponychium	الأشعر / تحت الظفر
hyperplasie pure	فرط التنسج الصرف	hypopigmentation	نقص الانصباغ
hyperprebetalipoprot – einemia	فرط طليعة البروتينات الشحمية الدموية بيتا	hypoplasia cutis congenita	نقص النسيج الجلدي الولادي
hypertensive ischemic ulcer	قرحة إقفارية بفرط ضغط الدم		
hyperthyroidism, mucinosis	فرط الدرقية ، الداء الموسسني		
hypertrichosis	فرط الأشعار		
– acquired	– المكتسب المحدد		
– circumscribed			

hypoplasia, focal dermal	نقص التنسج ، الجلدي البؤري	- fetalis	- جنيني
hyposensitization	انقاص التحسيس	- gravis	- وخيم
hypothyroidism	قصور الدرقية	- mitis	- خفيف
- circumscript myxoderma	- وذمة مخاطية محددة	- Riecke I	- ريك I
- diffuse myxedema	- وذمة مخاطية متشرة	- Riecke II	- ريك II
- mucinosis	- داء مخاطيني	- Riecke III	- ريك III
hypotrichosis, congenital	نقص الأشعار ، الولادي	- tarda	- متأخر
		ichthyosis hystrix	سماك قنفذي وخيم
		gravior	
		- Bafverstedt type	- نمط بفرستدت
		- Curth - Macklin type	- نمط كورث - ماكلي
		- Lambert type	- نمط لامبرت
		- Rheydt type	- نمط ريدت
ice pack	حشوة (كمادة) جليدية	ichthyosis vulgaris	سماك شائع
ICF (intravascular coagulation with fibrinolysis)	(تخثر داخل الوعاء مع انحلال الفيبرين)	- group	- مجموعة ، زمرة
ichthammol	اكتامول	- autosomal dominant	- وراثية جسمية سائدة
ichthyoses/ichthyosis	سماك	ichthyotic idiocy with ataxia	عته سماكي مع هزاع
- acquired	- مكتسب	idiopathic	غامض
- congenita (see ichthyosis congenita)	- ولادي (انظر السمك الولادي)	- clubbed fingers and periostosis	- أصابع متعجرة مع تعظم سمحاني
- follicularis	- جريبي	- guttate	- نقص الملائين النقطي
- foot	- القدم	hypomelanosis	
- hand	- اليد	- hirsutism	- شعرانية
- hystrix gravior (see ichthyosis hystrix gravior)	- قنفذي وخيم (انظر السمك القنفذي الوخيم)	- hyperlipidemic xanthomatosis	- ورام أصفر مفرط الشحوم
- hystrix group	- المجموعة القنفذية	- hypertrophic osteoarthropathy	- اعتلال عظمي مفصلي ضخامي
- lamellosa	- صفاحي	- livedo reticularis	- تزررق شبكي
- linearis circumflexa	- منعطف خطي	- medical aortopathy	- اعتلال الأبهر الدوائي
- nigricans	- أسود	- systemic amyloidosis	- داء نشواني مجموعي
- serpentina	- ساعي	- skin atrophy	- ضمور الجلد
- simplex	- بسيط	idoxuridine	ايودوكسوريدين
- vulgaris (see ichthyosis vulgaris)	- شائع (انظر السمك الشائع)	IFT (indirect immunofluorescence test)	(اختبار الومضان المناعي غير المباشر)
- X - chromosomal recessive	- صاغر بالصبغي X -	IgA dermatosis, linear	جلاد IgA / الخطي
ichthyosis congenita	سماك ولادي	IgA gammopathy	اعتلال الغلوبلين IgA

IgD gammopathy	اعتلال الغلوبلين IgD	– herpetiformis	– الحلقية
IgE dermatitis	التهاب الجلد (بالغلوبلين)	– staphylogenes	– بالعنقوديات
	IgE	impetigo contagiosa	القوباء المعدية
IgE gammopathy	اعتلال الغلوبلين IgE	– small – vesicle	– صغيرة الحويصلات
IgG gammopathy	اعتلال الغلوبلين IgG	– staphylogenes	– بالعنقوديات
IgM SPHA test	اختبار الطور الصلب للامتزاز الدموي (بالغلوبلين)	– streptogenes	– بالعقديات
	IgM	inclusion conjunctivitis	التهاب الملتحمة الإشتالي
ILVEN (inflammatory linear verucous epidermal nevus)	الوحمة البشورية الثؤلولية الالتهابية الخطية	incontinentia pigmenti	سلس الصباغ
imidazole derivatives	مشتقات الإيميدازول	incontinentia pigmenti achromians	سلس الصباغ الناصل
immediate pigment darkening (IPD)	تقتم الصباغ العاجل (المباشر)	Indian tick typhus	تيفوس القراد الهندي
immediate pigmentation	التصبغ العاجل / المباشر	indirect	اختبار التألق المناعي اللامباشر
immune – complex reaction type III	تفاعل المعقد المناعي النمط III	immunofluorescence test (IFT)	
immune – complex vasculitis	التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية	indurated nodules	عقيدات جاسئة
immunity in syphilis	المناعة في الأفرنجي	indurated phlegmon	فلغمون جاسئ
immunoblastic lymphadenopathy	اعتلال العقد اللمفية الأرومي المناعي	induratio penis plastica	القضيب الجاسئ الرأبي
immunoblastic lymphoma	لمفوم الخلايا الأورمية المناعية	industrial protective ointments	المراهم الواقية الصناعية
immunoblot assay (Western blot)	مقايمة البقعة المناعية (بقعة ويسترن)	infantile (see also infants, neonate, newborn)	طفالة (انظر الرضع ، الولدان أيضاً)
immunocytic lymphoma	لمفوم الخلايا المناعية	– acne	– عد
immunoblot assay (Western blot)	مقايمة البقعة المناعية (بقعة ويسترن)	– acrolocalized papulovesicular syndrome	– متلازمة الحطاطات الحويصلية على الأطراف
immunocytic lymphoma	لمفوم الخلايا المناعية	– acropustulosis	– بثار الأطراف
immunocytoma	ورم الخلية المناعية	– agranulocytosis hereditaria	– ندرة المحببات الوارثي
immunosuppressive agents	العوامل المثبطة للمناعة	– digital fibromatosis	– ورام ليفي إصبعي
impetiginized herpes	حلاً متقويئ	– eczema	– إكزيمة
impetigo	قوباء	– granuloma gluteale	– حببيوم ألوي
– Bockhart	– بوكار	– lipodystrophia centrifugal	– حثل شحمي نابذ على البطن
– bullous	– الفقاعية	– abdominalis	
– bullous, neonatal	– الفقاعية ، الوليدية	– papular	– التهاب جلد الأطراف (النهايات) الحطاطي
– contagiosa (see impetigo contagiosa)	– المعدية (انظر القوباء المعدية)	– pressure alopecia	– حاصة انضغاطية
		– scleroderma	– تصلب الجلد

- scurvy	- البشع	- pinworm	- الحرقوص ، الأقصورة
- vulvovaginitis	- التهاب الفرج والمهبل	- skin, streptococci, secondary	- الدويدية
infants (see also infantile, neonate, newborn)	الرضع (انظر الطفل ، الوليد أيضاً)	- urogenital with chlamydia trachomatis	- الجلد ، بالعقديات ، الثانوي
- atropic eczema	- إكزيمة تأتبية	- Yersinia enterocolitica	- بولي تناسلي بالمتدثرات الحشرية
- dermatitis	- التهاب الجلد	infections	- اليرسينية المعوية القولونية
- disorders	- اضطرابات	- diseases, six	خمجي
- eczema	- إكزيمة	- erythema	- أمراض ، السادس
- gonorrheal vulvovaginitis	- التهاب الفرج والمهبل السيلاني	- mononucleosis	- حمأى
- inguinal pomade crust	- جلبة المرمم الأريية	infiltration	- كثرة الوحيدات
- nummular eczema	- إكزيمة نمية	inflammations with hypereosinophilia	ارتشاح
- perioral eczema	- إكزيمة حول الفم	inflammatory	ارتشاحات بفرط الحمضات
- seborrheic eczema	- إكزيمة مثية	- angiopathies	التهاى
infarct, skin necroses resembling an infarct	احتشاء ، نخرات الجلد الشبيهة بالاحتشاء	- cellular infiltration	- اعتلال وعائى
infection(s) (see also individual organisms)	نمخ (ج : أخماج) (انظر المتعضيات الخاصة أيضاً)	- cellular infiltration, cell type	- ارتشاح خلوي
- anaerobic	- لا حيوانى ، لا هوائى	- conditions, chronic	- ارتشاح خلوي ، أنماط خلوية
- <i>Borrelia burgdorferi</i>	- بوريليا بورغ دورفيري	- linear verrucous epidermal nevus	- حالات ، مزمنة
- <i>Cheylettiella</i>	- شيليتيلا	- localized lipoatrophy	- الوحمة البشرية الثؤلولية الخطئية
- coxsackievirus	- حمة كوكساكي	infrainfundibulum	- ضمور شحمى موضع تحت القمع
- disseminated gonococcal	- السيلاني المنتثر	infundibulum	قمع
- <i>Francisella tularensis</i>	- الفرانسيزيلا التولارمية	ingrown great toenail syndrome	متلازمة ظفر الأبخس الكبير الناشب
- <i>Gardnerella vaginales</i>	- غاردنيزيلا المهبلية	ingrown nail	ظفر ناشب
- guinea worm	- دودة غينيا	inguinal pomade crust of infants	جلبة المرمم الأريى عند الرضع
- HIV (AIDS)	- حمة المعمم (الإيدز)	injection, intraarterial	زُرُق (زُرُقَة) ، داخل الشريان
- HSV	- حمة الخلأ البسيط	injection, intramuscular	زُرُق (زُرُقَة) ، داخل العضلة
- <i>Loa loa</i>	- لوا لوا	insane, general paralysis of	مجنون ، شلل معمم
- mycobacterial, atypical	- المتفطرات ، اللاغمودجية		
- orthopoxvirus	- الحمة الجدريية القويمة		
- <i>Pasteurella multocida</i>	- باستوريلا مولتوسيدا		

insensible	توسف لا حسوس	iontophoresis	رحلان شاردي
desquamation		IPD (immediate pigment darkening)	ت ص م (تقتم الصباغ المباشر)
insulin lipomatrophy	ضمور شحمي بالأنسولين	iris phenomenon	ظاهرة القرحة
insulin lipodystrophy	حثل شحمي بالأنسولين	iron metabolism	استقلاب الحديد
interdigital candidosis	داء مبيضات فوتي	irritant	تخريشي ، مُهيج
intermittent porphyria, acute	برفيرية متقطعة ، حادة	- contact dermatitis, acute	- التهاب الجلد التماسي ، الحاد
internal organs, tertiary syphilis	الأعضاء الداخلية ، إفريقي ثالثي	- dermatitis	- التهاب الجلد
interscapular cutaneous amyloidosis	الداء النشواني الجلدي بين الكتفين	- dermatitis, acute, children	- التهاب الجلد ، الحاد عند الأطفال
intertriginous	مدحي	- eczema, cumulative, chronic, children	- إكزيمة ، تراكمية ، مزمنة عند الأطفال
- acne	- عد	isotretinoin (accutane, roaccutan)	ايزوتريتينون (اكيوتان ، رواكيوتان)
- eczema	- إكزيمة	isthmus	برزخ
- psoriasis	- صدف	itching	حك ، حاك
- seborrheic eczema	- إكزيمة مثية	itching purpura	الغرفرية الحاكّة
intertrigo	مدح	iterative traumatic eczema	الإكزيمة الرضحية المتكررة
- candidomycetia	- بالمبيضات	Ito's nevus	وحمة ايتو
intolerance syndrome	متلازمة عدم التحمل	Ito - Reenstierna reaction	تفاعل ايتو - رينستييرنا
intraarterial injection	زرق داخل الشريان	ITP (idiopathic thrombocytopenic purpura)	ف ف ق ص غ (فرغرية قلة الصفيحات الغامض)
intramuscular injection, lesions	زرق داخل العضلة ، الآفات	- acute	- الحاد
intravascular coagulation with fibrinolysis (ICF)	تخثر داخل الأوعية مع انحلال الفيبرين	- chronic	- المزمنه
inverted follicular keratosis	تقران جريبي مقلوب	Ixodes borreliosis	داء التورلية اللبودية
involucrin	انفولوسرين (بروتين يدخل في تركيب القرنين)	Ixodes ricinus	خروج اللبود
involutional lipomatrophy	ضمور شحمي أولي		
iodide	يوديد		
- acne	- عد		
- povidone	- بوفيدون	jacuzzi dermatitis	التهاب الجلد لجاكوزي
- solution	- محلول	jarish - Herxheimer reaction	تفاعل جاريش - هرکسهايمر
- solution, alcoholic	- محلول كيميائي	jeep - rider's disease	داء راكبي الجيب
iododerma	جلاديويدي	Jericho boil	دمل أريحا
iodoform	شكل يودي	jewelry, contact allergens	مجوهرات ، مستأرجات بالتماس
ionizing radiation	تشعيع شاردي		

J

junctional epidermolysis bullosa	انحلال بشرة فقاعي موصلي	keloidiform basaloma	قاعدوم جذري الشكل
junctional nevus	وحمة الوصل	kelp acne	عد عشب البحر المحروق (يحتوي على اليود)
juniper tar	قطران شجر العرعر	Kenya tick typhus	تيفوس القراد الكيني
juvenile	فتوي	keratin lipid	كثرة المنسجات الشحمية
– bullous pemphigoid	– فقاعاني فقاعي	histiocytosis	الكويراسينية / السريوزيدية
– dermatitis	– التهاب الجلد حليئي الشكل	keratin, hair	قرنين ، الأشعار
herpetiformis		keratinization	اضطرابات التقرن
– elastoma	– ورم النسيج المرن (مرنوم)	disturbances	
– giant cell granuloma	– حبيوم الخلايا العملاقة	keratinizing	ورم غمد الشعرة الخارجي
– hyalin	– ورام ليفي هيايني	trichilemmoma	المقرن
fibromatosis		keratinocytes	الخلايا القرنية
– melanoma, benign	– ملانوم ، سليم	keratinosomes (Odland bodies)	جسيمات قرنية (جسيمات أولاند)
– papular dermatitis	– التهاب الجلد الحطاطي	keratitis rubra figurata	التهاب القرنية الحمراء الشكلية
– pemphigoid	– الفقاعاني	keratoacanthoma	الشوكوم القرني
– plantar dermatosis	– جلاد أخمصي	– centrifugum	– النابذ
– verrucae	– ثآليل أخمصية	– familial	– العائلي
planae/plantares		– generalized eruptive	– الطفحي المعمم
– xanthogranuloma	– حبيوم أصفر	– giant	– العملاق
– xanthoma	– صفروم	– multiple	– المتعدد
		– subungual	– تحت الظفر
		keratoconjunctivitis	التهاب الملتحمة والقرنية
		– herpetica	– الحليئي
		– photoelectrica	– الضوئي الكهربائي
		– sicca	– الجفاف
		keratoderma	تقرن الجلد السيلاني
		blennorrhagicum	
		keratoderma palmaris et plantaris	تقرن جلد الأخصصين والراحتين المترقي
		progressiva	
		keratohyalin granules	حبيبات القرنين الهياينية
		keratolysis, pitted	انحلال القرنين ، الوهدي
		keratolytic drugs	الأدوية الحالة للقرنين
		keratoma	القرنوم ، القرن الجلدي
		– blennorrhagicum	– السيلاني
		– hereditarium	– الوراثي الجادع
		mutilans	
		– malignum	– الخبيث

K

kaffir pox	جذري كافير	keratoconjunctivitis	التهاب الملتحمة والقرنية
Kahler's disease	داء كالير	– herpetica	– الحليئي
Kahn's reaction	تفاعل كان	– photoelectrica	– الضوئي الكهربائي
kala – azar	كالازار ، الداء الأسود	– sicca	– الجفاف
Kandahar sore	قرحة كانداهار	keratoderma	تقرن الجلد السيلاني
Kaposi's	كابوزي	blennorrhagicum	
– disease	– داء	keratoderma palmaris et plantaris	تقرن جلد الأخصصين والراحتين المترقي
– sarcoma	– غرن	progressiva	
– sarcoma, AIDS	– غرن ، الإيدز	keratohyalin granules	حبيبات القرنين الهياينية
Kasabach – Merritt syndrome	متلازمة كاسباخ – ميريت	keratolysis, pitted	انحلال القرنين ، الوهدي
Kawasaki's disease	داء كاوازاكي	keratolytic drugs	الأدوية الحالة للقرنين
Keining's sign	علامة كينينغ	keratoma	القرنوم ، القرن الجلدي
Keloid	جدره	– blennorrhagicum	– السيلاني
– in acne conglobata	– في العد المكيب	– hereditarium	– الوراثي الجادع
Keloidal basal cell carcinoma	سرطانة الخلية القاعدية الجدرية	mutilans	
		– malignum	– الخبيث

– palmare et plantare herediatium (see keratoma palmare ...)	– الراجي والأخصي الوراثي (انظر القرونم الراجي)	– lichenoides chronica	– الحزازاني المزمن
– senile	– الشيخي	– morphology	– المشكليات
– sulcatum	– الأخدودي	– orthokeratosis	– التقران القويم
keratoma palmare et plantare hereditarium	القرن الجلدي الراجي الأخصي الوراثي	– palmar	الراجي
– dissipatum	– المتبدد	– palmoplantaris (see keratosis palmoplantaris)	– الراجي الأخصي (انظر التقران الراجي الأخصي)
– transgrediens	– النافذ	– parakeratosis	– خطل التقرن
keratoplastic drugs	أدوية راب القرنين	parakeratosis variegata	– خطل التقرن المتغير
kératose lichénoide striée	التقران الحزازاني الخطي	– pilaris	– الشعري
keratoses/keratosis	تقران	– pilaris rubra atrophicans faciei	– الضمور الوجهي الشعري الأحمر
– actinic/actinica	– السفعي/السافع	– plantar	– الأخصي
– actinic/actinica, pigmented	– السفعي ، المصطبغ	– radiation	– التشعيع
– animal parakeratosis	– خطل التقرن الحيواني	– rubra congenita	– الأحمر الولادي
– areolae mammae naeviformis	– لعوة الثدي وحمة الشكل	– seborrheic (see keratosis, seborrheic)	– المني (انظر التقران المني)
– arsenic	– زرنخي	– senilis	– الشيخي
– circumscribed	– محدد	– solaris	– الشمسي
– classification	– تصنيفه	– suprafollicularis	– فوق الجريبي
– diffuse	– منتشر	– tar	– القطراني
– dyskeratosis	– خلل التقرن	– xeroderma pigmentosum	– جفاف الجلد المصطبغ
– extremitatum hereditaria progrediens	– الأطراف الوراثي المترقي	keratosis, follicular/follicularis	تقران ، جريبي
– extremitatum hereditaria transgrediens et progrediens	– الأطراف الوراثي النافذ والمترقي	– inverted	– مقلوب
– follicular/follicularis (see keratosis follicularis)	– الجريبي (انظر التقران الجريبي)	– oral mucosa	– مخاطية الفم
– function	– وظيفته	– serpigiosa	– ساعي
– hereditary	– الوراثي	keratosis palmoplantaris	تقران راجي أخصي
– hyperkeratosis	– فرط التقرن	– carcinoma of the esophagus	– سرطانة المريء
– hypokeratosis	– نقص التقرن	– circumscripta seu areata	– محدد ، بقعي
– inverted follicular	– الجريبي المقلوب	– diffusa circumscripta	– منتشر محدد
		– mutilans	– الجادع
		– papulosa seu maculosa	– الحطاطي البقعي
		– rare forms	– أشكال نادرة

– transgrediens	– نافذ	Lahore sore	قرحة لاهور
keratosis, seborrheic	– تقران ، مئي	lamellar	صفاحي
– activated	– مفعّل	– desquamation of the	– توسف الوليد
– lichenoid	– حزازاني	newborn	
– verruca plana – like	– الشبيه بالثآليل المنبسطة	– exfoliation of the	– تقشر الوليد
kerion celsi	شهادة سار	newborn	
Kernig's sign	علامة كيرنينغ	– ichthyosis	– سماك
Kiel classification	تصنيف كيل	Langerhans cell(s)	خلية (ج : خلايا)
kimura's disease	تصنيف كيل		لانغرهانس
kinky hair disease	داء الأشعار المتوية	– granules	– حبيبات
Klein – Waardenburg	متلازمة كلين – فاردينبرغ	lanolin	لانولين
syndrome		lanugo hair	زغب ، شعر زغبتي
Klippel – Trénaunay	متلازمة كليبل – ترينوني	lard	شحم الخنزير
– Weber syndrome	وير	large cell acanthoma	شوكوم الخلايا الكبيرة
knuckle pads	وسادات البراجم	larva	اليرقة (ج : اليرقان)
– false	– الكاذبة	– currens	– العداء
Köbner's phenomenon	ظاهرة كوبنر	– migrans	– المهاجرة
Koenen's tumors	أورام كونن	– migrans, cutaneous	– المهاجرة ، الجلدية
Kogoj's pustule	بثرة كوجوج	laryngeal papilloma	حليموم حنجري
Kohlmeier – Deges	متلازمة كولمير – ديغوس	LAS	(م ا ع ل) متلازمة اعتلال
syndrome		(lymphadenopathy	العقد اللمفية
koilonychia	تقرع الأظافر	syndrome)	
Koplik's spots	بقع كوبلك	lasers	الليزر ، الليزر
Krabbe's disease	داء كراب	Lassueur – Gragam –	متلازمة لاسيور – غراهام –
kaurosis penis	لطح القضيب	Little syndrome	ليتل
kraurosis vulvae	لطح الفرج	late syphilis II	الافرنجي الكامن II
Krause's corpuscles	جسيمات كراوس	Latrodectus mactans	عنكبوت الأرملة السوداء
Kussmaul – Maier	داء كوسماول – مير	Launois – Bensaude	متلازمة لانوا – بنسواد
disease		syndrome	
Kveim test	اختبار كفمايم	LAV	حمة اعتلال العقد اللمفية
kwashiorkor	كواشيوركور	Lawrence's syndrome	متلازمة لورنيس
Kyrlé's disease	داء كيرل	LDLs (low – density	البروتينات الشحمية خفيفة
		lipoproteins)	الكثافة
		LE (lupus	ذح (الذأب الحمامي)
		erythematousus)	
labial fistulas	نواسير الأشفار / الشفاه	lead plaster	لصوق رصاص
labia majora	الشفرة الكبيرة	leather, contact	جلد رقي ، مستأرجات
labia minora	الشفرة الصغيرة	allergens	بالتماس
laboratory tests, skin	اختبارات مخبرية ، اضطرابات	Ledderhose's disease	داء ليديرهوس
disorders	جلدية		

L

leeches	علقات	– maligna	– خبيثة
Le Fèvre – Languepin syndrome	متلازمة فيفر – لانغوين	– melanoma (LMM)	– ملانوم
leg(s)	الساق (ج سيقان ، سوق)	– senilis	– شيخوخية
– lower, painful lipedema syndrome	– أسفل ، متلازمة الشحميدمية المؤلمة	– simplex	– بسيطة
– restless legs syndrome	– متلازمة تلمل الرجلين	– lentigo – like lesion, acral	– آفة شبيهة بالشامة على الأطراف
– ulcers, etiology	– قرحات ، السبب	– LEOPARD syndrome	– متلازمة ليوبارد
Leiner's disease	داء لينير	– lepra	– الجذام
leiomyoma	العضلوم الأملس	– indeterminata	– غير المحدد
leiomyosarcoma	الغرن العضلي الأملس	– lepromatosa	– الجذمومي
Leishmania	الليشمانية	– reaction	– تفاعل
– braziliensis	– البرازيلية	– tuberculoides	– الدرني
– donovani	– الدونوفانية	– lepromatous leprosy	– الجذام الجذمومي
– tropica	– المدارية	– lepromin reaction	– تفاعل الجذامين
leishmaniasis	داء الليشمانيات	– lepromin test	– اختبار الجذامين
– cutaneous	– الجلدية	– leprosy	– الجذام
– cutis diffusa	– الجلدي المنتشر	– borderline (dimorphous)	– الحدي (ثنائي الشكل)
– nodular form	– الشكل العقيدي	– further changes	– التبدلات البعيدة
– post – kala – azar dermal	– الجلدي عقب كالازار	– histamine test	– اختبار الهستامين
– recidivans form	– الشكل الناكس	– indetrminate	– غير المحدد
– ulcerous form	– الشكل القرصي	– laboratory tests	– اختبارات مخبرية
– viscral	– الحشوي	– lepromin reaction	– تفاعل الجذامين
viscesal dermal	الحشوي الجلدي	– nerve changes	– تبدلات عصبية
leishmanin tets	اختبار الليشمانين	– sensory disorders	– اضطرابات حسية
lemming fever	حمى اللاموس (نوع من القوارض)	– sweat test	– اختبار التعرق
lemon skin	الجلد الليموني	– treatment	– المعالجة
lentiginos	الشامات مفرطة التصبغ	– Lesch – Nyhan syndrome	– متلازمة ليش – شيهان
hyperpigmentation		– Leser – Trélat syndrome	– متلازمة ليزر – تريليه
lentiginosis	داء الشامات	– lesions	– آفات
– centrofacialis	– مركز الوجه	– arrangement	– ترتيبها
– eruptive	– الطفحي	– distribution	– توزيعها
– profusa	– الغزير حول الناحية	– margins	– هوامشها ، حوافها
perigenito – axillaris	التناسلية الأبطية	– pattern of	– نموذجها
– syndrome	– متلازمة	– shapes	– شكلها
lentigo	شامة	– size	– قدها

lethal midline	حبيوم الخط المتوسط المميت	– candidomycetica	– بالمبيضات
granuloma of the face	على الوجه	– erosiva	– تأكلي
leukemia	ابيضاض الدم	– oral, hairy	– فموي ، مشعر
– basophilic	– بالأسسات	– simplex	– بسيط
– chronic lymphocytic (CLL)	– لمفاوي مزمن	– speckled	– مرقط
– cutaneous	– جلدي	– verrucosa	– ثؤلولي
– eosinophilic	– بالحمضات	leukoses, undifferentiated cell	تكثر نسيج البيض ، غير مميز الخلايا
– hairy cell	– الخلية المشعرة	Lewandowsky – Lutz disease	داء ليفاندوفسكي – لوتز
– lymphatic	– لمفي	(epidermodysplasia verruciformis)	(ثدن / خلل تنسج البشرة الثؤلولي)
– lymphatic, acute	– لمفي ، حاد	LGV (lymphogranloma venereum)	الحبيوم اللمفي الزهري
– lymphocytic, chronic (CLL)	– لمفي ، مزمن	liberation	تخليص ، تحرير
– monocytic	– الوحيدات	Libman – Sacks syndrome	متلازمة لبمان – ساكس
– myeloid	– نقوي	lice	قمل
– parablast	– نظير الأرومي (الأرومي الموابك)	lichen	الحزاز
– stem – cell	– جذعي الخلايا	– albus	– الأبيض
leukemic	شباك بطاني ابيضاضي	– amyloidosis	– النشواني
reticuloendotheliosis	ابيضاضاني / حمضي	– aureus	– الذهبي
leukemoid, eosinophilic	التهاب أوعية كاسر للكريات البيض	– fibromucinoidosis	– الليفي المخاطيني
leukocytoclastic vasculitis	وضع	– myxedematosus	– الوذمي المخاطي
leukoderma	– ناهذ مكتسب	– nitidus	– اللامع ، الدقيق
– centrifugum	– عدسي منتثر	– obtusus corneus	– القرني الكليل
acquisitum	– وضع كاذب	– pilaris	– الشعري
– lenticulare	الحثل الأبيض ، متبدل اللون	– planus (see lichen planus)	– المسطح (انظر الحزاز المسطح)
disseminatum	التقران الأبيض النيكوتيني ، على الحنك	– planus – like eruptions	– الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح
– pseudoleukoderma	بلق	– purpuricus	– الفرفري
leukodystrophy, metachromatic	ويش	– ruber acuminatus	– الحزاز الأحمر المقمم
leukokeratosis nicotina palati	– نقطي	– verrucosus et reticularis	– الثؤلولي والشبكي
leukomelanoderma	– خطي ، مخطط	– ruber planus	– المسطح الأحمر
leukonychia	– كلي	– sclerosus/sclereux (see lichen sclerosus)	– تصليبي (انظر الحزاز التصليبي)
– punctata	طلون	– scrofulosorum	– خنزري
– striata			
– totalis			
leukoplakia			

- simplex (see lichen simplex)	- بسيط (انظر الحزاز البسيط)	- drug reactions	- تفاعلات دوائية
- striatus	- خطي ، مخطط	- eruptions	- طفوح
- trichophyticus	- شعروي	- eruptions, frictional	- طفوح ، بالإحتكاك
- tropicus	- مداري	- purpura	- فرفرية
- urticatus	- شروري	- seborrheic keratosis	- تقران مئي
- variegatus	- متبدل	- trikeratosis	- التقران الثلاثي
- Vidal	- فيدال	Lichtschwiele	شحن الضياء
- Vidal urticarius	- شروري لفيدال	light	ضوء
lichen planus	الحزاز المسطح	- dermatosis, lupus erythematosus - like	- جلاد ، مشبه بالذأب الحمامي
- accuminatus	- المؤنف	- eruption, polymorphic (PMLE)	- طفح ، عديد الأشكال
- actinic	- السفعي	- reaction, persistent	- تفاعل ، دائم (مستمر)
- annular/anularis	- الحلقي	- reflection	- (مخطط) تصوير السوائل
- bullous	- الفقاعي	rheography	الانعكاسي
- erosive	- التآكلي	lightning injury	أذيات الضوء
- exanthematicus	- الطفحي	light - provoked reaction	تفاعل محرش بالضياء
- focal	- البؤري	- chronic	- مزمن
- follicular	- الجريبي	- diseased skin	- جلد مؤوف
- hypertrophic	- الضخامي	- normal skin	- جلد طبيعي
- linear	- الخطي	light - sensitive	الثاني المتحسس بالضوء
- nail(s) changes	- التبدلات الظفرية	seborrhoid	داء الليلك
- planus - like eruptions	- الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح	lilac disease	جلد الخمع
- verrucosus	- الثؤلوي	limp skin	خطي
- Wickham's striation phenomenon	- ظاهرة خطوط (تخطط) ويكهام	linear	- جلاد IgA في الطفولة
lichen sclerosus	الحزاز التصليبي	- IgA dermatosis, childhood	- حزاز مسطح
- er atrophicus (LSA)	- والضموري	- lichen planus	- متلازمة الوحمة الزهمية
- et atrophicus vulvae	- الضموري على الفرج	- nevus sebaceus syndrome	اللسان
- lichen simplex	- الحزاز البسيط	lingua	- الجغرافي
- acutus	- الحاد	- geographica	- المتشقق
- chronicus	- المزمن	- plicata	- الصبغي
- chronicus verrucosus	- المزمن الثؤلوي	- scrotalis	- الأسود الوبري
lichenification	التحزز	- villosa nigra	اللوزات اللسانية ، غيرية
- giant	- العملاق	lingual tonsils,	التوضع
lichenified eczema	إكزيمة متحززة	heterotopic	الشفة
lichenoid	حزازاني	lip	
- dermatitis, frictional, children	- التهاب الجلد ، بالإحتكاك عند الأطفال		

– carcinoma	سرطانة	– glucocorticosteroids	– الستيروئيدية
– lower, congenital fistula	– السفلى ، ناسور ولادي	– idiopathica circumscripta	– الغامض المحدد
– scab of sheep	– جلبة الغنم	– insulin	– الأنسولين
lip – licking eczema	إكزيمة لعق الشفة	– progressive partial	– المترقي الجزئي
lipalgia	الألم الشحمي	– syndrome, generalized	– متلازمة ، المتعمم
lipedema	شحميدية	lipogels (water – soluble bases)	الهلامات الشحمية (أساسات ذوابة في الماء)
lipedema syndrome, painful	متلازمة الشحميدية ، المؤلمة	lipogranulomatosis	الورام الحبيبي الشحمي
lipid	شحميات	– disseminated	– المنتثر
– film of the skin surface	– طبقة من سطح الجلد	– familial	– العائلي
– histiocytosis, kirasin	– كثرة المنسجات ، الكيراسين	– subcutanea	– تحت الجلد
– metabolism	– استقلابها	lipoid	شحماني
– metabolism disturbances, local	– اضطرابات الاستقلاب ، موضعية	– calcium gout	– نقرس الكالسيوم
– storage diseases	– أمراض الاختزان	lipoid	شحماني
lipidosis, cerebroside	شحام ، سيريريوزيد	– dermatoarthritis	– التهاب المفصل والجلد
lipidosis, sphingomyelin	شحام ، سفنغومييلين	lipoid proteinosis	الداء البروتيني الشحماني
lipotrophic diabetes mellitus	ضمور الشحم السكري	– with photosensitivity	– مع الحساسية الضوئية
lipotrophy/	ضمور الشحم	– secondary	– الثانوي
lipotrophia		lipoma	شحموم
– annularis	– الحلقي	lipoma, spindle cell	شحموم ، الخلية المغزلية
– inflammatory localized	– التهابي الموضع	lipomatosis	ورام شحمي
– involutinal	– الأولي	cervical	– رقبي
– semicircularis	– الحلقي الجزئي	– dolorosa	– مؤلم
lipocalcinogranuloma – matosis	الورام الحبيبي الشحمي الكلاسي (المتكلس)	lipomelanotic reticulosis	شباك شحمي ملاني
lipocalcinosis	الكلاس الشحمي المترقي	lipophagic granuloma	حبيبوم بلاعم الشحم
lipodystrophy/	الحثل الشحمي	lipophilic emulsions, ointment type	مستحلبات أليفة للشحوم ، من غطط المرهم
lipodystrophia		lipoproteinemia, hyperlipoproteine – mias, classification	البروتينات الشحمية في الدم ، فرط البروتينات الشحمية في الدم ، تصنيفها
– centrifugal abdominalis infantilis	– النابذ على البطن ، عند الرضع	lipoprotein lipase deficiency	عوز ليباز البروتينات الشحمية
– congenital progressive	– الولادي المترقي	lipoproteins	البروتينات الشحمية
		– alpha	– ألفا
		– beta	– بيتا

– hight – density (HDLs)	– رفعة الكثافة	– mycosis with epidermotropism	– فطار مع توجه للبشرة
– low – density (LDLs)	– خفيفة الكثافة	– pseudoxanthoma elasticum	– الصفروم الكاذب المرن
– physiochemical characteristics	– المميزات الفيزيائية الكيميائية	– scleroderma	– تصلب الجلد
– pro – beta	– طليعة بيتا	Lofgren's syndrome	متلازمة لوفجرين
– very low – density (VLDLs)	– وضعية الكثافة	Lowenberg's sign	علامة لوفينبرغ
lips	شفاه (م : شفة)	loiasis	داء اللؤا اللؤية
liquefaction of the basal cells	إماعة الخلايا القاعدية	losse skin	الجلد الرخو ، الفضفاض
liquid	مائع	los cenicientos	الجلاد الرمادي
– emulsions (lotions)	– مستحلبات (دهنونات)	lotions (liquid emulsions)	دهونات (مستحلبات مائعة)
– nitrogen	– آزوت	Louis – Bar syndrome	متلازمة لويس – بار
– powder mixtures	– مزيج من المسحوق	low – density lipoproteins (LDLs)	البروتينات الشحمية خفيفة الكثافة
livedo racemosa	تزررق عنقودي	Loxosceles species	أنواع العنكبوتيات
livedo reticularis	تزررق شبكي	LSA (lihen sclerosus et atrophicus)	ح ت ض (الحزاز التصليبي والضموري)
– e calore	– حراري	LTT (lymphocytic transformation test)	اختبار التحول للمفاوي
– with summer ulceration	– مع تفرح صيفي	Ludwig's angina	ذباح لودفيغ
– systemic diseases	– أمراض مجموعة	lues	الإفرنجي
livedo – like dermatitis	التهاب جلد شبيه بالتزررق	– connata	– الولادي
livedoid vasculitis	التهاب وعائي تزررقاني	Lukes and Collins classification	تصنيف لوكنس وكولينز
lividities of the soles, symmetric	زرققات على الأخمصين ، متناظرة	lumbosacral connective tissue bevus	وحمة النسيج الضام القطبية العجزية
Llaga brava	مرادف لداء الليشانيات الأمريكي	lumbricus teres	المدورة الحراطينية
LMM (lentigo maligna melanoma)	ش م خ (شامة الملانوم الحبيث)	lunula	هليل
Loa loa	اللوالوا	lupoid	ذأباني
– infection	– خمج	– infiltration	– ارتشاح
local/localized	موضعي	– miliary, benign	– دخني ، سليم
– anaphylactic reactions	– تفاعلات تأقية	– perioral dermatitis	– التهاب الجلد حول الفم
– bullous pemphigoid	– الفقاعاني الفقاعي	– rosacea	– العد الوردي
– lipid metabolish disturbances	– اضطرابات استقلاب الشحوم	lupus	الذأب
– metabolic calcinosis	– كلاس استقلابي	– anticoagulant syndrome	– المتلازمة المضادة للتخثر
		– band test	– اختبار الشريط

- band test, diagnostic significance	- اختبار الشريط ، أهميته التشخيصية	- erythematoides	- الحمامي
- carcinoma	- السرطانة	- exfoliatus	- التقشري
- chilblain	- الشرث	- hypertrophicus	- الضخامي
- erythematous/ erythematodes (see lupus erythematous)	- الحمامي (انظر الذأب الحمامي)	- mucous membranes	- الأغشية المخاطية
- erythematous – like light dermatosis	- الجلاد الضوئي المشبه بالذأب الحمامي	- mutilans	- الجادع
- miliaris disseminatus faciei	- الدخني المنتثر الوجهي	- planus	- المسطح
- panniculitis	- التهاب السبلة الشحمية	- psoriasiformis	- صدافي الشكل
- pernio	- الشرث	- tumidus	- المتورم ، المنتبج
- vulgaris (see lupus vulgaris)	- الشائع (انظر الذأب الشائع)	- ulcerosus	- المتقرح
- lupus/erythematous (LE)	- الذأب / الحمامي	- verrucosis	- الثؤلولي
- chronicus discoides	- المزمن القريصي	Lutz – Splendore – Almeida disease	داء لوتز – سبلندور – ألميدا
- chronicus disseminatus superficialis	- المزمن المنتثر السطحي	Lutzner cell	خلية لوتزنير
- cutaneous	- الجلدي	Lyell's syndrome	متلازمة لايل
- cutaneous chronic	- الجلدي المزمن	- drug involved	- المحدث بالأدوية
- discoid (DLE)	- القريصي	- nail changes	- التبدلات الظفرية
- erythematous – like light dermatosis	- الجلاد الضوئي المشبه بالذأب الحمامي	- staphylococcal	- العنقودية (بالمكورات العنقودية)
- hypertrophic et profundus	- الضخامي والعميق	Lyme borreliosis	دار البورلية لليم
- integumentalis	- الجلد / لحافة	Lyme disease	داء ليم
- integumentalis visceralis	- الجلد الحشوي	lymph	اللمف
- nail changes	- التبدلات الظفرية	- node classification, Ann Arbor	- تصنيف العقد ، لأن آربر
- neonatal	- الوليدي	- node classification, Rye	- تصنيف العقد ، لري
- profundus	- العميق	- vessels, tumors	- الأوعية ، الأورام
- subacute cutaneous (SCLE)	- الجلدي تحت الحاد	lymphadenitis, dermatopathic	- التهاب العقد اللمفية ، في اعتلال الجلد
- tumidus	- المتورم ، المنتبج	lymphadenopathy	- اعتلال العقد اللمفية
- visceralis	- الحشوي	- angioimmunoblastic	- الأرومي المناعي الوعائي
- lupus vulgaris	- الذأب الشائع	- dermatopathic	- باعتلال الجلد
		- immunoblastic	- الأرومي المناعي
		- syndrome (LAS)	- متلازمة
		- syndrome, chronic	- متلازمة ، مزمنة
		lymphadenosis cutis benigna	داء العقد اللمفية الجلدي السليم
		- nodular form	- الشكل العقيدي
		lymphadenosis cutis circumscripta	داء العقد اللمفية المحدد

lymphangiectasis penis	توسع الأوعية اللمفية على القضيب	- nonhereditary primary	- لا وراثي ، بدئي
lymphangiofibrosis thrombotica, obstructive	تليف الأوعية اللمفية الخثاري المسد	- Nonne - Milroy type	- نمط نون - ميلروي
lymphangioma	الوعاؤم اللمفي	- primary	- بدئي
- cavernosum subcutaneum	- الكهفي تحت الجلد	- secondary	- ثانوي
lymphangiosarcoma	الغرن الوعائي اللمفي	lymphogranulomatosis X	الورام الحبيبي اللمفي X
- postmastectomy	- عقب استئصال الثدي	lymphogranulomatosis, atypical	الورام الحبيبي اللمفي ، اللانمذجي
- of the scalp	- على الفروة	lymphoblastic	أرومة لمفاوية
lymphangitis	التهاب الأوعية اللمفية	- lymphoma	- لمفوم
- acute	- الحاد	- lymphosarcoma	- غرن لمفي
- circular indurated	- الحلقي الجاسي	lymphoblastoma, follicular	ورم أرومي لمفاوي ، جريبي
- of the penis, nonvenereal sclerosing	- على القضيب ، المصلب اللازهرري	lymphocyte	وعاؤم لمفي كيمي
- of the coronal sulcus/coronarius	- على الأخدود الإكليلي / الإكليل	transformation test	اختبار تحول الخلايا اللمفية
- of the coronal sulcus/coronarius, nonvenereal	- على الأخدود الإكليلي / الإكليل اللازهرري	lymphocytic	لمفاوي
lymphatic leukemia	ايضاض لمفاوي	- infiltration	- ارتشاح
- acute	- حاد	- leukemia, chronic (CLL)	- ايضاض دم ، مزمن
lymphatic - leukemic erythroderma	الأحمرية الإيضاضية اللمفية	- lymphoma	- لمفوم
lymphatics	لمفي	- lymphosarcoma	- غرن لمفي
lymphedema	الوذمة اللمفية	lymphocytoma	ورم لمفي
- differential diagnosis	- التشخيص التفريقي	lymphogenous metastases	انتقالات لمفية المنشأ
- essential congenital	- الولادي الأساسي	lymphogranuloma	الحبيوم اللمفي الأربي
- factitial	- مفتعلة	inguinale	
- hereditary congenital	- ولادية وراثية	lymphogranuloma venereum	الحبيوم اللمفي الزهري
- hereditary primary	- وراثية بدئية	lymphogranulomatosis	الورام الحبيبي اللمفي
- Meige type	- نمط ميغ	- benigna	- السليم
- nonhereditary idiopathic, noncongenital	- غامض غير وراثي وغير ولادي	- cutis erysipelatoides	- الجلدي الحمراني
		- maligna	- الحبيث
		lymphoid reticulosis	الشباك اللمفاني
		lymphoma(s)	لمفوم (ج : لمفومات)
		- angiotropic large - cell	- الخلايا الكبيرة الوعائية الانتحائية

- B - cell pseudolymphoma	- لمفوم الخلايا البائية الكاذب	macroglobulinemia	وجود الغلوبولين الكبري في الدم
- centroblastic	- أرومي مركزي	macroglossia	ضخامة اللسان
- centroblastic - centrocytic	- خلايا مركز الجراب - أرومات خلايا مركز الجراب	macular cutaneous amyloidosis	الداء النشواني الجلدي البقي
- centrocytic	- خلايا مركز الجراب	macular drug eruption	طفح دوائي بقعي
- histiocytic	- بالمنسجات	macules	بقع (م : بقعة)
- Hodgkin's malignant	- هودجكين ، الخبيث	- exogenous pigments	- الصباغات خارجية المنشأ
- immunoblastic	- أرومي مناعي	- extravasation of blood	- تسرب الدم خارج الأوعية
- immunocytic	- خلوي مناعي	- melanin content	- المحتوى القتاميني
- lymphoblastic	- بأرومة اللمفاوية	maculourtricular drug eruptions	الطفوح الدوائية البقية الشروية
- lymphocytic	- لمفاوي	Madelung's neck	عنق مادلونغ
- malignant (see malignant lymphoma)	- خبيث (انظر اللمفوم الخبيث)	Madura foot	قدم مادورا
- non - Hodgkin's	- لا هودجكين	Madurella	مادوريللا
- plasmacytic	- بالمصوريات	maduromycosis	فطار مادورا
- T - zone	- المنطقة T	Mafucci's syndrome	- متلازمة مافوسي
lymphomatoid granulomatosis	الورام الحبيبي اللمفوماتي	Mahorner - Ochsner test	اختبار ماهورنر - أوكسز
lymphomatoid papulosis	الحطاط اللمفوماتي	Majocchi's disease	داء ماجوشي
lymphopathia venerea	اعتلال لمفي زهري	Makai's syndrome	متلازمة ماكي
lymphoplasia of the skin	التسج اللمفي الجلدي	mal de melada	داء ميليدا
- benign	- سليم	mal del pinto	داء بنتو
lymphoplasmacytoid immunocytoma	ورم الخلايا اللمفية المصبورية المناعية	mal perforant	الداء الثاقب
lymphoreticular hyperplasias	فرط التسج الشبكي اللمفي	maladie des griffes du chat	داء خمشة القطعة
lymphosarcoma, lymphoblastic	غرن لمفي ، بأرومة اللمفاوية	Malayan filariasis	داء الخيطيات الملاية
		Malassezia folliculitis (see also pityrosporum)	التهاب الجريبات بالملاسيزية (انظر الويفاء البيضوية أيضاً)
		male	ذكر
		- genitalia, acute gangrene	- أعضاء التناسل ، الموت الحاد
		- hair loss	- فقد الأشعار
		- pattern alopecia	- طراز الخاصة
		- pattern balding	- الطراز الصلمي
		malformations	تشوهات

M

macroangiopathy, diabetic	اعتلال الأوعية الكبرية ، السكري
macrocheilia	ضخامة الشفاه
macroflocculation tests	الاختبارات التنقية الكبرية

Malherbe, calcifying epithelioma	مالريب ، الظهاروم المتكلس	and large noncleaved follicle center cells	وخللايا جريبية مركزية كبيرة غير متشطرة
malignant	الحيث	- with small cleaved follicle center cells	- بخلايا مركز الجريب ذات التشطرات الصغيرة
- acanthosis nigricans	- الشواك الأسود	- with small noncleaved follicle center cells	- بخلايا مركز الجريب غير المتشطرة والصغيرة
- atrophic papulosis	- الحطاط الضموري	- staging	- المرحلي
- cutaneous lymphomas, classification	- المصفومات الجلدية ، تصنيفها	malignant melanoma	الملائوم الخبيث
- epithelial tumors	- الأورام الظهارية	- acrolentiginous (ALM)	- شامات الأطراف (م ش أ)
- erythema	- الحماشي	- clinical stage	- المرحلة السريرية
- granuloma of the nose	- حبيوم الأنف	- differential diagnosis	- التشخيص التفريقي
- granulomatous angitis	- التهاب الوعائي الحبيومي	- distant metastases	- الإنتقالات البعيدة
hemangioendothelioma	- البطانوم الوعائي الدموي	- invasion level	- مستوى الغزو
- histiocytoses/ histiocytosis	- كثرة المنسجات	- lentigo maligna (LMM)	- الشامة الخبيثة
Hodgkin's lymphoma	- لمفوم هودجكين	- mitotic activity	- فاعلية الانقسام الفتيلي
- lymphoma (see malignant lymphoma)	- لمفوم (انظر للمفوم الخبيث)	- mucosal	- المخاطي
- mastocytoses	- كثرة الخلايا البدينة	- nevoid	- الوحماني
- melanoma (see malignant melanoma)	- ملائوم (انظر الملائوم الخبيث)	- nodular (NMM)	- العقيدي
- pustule	- بثرة	- pagetoid	- الباجيتاني
- reticulohistiocytosis	- كثرة المنسجات الشبكي	- prognostic index	- منسب الانذار
- syphilis	- إفرنجي / سفلس	size	- القد
malignant lymphoma(s)	- اللفوم الخبيث (ج : لمفومات)	- superficial spreading (SSM)	- الانتشار السطحي
- differentiation of B - lymphocytes	- تمايز الخلايا اللمفية البائية	- treatment	- المعالجة
- differentiation of T - lymphocytes	- تمايز الخلايا اللمفية التائية	- tumor thickness	- ثخن (سماكة) الورم
- with large noncleaved follicle center cells	- بخلايا مركز الجريب غير المتشطرة الكبيرة	malinger syndrome	متلازمة التمارض
- mixed small cleaved and large cell	- خلايا متشطرة صغيرة مختلطة والخلايا الكبيرة	malleus	الماليوس (من مرادفات الرعام)
- with small cleaved	- خلايا متشطرة صغيرة	Mallorca acne	عد مالوركا
		Malta fever	الحمى المالطية
		malum perforans	الداء الثاقب
		manifest psoriasis	الصداف الظاهري
		maple syrup disease	داء شراب خشب القيقب
		marasmus in children	السغل في الأطفال
		Marfan's syndrome	متلازمة مارفان
		Marjolin ulcer	قرحة مارجولين
		Maroteaux - Lamy	مارتو - لامي

– disease	– داء	megakaryocytic	قلة الصفائح النواء
– mucopolysacchari – doses	– داء عديدات السكر المخاطية	thrombocytopenia	
Martorell syndrome	متلازمة مارتوريل	Meinicke clearing reaction	التفاعل الراقق لمينيك
masons and construction workers contact dermatitis and eczema	العمال ، التهاب الجلد التماسي والإكزيمة	melanin	الميلانين
mast cell(s)	الخلية (ج : الخلايا) البدينة	– pigmentation	– تصبغ
– nevus	– وحة	melanization	التقلن
mastocytoma, disseminated	ورم الخلايا البدينة ، المنتثر	melanoacanthoma	شوكوم ملاني
mastocytoma, localized	ورم الخلايا البدينة ، الموضع	melanocytes	خلايا ملانية
mastocytoses/ mastocytosis	كثرة الخلايا البدينة	– dermal	– أدمية
– cutaneous	– الجلدي	– epidermal	– بشروية
– cutaneous, diffuse	– الجلدي ، المنتشر	melanocytosis,	كثرة الخلايا الملانية ، الجلدية
– malignant	– الخبيث	oculodermal	العينية
– systemic	– المجموعي	melanoderma	تملن الجلد
mattress phenomenon	ظاهرة الفراش	melanodermatitis	التهاب الجلد الملاني السمي
maturation defect	عيب نضجي	melaodermia reticularis	تملن الجلد الشبكي الحروري
Mayo dermatological wet dressing	ضمادات مايو الجلدية الرطبة	calorica	
McCune – Albright syndrome	متلازمة مكوين – البرايت	melanoerythroderma	احمرار الجلد الملاني / أحمرية ملانية
measles	حصبة	melanogenesis	تكون الميلانين
mechanical skin damage	تخريب الجلد الآلي	– biochemistry	– الكيمياء الحيوية
mechlorethamine	ميكلوريتامين	– disorders	– اضطرابات
meclocycline	ميكلوسيكلين	– endocrine control	– مراقبة صماء
medical professionals, contact dermatitis and eczema	المهن الطبية ، التهاب الجلد بالتماس والإكزيمة	– morphology	– الشكليات
Mediterranean fever	حمى البحر المتوسط	melanoma	الملائوم
MED – UVB (minimal erythema dose)	ج د ح ص – للأشعة فوق البنفسجية ب (الجرعة الحمامية الصغرى)	– acrolentiginous (ALM)	– شامات الأطراف (شاط)
Mees' stripes	خطوط ميس	– acrolentiginous, subungual tumors	– شامات الأطراف ، الأورام تحت الظفر
		– amelanotic	– اللاملاني
		– anorectal	– الشرجي المستقيمي
		– benign, juvenile	– السليم ، الفتوي
		– desmoplastic	– تصنع رابطي
		– lentigo maligna (LMM)	– الشامة الخبيثة (شاخ)
		leukometastases	– النقائل البيضاء
		– malignant (see malignant melanoma)	– الملائوم الخبيث (انظر الملائوم الخبيث)
		– nail	– ظفري

- in situ	- لا بد / في موضعه	meningoencephalitis	التهاب السحايا والدماغ
- superficial spreading (SSM)	- المتشر السطحي	herpetica	الحلثي
melanophages	يلعم الملائين	Menkes' disease	داء مينكيه
melanoprotein	بروتين ملائي	Menkes' syndrome	متلازمة مينكيه
melanosis	ملان	menstrual	عد الحيض (السابق
- arsenic	- زرنخي	(premenstrual) acne	للحيض)
- Becker's	- بيكر	menthol	المينتول
- Buschke's heat	- الحراري لبوشكيه	merbromin	ميربرومين
- circumscripta	- طليعة / مقدمة الأرومة	mercurials, organic	الزئبقيات ، العضوية
praeblastomatosa	المحددة	mercuric sulfide, red	سلفيد الزئبق (الزئبق) ، الأحمر
- circumscripta	- مقدمة السرطان المحدد	mercurochrome	ميركروكروم
praecancerosa		mercury	الزئبق
- diffusa congenita	- المتشر الولادي	- ammoniated	- الأمونياثي
- of Dubreuilh,	- دوبروي ، مقدمة السرطان	- salts	- أملاح
circumscribed	المحدد	Merkel's cell(s)	خلية (خلايا) ميركل
precancerous		- carcinoma	- سرطانة
- hypomelanosis	- نقص الملائين	Merkelioma	ورم خلايا ميركل
- lenticularis	- العدسي المعم		(ميركليوم)
generalisata		mesenchymal tumors	أورام اللحمية المتوسطة
- neurocutaneous	- العصبي الجلدي	metabolic	استقلابي
- neurocutaneous,	- العصبي الجلدي ، المتشر	- calcinosis	- كلاس
diffuse		- calcinosis, localized	- كلاس ، موضع
- neviformis	- وحمي الشكل	- panniculitis	- التهاب السبلة الشحمية
- perioralis et	- حول الفم ، وحول الخدين	metabolism	استقلاب
peribuccalis		- amino acid,	- الحمض الأميني ،
- Riehl's	- ريل	disorders	اضطرابات
melanosome(s)	جسيمات الملائين	metabolism	استقلاب ، أيض
	(الملائوزوم)	- copper	- النحاس
- complexes	- معقدات	- iron	- الحديد
melanotic precancerosis	طليعة السرطان الملانية	- lipid	- الشحم
melasma	الكلف	- lipid, local	- الشحم ، اضطرابات
meliodosis	راعوم (من الرعام)	disturbances	موضعية
Melkersson - Rosen -	متلازمة ملكرسون - روزنتال	- mucopolysaccharide	- عديدات السكريد المخاطية
thal syndrome		- phenylalanine -	- فينيل آلانين - تيروزين
Mendes da Costa's	متلازمة منده داكوستا	tyrosine	
syndrome		- purine	- البيورين
meningococcal sepsis,	انتان السحائيات ، الخاطف	- zinc	- الزنك
fulminant			

metachromatic	حثل أبيض متبدلة اللون	Mikulicz's syndrome	متلازمة ميكوليز
leukodystrophy		milia	دخنية
metachronic	عديدة الأشكال متبدلة اللون	- eruptive	- طفحية
polymorphism		miliara	الدخنية
metal workers, contact	عمال المعادن ، التهاب الجلد	- apocrine	- المغترزة
dermatitis and eczema	التهامسي والإكزيمة	- crystallina	- البلورية
metastases,	النقائل ، مكونة الدم	- pathogenesis	- الأمراض
hematogenous		- profunda	- العميقة
metastases,	النقائل ، مكونة اللحم	- rubra	- الحمراء
lymphogenous		- scarlatiosa	- القرمزية
metastatic clacinosi	كلاس نقيلي	miliary follicular	القرح الجريبي الدخني (قريح جريبي)
metastatic carcinoma	سرطانة نقيلية	chancr (follicular	
metatypical basal cell	سرطانة الخلية القاعدية متبدلة	chancroid)	
carcinoma	النقط	miliary tuberculosis	التدرن الدخني
methenamine	ميتنامين	milk crust	جلبة الحليب
methylnalonic aciduria	يلة حمض الميتيل مالونيك	milker's	الحلابين
metophyma	فيمة الجبهة	- callosities	- أثقان
Meyenburg - Altherr -	متلازمة - ماينبرج - التر -	- callus	- ششن
Uehlinger syndrome	أوهلنجر	- granulation nodules	- عقيدات محبة
Meyer's sign	علامة مير	- nodule	- عقيدة
Michelin tire baby	متلازمة الطفل على هيئة إطار	- pox	- جذري
syndrome	ميشيلين	mineral oils	زيوت معدنية
microangiopathic	فقر الدم الانحلالي باعتلال	mineral powders	مساحيق معدنية
hemolytic anemia	الأوعية الصغيرة	miniature follicles	الجريبات القزمة
microabgiopathy,	اعتلال الأوعية الصغيرة ،	minimal erythema dose	الجرعة الحمامية الصغرى
diabetic	السكري	(MED - UVB)	(ج د ح ص - أ ف ب)
microcomedo	الزؤان الصغرى	mirror - picture cells	شكل الخلايا التي تبدي مظهر المرأة
microsporosis	داء البويغاعات	Mitchell's syndrome	متلازمة ميشيل
Microsporum	البويغاء	mite(s)	سوس
Miescher's	ميشر	- bird	- الطور
- granuloma of the	- حبيوم الوجه	- dermatitis	- التهاب الجلد
face		- follicle	- الجريبي
- nodules	- عقيدات	- house dust	- غبار المنزل
- syndrome	- متلازمة	mitsuda reaction	تفاعل ميتسودا
migrating	الهاجر	Mitsuda - Hayasaki	اختبار ميتسودا - هيازاكي
- cheilitis	- التهاب الشفة	test	
- filaria	- الخيطية	mixed	مختلط
- plaques	- اللويحات		
Mikulicz's aphthae	قلاع ميكوليز		

– connective tissue disease	– داء النسيج الضام	monoclonal gammopathy	اعتلال غلوبولين وحيد النسيلة
– hepatic porphyria	– البرفيرية الكبدية	monocyte angina	ذباح الوحيدات
– small cleaved and large cell malignant lymphoma	– اللمفوم الخبيث ذو التشطر الصغير والخلايا الكبيرة	monocytic leukemia	ابيضاض الوحيدات
Moeller – Barlow disease	داء مولير – بارلو	mononucleosis, infectious	كثرة الوحيدات ، الحمجية
Moeller – Hunter glossitis	التهاب اللسان لمولير – هنتر	monovalent contact allergy	الأرج التحاسي أحادي التكافؤ
Moh's chemosurgery	الجراحة الكيميائية لموس	Montgomery's syndrome	متلازمة مونتغومري
molds	عفن	morbid hair pulling	جر الأشعار المرضي
– black piedra	– البصرة السوداء	morbilli	حصبة
– onychomycosis	– الفطار الظفري	morbilliform drug eruptions	الطفوح الدوائية حُصْبِيَّة الشكل
– otomycosis	– الفطار الأذني	morbus	مرض
– tinea nigra	– السعفة السوداء	– Dercum	– ديركوم
mollusca contagiosa	المليساء المعدية	– hemorrhagicus	– النزفي البقعي لفورلهوف
molluscoid nevocytic nevus	وحمة الخلايا الوحمة المليساتية الشكل	maculosus Werlhof	
molluscoid	الأورام الكاذبة المليساتية	– hemorrhagicus neonatorum	– النزفي الوليدي
pseudotumors		Morgagni's syndrome	متلازمة مورغاني
molluscum contagiosum	المليساء المعدية	Morgan – Dennie lines	خطوط مورغان – ديني
– giganteum	– العملاقة	morphea	القشعية (المورفيا)
– pediculatum	– المسوقة	– guttate (scleroderma)	– النقطية (تصلب الجلد)
molluscum ..	المليساء السرطانية الكاذبة	– profunda	– العميقة
pseudocarcinoma – tosum		morpheiform basal cell carcinoma	سرطانة الخلية القاعدية قشعية الشكل
molluscum sebaceum	المليساء الوهمية	Morquio A, B	موركيو ، داء عديدات
Mondor's disease	داء موندور	mucopoly – saccharidoses	السكريد المخاطية آ ، ب
Mondor's syndrome	متلازمة موندور	morsicatio buccarum	عضة باطن الخد
mongolian spot	البقع المنغولية	Morvan's ulcer	قرحة مورفان
monilethrix	الشعر السبحي	mosaic warts	الثآليل المزينة
moniliasis	داء المبيضات	Moschcowitz's syndrome	متلازمة موسكوفيتز
monkeypox	جدري القردة	motorcyclist's disease	داء سائق الدراجة النارية
monobenzene	مونوبنزون (أحادي البنزون)	mouth, candidosis of the mucous membrane of the mouth	الفم ، داء المبيضات على الأغشية المخاطية للفم
monoclonal cryoglobulinemia	الغلوبولين القوي وحيد النسيلة		

mouth, rhagades of the angle of the mouth	الفم ، فلولع زاوية الفم	mucopolysaccharide metabolism	استقلاب عديدات السكريد المخاطية
MPS,	داء عديدات السكريد المخاطية	mucopolysaccharidoses (MPS)	داء عديدات السكريد المخاطية (د ع س م)
mucopolysacchari - doses		- hereditary	- الوراثي
Mucha - Habermann syndrome	متلازمة موش - هابermann	- Hunter	- هنتر
mucinoses/mucinosi	الداء الموصيني	- Maroteaux - Lamy	- لماروتو - لامي
- epithelial	- الظهاري	- Morquio A, B	- لموروكو آ ، ب
- erythematous/ erythematosa,	- الحمامي الشبكي	- Pfaundler - Hurler	- بفوندرلر - هيرلر
reticular/ reticularis		- Sanfilippo A, B, C	- لسانفيليبو آ ، ب ، ث
- euthyroidism	- سوي الدرقية	- Sanfilippo D	- لسانفيليبو
- dermal	- قصور الدرقية	- Ulrich - Scheie/ Scheie	- آلريش - سكي
- follicular/follicularis	- الجلدي	mucosal	بالمخاطية
- hyperthyroidism	- فرط الدرقية	- melanoma	- ملانوم
- hypothyroidism	- قصور الدرقية	- papillomas	- حليمومات
- papulosa seu lichenoides	- الحطاطي والحزازاني	- warts	- ثآليل
- plaque - like	الشبيهة باللويحي	mucous	مخاطي
- plaque - type, cutaneous	- النمط اللويحي ، الجلدي	- cyst	- كيسة
mucinous papules	الحطاط الموصيني (المخاطيني)	- gland cyst,	- كيسة غدوية ، رضحية
mucocoele	القيلة المخاطية	traumatic	- حبيوم
mucocutaneous candidosis	أدواء المبيضات الجلدية المخاطية	- granuloma	- الأغشية المخاطية للخددين
- diffuse chronic	- المنتشر المزمن	- membranes of the cheeks	- الأغشية للحنك
- familial chronic	- العائلي المزمن	- membranes of the palate	- الأغشية ، الفموية
mucocutaneous leishmaniasis	داء الليشمانيات الجلدي المخاطي	- retention cyst, traumatic	- كيسة احتباسية ، رضحية
mucocutaneous lymph node syndrome	متلازمة العقد اللمفية الجلدية المخاطية	mucoviscidosis	تلزج مخاطي / تليف المشكلة الكيسي
muroid dorsal cyst of the fingers	الكيسة المخاطانية على ظهر الأصابع	Muehrcke's bands	أشرطة ميوريك
mucolipidoses	الشحام المخاطي	multicentric reticulohistiocytosis of skin and synovia	كثرة المنسجات الشبكية متعددة المراكز في الجلد والزليل
mucophanerosis intrafollicularis et seboglandularis	الداء المخاطيني داخل الجريبي والغدد الزهمية	multifocal eruptive pilomatricoma	ورم أم الشعرة الطفحي متعددة البؤر
		multiform erythema	الحمامي عديدة الأشكال

multiple fibromata of the fingers	الليفوم المتعدد على الأصابع	– fungoides (see mucosis fungoides)	– فطواني (انظر الفطار الفطواني)
multiple sweat gland abscesses in neonates	خراجات الغدد العرقية المتعددة في الولادات	– localized, with epidermotropism	– موضع ، منحاز للبشرة / ذات جذب بشروي
Munchhausen's syndrome	متلازمة مونش هوسين	– stained preparation	– مستحضر ملون
Munro's microabscesses	الخراجات الصغيرة لمونرو	– subcutaneous	– تحت جلدي
murine (endemic) typhus	التيفوس (المتوطن) الفأري / الجرذي	– systemic	– مجموعي / جهازي
Murray's syndrome	متلازمة موري	– unstained preparation	– مستحضر غير ملون
muscle, arrector pili	العضلة ، مقفة الشعرة	– visceral	– حشوي
muscle tumors	أورام العضلات	– Wood's lamp	– مصباح وود
myasthenia dolorosa	الوهن العضلي المؤلم	mycosis fungoides	الفطار الفطواني
mycelium	أفطورة (ج : أفاطير)	– Alibert – Brazin form	– شكل اليبيرت – برازين
mycetoma	الفطروم	– d'emblée	– مقطوع الرأس / مفاجئ
mycids	طفحات فطرية	– erythroderma form	– شكل احمرار الجلد ، شكل احمرية
– lichen trichophyticus	– الحزاز الشعروي	– infiltrative stage	– مرحلة الارتشاح
mycobacterial infections, atypical	أخماج المتفطرات ، اللا نموذجية	– premycosis stage	– مرحلة سابقة للفطار
Mycobacterium tuberculosis	المتفطرة الدرنية	– stages	– مراحل
mycoplasma	المفطورة	– tumor stage	– مرحلة الورم
– genital	– التناسلية	myeloid leukemia	الاييضاض النقوي
– M. genitaliym	– مفطورة أعضاء التناسل	myeloma, multiple	نقيوم ، متعدد
– M. hominis	– المفطورة الانسانية	myelosis cutis	داء نقوي جلدي محدد
– M. pneumoniae	– المفطورة الرئوية	– circumscripta	– بالأسسات
– T	– ت	– basophilica	– بالحمضيات
– urethritis	– التهاب الأكليل	– eosinophilica	– بالوحيدات
mycoses/mycosis	فطار (ج : الفطارات)	– monocytica	– النَقَف
– cryptococcus	– المستخفية	myiasis	– الحارجي
– culture of fungi	– زرع الفطور	– externa	– المهاجر الخطي
– deep	– عميق	– linearis migrans	ورم أرومة العضلية ، خلية محبة
– dermal	– جلدي / أدمي	myoblastoma, granular cell	وذمة مخاطية
– diagnosis	– التشخيص	myxedema	– محددة
– epidermal	– بشروي	– circumscribed	– محددة متناظرة أمام
– follicular	– جريبي	– circumscriptum	الظنبوب
– of the foot	– القدم	– symmetricum	
		– praetibiale	

- circumscriptum thyreotoxicum	- انسهم درقي محدد
- diffuse	- منتشرة
- pretibial	- أمام الظنبوب
- true	- حقيقية
- tuberosum	- معجزة ، عجزية
myxoderma (see mucinoses/mucinosi and myxedema)	جلدي مخاطي (انظر الداء الموسيني والوذمة المخاطية)
- papulosum	- حطاطي
myxodermia	الجلدي المخاطي المحدد المتناظر
circumscripta	أمام الظنبوب
symmetrica	
praetibialis	
myxoid finger cyst	كيسة الأصبع المخاطانية
myxoma	مخاطوم
- emboli	- صمة (ج : صمات)

N

nail en raquette	ظفر الراكيت
nail(s)	الظفر (ج : أظفار)
- bed	- سرير
- changes (see nail changes)	- تبدلات (انظر تبدلات الأظفار)
- claw	- مخلب
- coloration	- تلوين
- crooked	- معقوف
- fold, proximal	- الثنية ، الدانية
- fold psoriasis	- صدف الثنيات
- great toenail	- حنظل ظفر الأجناس الكبير
dystrophy	
- half - and - half	- متناصف
- hangnails	- ساف الظفر ، نثرة حول الظفر
- ingrown	- ناشب
- matrix	- مطرق (أم الجريب)
- melanoma	- ملانوم
- 20 - nail dystrophy	- حنظل العشرون ظفراً

- nail - patella syndrome	- متلازمة الظفر والرضفة
- neapolitan	- نابولي
- nevus pigmentosus	- الوحمة المصطبغة
- pigment changes	- تبدلات الصباغ
- pincer nail syndrome	- متلازمة الأظفار الملقطية / الكماشية
- plate	- صفيحة
- psoriasis	- الصدف
- racket	- مضرب
- ridged	- حرف ، حافة
- spoon	- ملعقة
- tennis racket	- مضرب التنس
- thimble	- حلقة
- tower	- برج
- tube	- أنبوب
- watchglass	- زجاجة ساعة
yellow nail syndrome	- متلازمة الظفر الأصفر
nail(s) changes	- تبدلات الأظفار
- acquired	- المكتسبة
- alopecia areata	- الحاصة البقعية
- amyloidosis	- الداء النشواني
- autoimmune diseases	- أمراض المناعة الذاتية
- bullous pemphigoid	- الفقاعاني الفقاعي
- congenital	- الولادي
- dermatitis	- التهاب الجلد
- dermatomyositis	- التهاب الجلد والعضل
- epidermolysis	- انحلال البشرة الفقاعي
bullosa dystrophica	- الحنطلي
- lichen planus	- الحزاز المسطح
- lupus erythematosus	- الذأب الحمامي
- Lyell's syndrome	- متلازمة لايل
- pemphigus vulgaris	- الفقاع الشائع
- pityriasis rubra pilaris	- النخالية الحمراء الشعرية
- psoriasis	- الصدف
- Raynaud's disease	- داء رينو
- Reiter's disease	- داء رايت
- scleroderma	- تصلب الجلد

- skin diseases	- أمراض الجلد	neonatal bullous	القوباء الفقاعية عند الوليد
- Zinsser - Cole - Engman syndrome	- متلازمة زينسر - كول اينغمان	impetigo	الذأب الحمامي عند الوليد
naked papillary epithelioma	الظهاروم الحليمي العاري	neonatal lupus erythematosus	الوليد (ج : الولدان) (انظر الوليد أيضاً)
napkin dermatitis	التهاب الجلد الحفاضي	neonate(s) (see also newborn, infantile, infants)	- عد
napkin rash	طفح حفاضي	- acne	- خراجات الغدد الدرقية المتعددة
Natal sore	القرحة الولادية	- multiple sweat gland abscesses	- الصلدمة
natamycin	ناتاميسين	- sclerema	- التهاب الجلد المني
navel stones	حصيات السرة	seborrhic dermatitis	- إكزيمة مثية
neapolitan nails	الأظفار النابولية (نسبة إلى نابولي)	- seborrhic eczema	- اضطرابات الجلد
neck	العنق	- skin disorders	- الحمامي السمية
- cysts	- كيسات	- toxic erythema	تكون الورم ، الخلية ب
- fistulas	- نواسير	neoplasia, B - cell	تكون الورم ، الخلية ت
- Madelung's	مادلونغ	neoplasia, T - cell	داء بطاني ورمي
necrobiosis lipoidica	البلى الفيزيولوجي الشحماني	neoplastic endotheliosis	تبدلات العصب ، الجذام
- diabeticorm	- السكري	nerve changes, leprosy	الجهاز العصبي ، الإفونجي
- of the face and scalp, atypical	- على الوجه والقرو ، اللائودجي	nervous system, tertiary syphilis	الثالثي
- maculosa disseminata	- البقعي المنتثر	nervous system, tumors	الجهاز العصبي ، الأورام
necrobiotic	الحبيوم الأصفر في البلى	Nesselsucht	طفح قريصي
xanthogranuloma	الفيزيولوجي	Netherton's syndrome	متلازمة نيترتون
necrolysis, toxic epidermal (TEN)	الإنحلال النخري ، السمي البشري	nettle rash	طفح نبات القريص
necrolytic migratory erythema	الحمامي المهاجرة الإنحلالية النخرية	neurilemmoma	ورم غمد الليف العصبي
necroses/necrosis (see also skin necroses)	النخر (انظر النخر الجلدي)	neurinoma	شفانوم
- chlorquinaldol	- كلوركينالدول	neuroblastoma	ورم أرومة العصبية
- dequalinium	- دكوالينيوم	neurocutaneous	جلدي عصبي
necrotizing fasciitis	التهاب اللقافة الناحر	- melanoblastosis syndrome	- متلازمة الأرام الملاني
Neisseria gonorrhoeae	النيسيرية البنية	- melanosis	- ملان
Nemathelminthes (roundworms)	الديدان المسودة (الديدان المدورة)	- melanosis, diffuse	- ملان ، منتشر
Nematoda (threadworms)	الممسودات (الديدان الخيطية)	- sensory syndromes, congenital	المتلازمات الحسية ، الولادية
neomycin	نيوميسين	neurodermatitis/ neurodermitis	الجلاد العصبي (التهاب الجلد العصبي)
		- atopica	- التأتبي
		- circumscripta	- المحدد

- constitutional	- البنيوي	- basal cell bevus	- متلازمة الخلايا القاعدية
- disseminata	- المنتثر	- syndrome	- الوحشية
- diffusa	- المنتشر	- Becker's	- بيكر
neuroectodermal	متلازمة الأديم الظاهري	- blue	- الزرقاء
syndrome	العصبي	- blue, cellular	- الزرقاء الخلوية
neuroendocrine	السرطانة العصبية الصباوية في	- cell nevus	- الخلايا الوحشية
carcinoma of the skin	الجلد	- ceruleus	- الزرقاء
neurofibroma	ليفوم عصبي	- comedonicus	- الرؤانية
neurofibromatosis	ورام ليفي عصبي	- connective tissue	- النسيج الضام
- generalisata	- معمم	- curly hair	- الأشعار الجعدة
- generalisata, signs	- معمم ، علامات	- dermal melanocytic	- الأدمية ملانية الخلايا
- von	- فون ريكلنهاوزن	- dysplastic	- المشدونة
Recklinghausen's		- dysplastic syndromes	- متلازمات الوحامات المشدونة
neurogenic skin atrophy	ضمور الجلد عصبي المنشأ	- elasticus	- المرنة
neurolemmoma	ورم غمد الليف العصبي	- elasticus regionis	- المرنة في منطقة الثدي
neuroleptics	مضادات الذهان	mammariae	
neurological skin	أدواء الجلد العصبية	- epidermal	- البشرية
diseases		- epidermal	- البشرية ملانية الخلايا
neuroma	عصبوم	melanocytic	
neuropathic	حتل الأطراف بالاعتلال	- epithelial	- الظهارية
acrodistrophy,	العصبي ، البدئي	- flammeus	- الشمعية
primary		- fuscoceruleus	- الزرقاء القائمة الدالية
neurotic buccal ulcer	قرحة الفم العصبية	deltoideoacrominalis	- الأخرمية
neurotic excoriations	تسحجات عصبية	- fuscoceruleus	- الزرقاء القائمة العينية الإبطية
neurotrophic ulcer in	قرحة إغتنائية عصبية في	ophthalmomaxillaris	
acropathia	اعتلال الأطراف القرحي	- giant pigment	- الصباغية العملاقة
ulcero - mutilans	الجادع اللاعائلي	- hair (nevus pilosus)	- المشعرة (الوحمة المشعرة)
nonfamiliaris		- hair follicle	- الجريبية المشعرة
neurotrophic	التقرحات الإغتنائية العصبية	- halo	- الهالية
ulcerations		- halo melanocytic	- الهالية ملانية الخلايا
neutral soaps	صوابين معدلة	- inflammatory linear	- الإلتهابية الخطية الثؤلولية
neutrophilic	الجلاد العدل ، الحمي ، الحاد	verrucous epidermal	- البشرية
dermatosis, febrile,		- Ito's	- إيتو
acute		nevi/nevus	- وحمات / وحة
nevi/nevus	وحمات / وحة	- junctional	- الموصل
- anemicus	- فقرمية	- large nodular	- النسيج الضام المنتثرة
- araneus	- العنكبوتية	disseminated	- العقيدية الكبيرة
- asterisk	- الكوكبية (النجمية)	connective tissue	

– linear nevus sebaceus syndrome	– متلازمة الوحمة الزهمية الخطية	– varicosus osteohypertrophicus	– الدوالي مفرطة التضخامة العظمية
– lipomatosus	– الشحمومية	– vascular/vascularis (see nevi/nevus vascularis)	– وعائية (انظر الوححات / الوحمة الوعائية)
– lumbosacral connective tissue	– النسيج الضام القطنية العجزية	– verrucosus	– ثؤلولية
– mast cell	– الخلايا البدينة	– verrucosus unius lateris	– الثؤلولية وحيدة الجانب
– molluscoid nevocytic	– الخلايا الوحمة الملسائية	– vinosus	– المتفايرة الألوان
– nevocellular	– الخلايا الوحمة	– white sponge	– البيضاء الإسفنجية
– nevocellularis pigmentosus	– الخلايا الوحمة المصطبغة	– woolly hair	– الأشعار الصوفية
– nevocytic	– الكيسات الوهمية	nevi/nevus pigmentosus	– وححات / الوحمة المصطبغة
– nevus – spilus – like hyperpigmentation	– مفرطة التصبغ المشبهة بالوحمة البقعية	– nails	– الأظفار
– organoid	– عضوانية	– nevocellularis	– الخلايا الوحمة
– Ota's	– أوتا	– et papillomatosus	– والحليمومية
– pigment cell	– الخلايا الصباغية	– et pilosus	– والشعرة
– pigmented hairy epidermal	– بشروية مشعرة مصطبغة	nevi/nevus vascular/vascularis	– وححات / وحمة وعائية
– pigmented nevocytic	– الخلايا الوحمة المصطبغة	– mixtus	– مختلطة
– pigmentosus (see nevi/nevus pigmentosus)	– مصطبغة (انظر الوححات / الوحمة المصطبغة)	– phakomatoses	– أورام عدسية
– pilosus (hair nevus)	– مشعرة (الوحمة المشعرة)	nevocellular nevus	– الوحمة وحمة الخلايا
– sebaceous gland	– الغدد الزهمية	nevocytic nevi/nevus	– الوححات وحمة الخلايا / الوحمة
– sebaceus senilis	– الزهمية الشيخية	nevoid	– وحمانى
– senile sebaceous glands	– الغدد الزهمية الشيخية	– basal cell carcinoma	– سرطانة الخلية القاعدية
– spider	– العنكبوتية	– cystic tumors	– أورام كيسية
– spilus	– البقعية	– hypertrichosis	– فرط الأشعار
– spindle cell	– الخلايا المغزلية	– melanoma	– ملانوم
– Spitz'	– سبيتز	– xanthoma	– صفروم
– spongiosus albus mucosae	– اسفنجية بيضاء على المخاطية	– nevoxanthoendothelioma	– البطانوم الأصفر الوحى
– Sutton	– سوتون	nevus (see nevi/nevus)	– وحمة (انظر الوححات / الوحمة)
– sweat gland	– الغدد العرقية	nevus – spilus – like hyperpigmentation	– فرط التصبغ المشبه بالوحمة البقعية
– syringoadenomatous papilliferus	– غدية عرقية حليمية	new working formulation	– صيغة العمل الجديدة
– telangiectaticus	– متوسعة الشعيرات		
– Unna – Politzer	– أوننا – بوليتزير		

New World leishmaniasis	داء ليشمانيات العالم الجديد	njovera	اسم يطلق على البجل في زيمبابوي
newborn	الوليد	nocardiosis	داء النوكاردية
– fat sclerema	– الصلدمة الدهنية	NMM (nodular malignant melanoma)	م خ ع (الملائوم الخبيث العقيدي)
– fatty tissue	– النسيج الدهني	nodes	عقد (م : عقدة)
– hemorrhagic diathesis	– الأثرة للنزف	– Bouchard's	– بوكارد
– herpes sepsis	– إثنان حلي	– Heberden's	– هيبيردين
– lamellar desquamation	– التوسف الصفاحي	nodose erythema	الحمامي العقدة
– lamellar exfoliation	– التقشر الصفاحي	nodose tuberculid	طفحة سلية عقدة
– subcutaneous fat necrosis	– النخر الشحمي (الدهني) تحت الجلد	nodular	عقدي
– syphilis	– الإفرنجي	– abscesses	– خراجات
NGU (nongonococcal urethritis)	التهاب الإحليل اللابني	– bullous pemphigoid	– الفقاعاني الفقاعي
Nicolas – Durand – Favre disease	داء نيكولاس – دوراند – فافر	– disseminated connective tissue nevus, large	– وحة النسيج الضام المنتثرة الكبيرة
Nicolau's syndrome	متلازمة نيكولو	– elastosis with comedones	– المران مع الذؤان
nicotinamide (vitamin B3, pellagra preventive factor	نيكوتيناميد (فيتامين ب ٣ ، العامل الواقي من البلاغرا)	– elastosis with cysts	– المران مع الكيسات
nicotinic acid	حمض النيكوتين	– erythemas	– الحمّامات
Niemann – Pick disease	داء نيمان – بيك	– fasciitis, subcutaneous	– التهاب اللفافة ، تحت الجلد
Niemann – Pick syndrome	متلازمة نيمان – بيك	– filariosis	– داء الخيطيات
night blindness	عشاوة	– melanoma (see nodular melanoma)	– الملائوم (انظر الملائوم العقيدي)
Nikolski's phenomenon, pemphigus vulgaris	ظاهرة نيكولسكي ، الفقاع الشائع	– prurigo	– الحكاك (الأكال)
nipple(s)	حلمه (ج : حلمات)	– vasculitis	– التهاب الأوعية
– adenomatosis	– ورام غدي	nodular melanoma	الملائوم العقيدي
– accessory	– إضافية	– malignant	– الخبيث
– Paget's disease	– داء باحيت	– primary	– البدئي ، الأولي
– supernumerary	– مزيد عددي	nodules	عقيدات
nit	صُوبة (ج : صبان)	– indurated	– جاسفة
nitrate, silver	نترات ، الفضة	– rheumatic/ rheumatoid	– رثوي ، رثياني
nitrofurazone	نيتروفورازون	noduli rheumatosi	العقيدات الرثوية
		nodulus	عقيدات جلدية
		cutaneus/cutaneous	
		noma stomatitis	آكلة الفم

nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma	احمرار الجلد (أحمرية) الساكني الشكل الولادي غير الفقاعي	normolipemic plane xanthomatosis	الورام الأصفر المسطح سوي شحوم الدم
nondystrophic epidermolyses	انحلال البشرة اللاحتلي	North American blastomycosis	القطار البرعمي الأمريكي الشمالي
nonfamilial pseudosyringomyelic ulcero – mutilating acropathy	اعتلال الأطراف القرصي الجادع في تكهف النخاع غير العائلي	North Asian tick typhus	تيفوس القراد الآسيوي الشمالي
nongonococcal urethritis (NGU)	التهاب الإحليل اللابني	Norwegian scabies	الجرب النرويجي
nonhereditary – dysplastic nevus syndromes	غير الوراثي – متلازمات الوحمات المثلونة	nose, fibrous papule	الأنف ، الحطاطة المتليفة
– idiopathic lymphedema, noncongenital	– الوذمة اللمفية الغامضة (الذاتية) اللاولادية	nose, syphilitic saddle nose	الأنف ، الأنف السرجي الإفريقي
– primary lymphedema	– الوذمة اللمفية الأولية (البدئية)	nosocomial gangrene	موات المشافي أو المستوصفات نمي
non – Hodgkin's lymphomas	اللمفومات اللاهودجكينية	nummular – atopic eczema	– إكزيمة تأتبية
– cutaneous, high malignancy	– الجلدية ، عالية الحباثة	– dermatitis	– التهاب جلد
– low malignancy	– منخفضة الحباثة	– eczema (see nummular eczema)	– إكزيمة (انظر الإكزيمة الحمية)
nonionizing radiation	التشعيع اللاشاردي (غير المؤين)	– psoriasis	– صدف
Nonne – Milroy – Meige syndrome	متلازمة نون – ميلروي – ميج	nummular eczema	إكزيمة نمية
nonspecific urethritis	التهاب الإحليل اللانوعي	– children	– الأطفال
nonsteroidal antiinflammatory drugs	الأدوية المضادة للإلتهاب غير الستيروئيدية	– differential diagnosis	– التشخيص التفريقي
nonvenereal lymphangitis of the sulcus coronarius	التهاب الأوعية اللمفية اللازهرية على الثلم الاكليلي	– infants	– الرضع
nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis	التهاب الأوعية اللمفية المصلبة اللازهرية على القضيب	– microbial	– جرثومي
		nutritional disorders	اضطرابات التغذية
		nystatin	نيستاتين
			O
		obligate precanceroses	مقدمات / سوابق السرطان الإجبارية
		OCA (oculocutaneous albinism)	المهق الجلدي العيني (م ج ع)
		– types	– أنماط
		occlusive wet dressings	ضمادات رطبة كثيمة
		occupational	مهني
		– contact allergens	– مستأرجات تماسية
		– dermatitis	– التهاب جلد
		– eczema	– إكزيمة

ocher – yellow purpura	الفرفرة الصفراء المغربية	Olmos – Castro test	اختبار أولموس – كاسترو
ochronosis	المفرانية	<i>Onchocerca volvulus</i>	كلاية-الذنب الملتوية
– exogenous	– خارجية المنشأ	onchocerciasis	داء كلاية الذنب
ocular albinism	المهق العيني	onychoatrophy	ضمور الأظفار
ocular pemphigus	الفقاع العيني	onychoauxis	غلظ الأظفار
oculocutaneous	جلدي عيني	onychodystrophy/	حثل الأظفار
– albinism (OCA)	– المهق (م ج ع)	onychodystrophia	
– albinoidism	– المهقاني	– mediana	– المتوسط قنوي الشكل
– syndrome	– متلازمة	canaliformis	
– tyrosinemia	– تيروزينية	– schindlamoides	– المصحى
oculodermal	كرة الخلايا الملانية الجلدي	onychogryphosis	انعقاد الأظفار
melanocytosis	العيني	onycholysis	انفكاك ظفري
Odland bodies	أجسام أودلاند (الجسميات	– canaliformis	– قنوي الشكل
(keratinosomes)	القرنية)	– semilunaris	– هلال
odontogenous fistula	نواسير تكون الأسنان	– totalis	– كلي
I' oedème bleu	الوذمة الزرقاء	onychomadesis	سقوط الأظفار
office workers, contact	عمال المكاتب ، التهاب الجلد	onychomycosis	فطار ظفري
dermatitis and eczema	التماسي والإكزيمة	– molds	– العفن
Ohara's disease	داء أوهارا	– treatment	– المعالجة
oil(s)	زيت (ج : زيوت)	onychopathy, azotemic	اعتلال الأظفار ، الأزوتي
– acne	– عد	onychophagia	قضم الأظفار
– animal	– حيوان ، حيواني	onychorrhaxis	هشاشة الأظفار
– bath	– حمام	onychoschisis	انشقاق الأظفار
– mineral	– معدن	onychoschizia	انشقاق الأظفار
– plant	– نبات	onychotillomania	هوس قضم الأظفار
– salicylic acid	– حمض الصفصاف	onyx nail	ظفر ناشب
– in water emulsions	– في مستحلبات مائية	oophoritis	التهاب المبيض
ointments	مراهم	ophthalmoblennorrhea	داء السيلان العيني
– diachylon	– دياكيلون	– adults	– الكهول
– fatty	– دهني	– neonatorum	– الولدان
– hydrophilic	– الولوجة بالماء ، أليفة الماء	<i>Opisthorchis sinensis</i>	الديدان خلفية الخصى
– hydrophobic	– رهاب الماء		/ نوع من الديدان /
– industrial protective	– واقية صناعية	OPTI (oral provocation	اختبار التحريش الفموي
– skin protective	– حامية (واقية) الجلد	test for idiosyncrasy)	للتحساس الذاتي
– wet dressings	– ضمادات رطبة	optical radiation	التشعيع البصري
oligophrenia	تخلف عقلي في الفينيل	oral	فموي
phenylpyruvica	بيروفيك	– cavity	– الحفرة
oligovalent contact	أرج تماسي قليل التكافؤ	– hairy leukoplakia	– الطلوان المشعر
allergy			

- mucosa, hyperpigmentation	- المخاطية ، فرط التصبغ	osteoarthrosis deformans	فصال عظمي مشوه في البيلة الكيتونية
- mucous membranes	- الأغشية المخاطية	alcaptonurica	
- papillomatosis, florid	- الورام الحليمي ، الزهري	osteogenesis imperfecta	تكون العظم الناقص
- provocation test for idiosyncrasy (OPTI)	- اختبار التحريش للتحساس الذاتي	osteoma	ورم عظمي ، عظموم
- thrush	- سُلاق	osteo - oculo - dermal dysplasia	الحثل العظمي - العيني - الجلدي
orange peel	التقشر البرتقالي	osteoporosis, fetal	تخلخل العظام ، الجنيني
Oroya fever	حمى أورويا	ostiofolliculitis	التهاب فوهات الجريبات
orbita, periorbital	الحجاج ، ورم غدي عرق	Ota's nevus	وحمة أوتو
syringoma	حول الحجاج	otomycosis, molds	فطار أذني ، بالعضن
orf	أورف	otophyma	فيمة الأذن
organoid nevi	الوحمة العضوانية	overtreatment	التهاب الجلد بفرط المعالجة
organs, Sucquet - Hoyer - Grosser	أعضاء سوكويت - هوير - غروسر	dermatitis	
oriental boil	حبة ليشمانية	oxidizing agents	العوامل المؤكسدة
oriental button	حبة ليشمانية	oxyuria	الأقصور
ornamental tattooing	وشم	oxyuriasis	داء الأقصور
ornithosis	داء الطيور		
oropharyngeal gonorrhea	سيلان حُلَقومي (بلعومي)	pachyderma	ثخن الجلد
orthokeratosis	التقران السوي (القديم)	- folded	- المطوى (المثنى)
orthopoxvirus infections	أُنحاج الحمات الجدريّة السوية	pachydermia verticis gyrata	ثخن جلد الرأس المتلف
WHO (World Health Organization) -	منظمة الصحة العالمية	pachydermoperiostosis	ثخن الجلد والسمحاق
orthostatic purpura	الفرفرية القيامية (الانتصابية)	- familial	- العائلي
Osler's disease	داء أوسلر	pachydermy	ثخن الجلد
ossification, ectopic	تعظم ، متبذ (نابذ)	pachyonychia	ثخن الأظفار الولادي
osteitis cystoides multiplex	التهاب العظم الكيسياني العديد	congenital	
osteitis tuberculosis multiplex cystica	التهاب العظم الدرني الكيسياني العديد	pachyonychia ichthyosiformis	ثخن الأظفار سماكي الشكل
osteoangiohypertrophy syndrome	متلازمة فرط الضخامة العظمية والوعائية	Pacini's corpuscles	جسيمات باسيني
osteoarthropathy, idiopathic hypertrophic	اعتلال مفصلي عظمي ، مفرط الضخامة الغامض	pad(s)	رفادة (ج : رفائد) ، وسادة (ج : وسائل)
		- chewing	- مضغ / عض
		- formation of the callosity type	- نمط تشكل الثفن
		- kunckle	- البراجم
		Paget's disease	داء باجيت

– of the nipple	– في الحلمة	– connective tissue disease	– داء النسيج الضام
pagetoid	باجيتاني	– drug – related	– الدوائي
– basal cell carcinoma	– سرطانة قاعدية الخلايا	– etiological classification	– تصنيف السبببات
– melanoma	– ملانوم	– factitial	– المفتعل
pagetoid reticulosis	شباك باجيتاني	– lupus	– الذأب
– disseminated type	– النمط المنتثر	– metabolic	– الاستقلابي
– localized type	– النمط الموضع	– nodularis	– العقيدي اللاقيحي
painful	مؤلم	nonsuppurativa	والناكس
– auricular nodule	– عقيدات الصيوان	recidivans	
– bruising syndrome	– متلازمة التكدم	– pancreas	– المعشكلة
– ear nodule	– عقيدات الأذن	– paraffin	– بالبارافين
– fat syndrome	– متلازمة النسيج الدهني	– physical	– الفيزيائي
– lipedema syndrome	– متلازمة الشحميدية	– poststeroid	– عقب الستيرويدات
– lipedema syndrome of the lower legs	– متلازمة الشحميدية على أسفل الساقين	– psychic	– النفسي
– piezogenic pedal papules	– الحطاطات القدمية المولدة بالضغط	– relapsing febrile nodular	– العقيدي الحمي الناكس اللاقيحي
palate, mucous membranes	الحنك ، الأغشية المخاطية	nonsuppurative	
palmar erythema	الحمامي' الراحية	– septal	– الحاجزي
– symptomatic	– العرضية	– silicon	– بالسيليكون
palmar fibromatosis	الورام الليفي الراحي	– traumatic	– الرضحي
palmar keratoses	التقران الراحي	– vasculitis	– التهاب الأوعية
palms, hyperkeratotic dermatitis of the palms	الراحتين ، التهاب الجلد مفرط التقرن على الراحتين	panniculus adiposus	السبلة الشحمية
palpable migratory arciform erythema	الحمامي' الهاجرة قوسية الشكل المجسوسة	pantothenic acid	حمض البانتوتينك (البانتينول)
panarteritis nodosa	التهاب الشريان الشامل العقيدي (التهاب ما حول الشريان العقيدي)	papillae coronae glandis	الغدد اللجامية الحليمية
pancreas, panniculitis	المعشكلة ، التهاب السبلة الشحمية	papillary epithelioma, naked	الظهاروم الحليمي ، المعري
panniculitis	التهاب السبلة الشحمية	papillary intraductal cystadenoma	الغدوم الكيسي الحليمي داخل القنوي
– acute	– الحاد	papilloma	حليموم
– alpha – antitrypsin deficiency	– عوز ألفا مضاد التريسين	– basal cell	– الخلية القاعدية
– cold	– بالبرد / القري	– benign intraductal	– داخل القنوي الحميد
		– virus	– حموي (بالحمية الراشحة)
		papillomatose	الورام الحليمي المتلاقي
		confluente et réticulée	والشبكي
		papillomatosis	الورام الحليمي

– confluens et reticularis	– المتلاقي والشبكي	paraamyloidosis	الداء نظير النشواني
– cutis carcinoides	– الجلدي السرطاوي	parablast leukemia	ايضاض الدم نظير الأرومي
– florid oral	– الزهري الفموي	Paracoccidioides	نظير الكرواني
– mucosae carcinoides	– المخاطي السرطاوي	paracoccidioidomy – cosis	القطار نظير الكرواني
– reticulated confluent Papillon – Lefcèvre syndrome	– الشبكي المتلاقي متلازمة بايلون – لوفيفر	paraffin(s)	برافين (ج : برافينات)
papular	حطاطي	– panniculitis	– التهاب السبلة الشحمية
– acantholysis	– انحلال الأشواك	paragonorrheal disease	الداء الموابك للسيلان
– acantholytic dermatosis	– الجلاد منحل الأشواك	parakératose infectieuse	خطل التقرن الخمجي
– dermatitis (see papular dermatitis)	– التهاب الجلد (انظر التهاب الجلد الحطاطي)	– parakeratosis	– خطل التقرن
– mucinosis	– الداء الموصيني	– centrifugata atrophicans	– النابذ الضموري
– syphilid/syphilis	– الطفحة الإفرنجية / الإفرنجي	– Mibelli	– المبيلي
– urticaria	– الشرى	– variegata	– المتغير
– xanthoma	– الصفروم	paraneoplastic syndromes	المتلازمات الموابكة للأورام
papular dermatitis	التهاب الجلد الحطاطي	parangi	اسم يطلق على اليوز في جزيرة سيلان
– children	– في الأطفال	paranoid syndrome, psychopharmaceutic agents	المتلازمة الزورانية ، العوامل الدوائية النفسية
– juvenile	– الفتوي	paraphimosis	جُلَاع
– pregnancy	– في الحمل	paraproteins	نظائر البروتينات / البارابروتينات
papules	الحطاطات	parapsoriasis	نظير الصدف
– mucinous	– المخاطية / الموصينية	– atrophic	– الضموري
– pruritic urticarial, pregnancy	– الشروية الحاكّة في الحمل	– digitiformis	– أصبعي الشكل
papulonecrotic tuberculid	الطفحة الدرنية الحطاطية	– en gouttes	– التقطي
papulosis	الحطاط	– en grandes plaques	– كبير اللويحات المبكل
– bowenoid	– البوفناني	poikilodermiques	– زمرة
– bowenoid genital	– البوفناني التناسلي	– group	– النقطي
– lymphomatoid	– اللمفاني / اللمفوماني	– guttata	– الخزازاني
– maligna	– الضموري الخبيث	– lichenoides	نظير الصدف اللويحي
atrophicans/malignant atrophic		parapsoriasis en plaques	– التخط صغير اللويحات
papulosquamous	الطفحة الإفرنجية الحطاطية	– benign small plaque type	– الحميد
syphilid	الوسفية	– small focus type	– نمط البؤر الصغيرة
paraaminobenzoic acid	حمض بارا أمينو بنزويك		

– large focal poikilodermatous type	– نمط البؤر الكبيرة مبكلة الجلد	<i>Pasteurella multocida infection</i>	نمذج بالباستوريلا مولتوسيدا
– large plaque inflammatory type	– نمط كبير اللويحات الالتهابية	<i>patch test</i>	الاختبارات البقعبة
– large plaque poikilodermatous type	– نمط كبير اللويحات مبكلة الجلد	<i>patchy seborrheic eczema</i>	إكزيمة مثية بقعية
– premalignant form	– شكل طليعة (مقدمة) الخبيثة	<i>Paul's test</i>	اختبار بول
parasiticides	مبيدات الطفيليات	<i>Pautrier – Woringer's disease</i>	داء بوترييه – فورينجيه
parasitosis	داء الطفيليات	<i>Payr's pressure point</i>	نقطة الضغط لبير
paravaccinial nodule	عقيدة حول اللقاح	<i>pearly penile papules</i>	الحطاطات اللؤلؤية على القضيب
parenchymatous organs, tertiary syphilis	الأعضاء المتنية ، الإفرنجي الثالثي	<i>peau citréine</i>	جلد ليموني ، جلد أصفر
paresis, general	خزل ، معمم	<i>pediculosis</i>	قمل
Parker's ink	حبر باركر	– <i>capitis</i>	– الرأس
paronychia	داحس	– <i>corporis seu vestimentorum</i>	– الجسد أو الثياب
– candidomycetica	– بالمبيضات	– <i>pubis</i>	– العانة
paronychial psoriasis	صداف داحسي (حول الأطفال)	<i>Pediculus humanus</i>	قمل إنساني
paronychial warts	ثآليل داحسية (حول الأطفال)	<i>pelade, alopecia circumscripta</i>	حاصة (ثعلبة) ، حاصة محددة / محوطة
paroxysmal finger hematoma	دميوم (ورم دموي) انتباني على الأصابع	<i>peliosis rheumatica</i>	فرقرية رثوية
paroxysmal hematoma of the hand	دميوم (ورم دموي) انتباني على اليد	<i>pellagra</i>	البقرة / البلاغرا
Parrot's disease	داء بارو	– <i>dermatitis</i>	– التهاب الجلد
Parrot's grooves	ميزابات بارو	– <i>preventive factor (vitamin B3, nicotinamide)</i>	– عامل وافي (فيتامين ب ٣ النيكوتيناميد)
parru	من أسماء اليوز	<i>pellegra – cerebellar ataxiarenal aminoaciduria syndrome</i>	متلازمة البقرة – الرنخ المخيخي – بيلة الحموض الأمينية الكلوية
Parry – Romberg hemiatrophy	الضمور الشقي لباري – رومبرغ	<i>pemphigoid</i>	الفقاعاني
partial albinism	مهق جزئي	– <i>benign mucosal</i>	– المخاطي الحميد
partial lipoatrophy	ضمور شحمي جزئي	– <i>bullous</i>	– الفقاعي
particle accelerators	مسرعات جسيمية	– <i>bullous, nail changes</i>	– الفقاعي ، التبدلات الظفرية
Pasini's syndrome	متلازمة باسيني	– <i>cicatricial</i>	– الندبي
pastes	معالجين (ج : معجون)	– <i>diseases</i>	– أدواء ، أمراض
– standard	– معيار	– <i>dyshidrosiform</i>	– من شكل خلل التمرق
		– <i>gestationis</i>	– الحملي

– juvenile	– الفتوي	penis	القضيب
– scarring	– الندبي	– carcinoma	– سرطانة
– seborrheic	– المني	– carcinoma in situ	– سرطانة لابتدة (موضعة)
– vegetans	– التنبتي	– connective tissue	– مرض النسيج الضام
pemphigus	الفقاع	disease	
– acutus neonatorum	– الحاد عند الولدان	– cord – shaped	– التهاب الوريد السطحي
– antibodies	– أضداد	superficial	الشبيه بالحبل
– benign familial	– المزمن الحميد العائلي	– gangrenous	– موات التهابي
chronic		inflammation	
– Brazilian	– البرازيلي	– glans	– حشفة
– bullous pemphigoid,	– الفقاعاني الفقاعي ،	– hirsuties papillaris	– زيب حليمي
coexistence	ترافقهما	– kraurosis	– لطع
– chronicus benignus	– المزمن الحميد العائلي	– lymphangiectasis	– توسع الأوعية اللمفية
familiaris		– lymphangiectasis,	– توسع الأوعية اللمفية ،
– diseases	– أمراض	transient	العابر
– erythematosus	– الحمامي	– nonvenereal	– التهاب الأوعية اللمفية
– foliaceus	– الورقي	sclerosing	المصلب اللازمري
– gravidarum	– الحلمي	lymphangitis	
– herpetiformis	– الحثي الشكل	– papilloma, hirsutoid	– حليموم ، مشعر
– resmbing erythema	– الشبيه بالحمامي الحلقية	– papules, pigmented	– حطاطات ، مصطبغة
annulare		– plastic induration	– جموء رأبي
– resempling intertrigo	– الشبيه بالمدح	Penjedeh sore	قرحة بن جيديه
– seborrheicus	– المني	perforating elastoma	المرنوم الثاقب
– vegetans (see	– التنبتي (انظر الفقاع	perforating ulceration	التقرح الثاقب
pemphigus vegetans)	التنبتي (	perianal abscesses	خراجات حول الشرج
– vulgaris (see	– الشائع (انظر الفقاع	perianal thrombosis	خثار حول الشرج
permphigus vulgaris)	الشائع (	periarteritis nodosa	التهاب ما حول الشريان
pemphigus vegetans	الفقاع التنبتي		العقيدي
– Hallopeau type	– نمط هالوبو	peribuccal	تصبغ حول الفم
– Neumann type	– نمط نيومان	pigmentation	
pemphigus vulgaris	الفقاع الشائع	pericollagenous	الداء النشواني حول
– differential diagnosis	– التشخيص التفريقي	amyloidoses/ amyl –	الكولاجين / الداء النشواني
– nail changes	– التبدلات الظفرية	oidosis	
– Nikolski's	– ظاهرة نيكولسكي	peridigital dermatosis	الجلاد حول الأصبع
phenomenon		peridigital eczema in	إكزيمة حول الأصبع في
– Tzanck cells	– خلايا تزانك	children	الأطفال
penetration	– نفاذ ، اختراق	perfollicular	الورام الليفي حول الجريبي
penicillins	– البنسلينات	fibromatosis	
penile induration	– جموء القضيب	cutis with colon polyps	الجلدي مع سليلات قولونية

perifolliculitis	التهاب حول الجريبات	<i>Petrellidium</i>	من أنواع الفطور المسببة للقدم المادورية
– capitis abscondens et suffodiens	– الرأس المشكل للخراجات والمختفر	petrolatum (Vaseline)	وَذَلِين (فازلين)
perineal vitiligo	بهق حول الوحمة	Peutz – Jeghers syndrome	متلازمة بوتز – جيكرز
periocular hyperpigmentation	فرط التصبغ حول العين	Peyroni's disease	داء يروني
perodontitis	التهاب ما حول السن	Pfaundler – Hurler disease	داء بفوندلر – هورلر
perioophoritis, gonorrheal	التهاب ما حول المبيض ، السيلائي	Pfaundler – Hurler, mucopolysacchari – doses	بفوندلر – هورلر ، داء عديدات السكريد المخاطية
perioral – dermatitis	حول الفم – التهاب الجلد	Pfeifer – Weber – Christian syndrome	متلازمة بفيفر – وير – كريستيان
– ecaema, children	– إكزيمة ، الأطفال	PerWer's glandular fever	الحُمى الغدية لبفيفر
– eczema, infants	– إكزيمة ، الرضع	PGU (postgonococcal urethritis)	التهاب الإحليل عقب البنيات
periorbital syringoma	غُدوم / ورم غدي / حول الحجاج	Phaeoannellomyces (Exophiala)	الفطر المسبب للطفح السوداء
periorificial lentiginosis	داء الشامات حول الفوهات	phagedena (phagedenic ulcer)	قرحة آكلة (القرحة الآكلة)
periphlebitis	التهاب محيط الوريد	phagedenic ulcer (phagedena)	القرحة الآكلة
– of the chest wall, sclerosing	– على جدار الصدر ، المتصلب	phakomatosis, fifth	الداء العدسي ، الخامس
perireticular amyloidoses	الداء النشواني حول الشبكي	pharmacology, dermatopharmaco – logy	علم الأدوية ، علم الأدوية (الدوائيات) الجلدية
peritonitis	التهاب الصفاق	pharyngitis	التهاب البلعوم
perlèche	صماغ	– syphilitic	– الإفريقي
permeation	توغل	– ulcerative	– التقرحي
pernio follicularis	شرث جريبي	– vesicularis	– الحويصلي
perniones/perniosis	شرث	– phenol(s)	– فينول (فينولات)
– special forms	– أشكال خاصة	– ether	– بالإثير
peromelia	تشوه الأطراف	phenotypic psoriasis	الصداف من النمط الظاهري
persistent	دائم ، مستمر	phenylalanine – tyro – sine metabolism	استقلاب الفينيل آلانين – التيروزين
– acne nodules	– عد عقيدي	phenylketonuria	يلة الفينيل كيتون
– facial erythema	– حمى وجهية	phenylmercuric borate	بورات فينيل الزئبق
– light reaction	– تفاعل ضوئي		
– papular acantholytic dermatosis	– جلاد حطاطي منحل الأشواك		
Perthes' test	اختبار بيرث		
pest	طاعون		
pestilentia	وباء ، جائحة		
petechiae	حبر		

phenylpyruvic acid	تخلف عقلي بحمض الفينيل	photoallergies	المؤرجات الضوئية
oligophrenia	يروفيك	– classification	– التصنيف
pheomelanin	ملانين قاتم/ فيوملانين	– hematogenous, systemic	– المكونة للدم ، المجموعية
pheromones	الفيرومونات	– photosensitizer	– المحسس الضوئي
phialophora	فيالوفوريا (نوع من الفطور غير التامة)	– unknown sensitizers	– المحسسات غير المعروفة
phimoses/phimosis	تضييق القلفة	photoaugmentation	ازدياد ضوئي
– acquired	– المكتسب	photochemotherapy	المعالجة الكيميائية الضوئية
– congenital	– الولادي	photocontact allergy	الأرج التماسي الضوئي
– physiological	– الفيزيولوجي	photodermatoses/ photodermatosis	الجلاد الضوئي
phlebite en cordon de la paroi thoracique	التهاب الوريد الحبيبي على جدار الصدر	– classification	– التصنيف
phlebite en fil de fer	التهاب الوريد الشبيه بقضيب الحديد	– minimal test dose	– جرعة الاختبار الصغرى
phlebitis	التهاب الوريد	– photopatch test	– الاختبارات البقعية الضوئية
– cord – like	– السطحي الحبيبي	phototest	– الاختبارات الضوئية
superficial	– التلم الاكليلي	– physical factors	– العوامل الفيزيائية
– coronal sulcus	– على القضيب الحبيبي الشكل السطحي	– skin reaction	– تفاعل الجلد
– of the penis, cord – shaped		– skin types	– أنماط الجلد
superficial		– UVA doses	– جرعات الأشعة فوق البنفسجية
– saltans	– المتنقل ، الهاجر	photodiagnostic procedures	اجراءات التشخيص الضوئي
phlebocalcinosis	كلاس وريدي	photoreactions, substances	التفاعلات الضوئية ، المواد
phlebography	تخطيط الوريد	photoreactivation	التنشيط الضوئي
phlebothrombosis	خثار وريدي	photosensitizers	المحسسات الضوئية
phlegmon	فلمغمون	photosensitizing substances	المواد المحسسة للضياء
– indurated	– جاسيء	phototesting, equipment	الإختبارات الضوئية : أجهزة
pseudophlegmon	– فلمغمون كاذب	phototherapy	المعالجة الضوئية
– Woody	– خشبي	– psoriasis	– الصدف
porphyria(s)	البرفيرية (ج : الرفيريات)	phototoxic	سمي ضوئي
– acuta intermittens	– المنقطعة الحادة	– dermatitis	– التهاب الجلد
– hepatica acuta	– الكبدية الحادة	– reactions	– تفاعلات
– variegata	– المتغيرة	– reactions, clinical characteristics	– تفاعلات ، الصفات السريرية
– photoallergic	أرجي ضوئي	phototoxic substances	المواد السمية الضوئية
– dermatoses	– جلاد		
– reaction	– تفاعل		
– reaction, clinical characteristics	– تفاعل ، المميزات السريرية		
– urticaria	– الشرى		

– imitation of a clinical syndrome	– تقليد المتلازمة السريرية	– depigmentation	– زوال الصباغ
phrynoderma	الضفدية ، نقص الفيتامين أ	– direct	– مباشر
phthiriasis	قمل	– hyperpigmentation	– فرط التصبغ
phthirus pubis	قمل العانة	– hyperpigmentation, mechanical	– فرط التصبغ ، الآلي
phyma	فيمة	– hypopigmentation	– نقص الانصبغ / نقص التصبغ
physical examination	الفحص الفيزيائي	– immediate	– فوري ، عاجل
physical treatment	المعالجة الفيزيائية	– indirect	– لا مباشر
physical urticaria (see also uricaria)	شرى فيزيائي (انظر الشرى أيضاً)	– late	– متأخر
phytanic acid	داء اختزان (كزاز) الحمض الفيتاني	– lentigines	– الشامات مفرطة التصبغ
thesaurismosis	التهاب جلد ضوئي نباتي	– hyperpigmentation	– الملانين
phytophotodermatitis	الداء العليقي ، اليوز	– melanin	– فرط التصبغ المشبه بالوحمة البقعية
pian	اليوز الحرجي	– nevus – spilus – like	–
pian bios	(من مرادفات داء الليشمانيات الأمريكي)	– hyperpigmentation	–
piebaldism	رقطة ، نصوع جزئي	– peribuccal	– حول الفم
piezogenic nodules	عقيدات محدثة بالضغط	– periocular	– فرط التصبغ حول العين
piezogenic pedal papules, painful	الحطاطات القدمية المحدثة بالضغط ، المؤلمة	– hyperpigmentation	– مصطبغ
piedraia	البصرة	– pigmented	–
pigment	صباغ	– actinic keratosis	– التقران الضيائي
– bile	– الصفراء	– basal cell carcinoma	– سرطانة الخلية القاعدية
– cell nevi	– الوحامات الخلوية	– basaloma	– ورم أو سرطان الخلية القاعدية
– changes, nails	– التبدلات ، الأظفار	– hairy epidermal nevus	– الوحمة البشرية المشعرة
– darkening	– التغميم	– nevocytic nevus	– وحمة الخلايا الوحمة
– darkening, immediate (IPD)	– التغميم ، العاجل (المباشر)	– penis papules	– الحطاطات على القضيب
– dermatosis, small spotted	– جلاد ، صغير البقع	– pigmenti, incontinentia	– الصباغ ، سلس
– nevus, giant	– وحمة ، عرطلة	– pigmenting drugs	– أدوية مصبغة
– spot polyposis	– داء السيلات البقعي	– pilar sheath acanthoma	– شوكونم الصفيحة الشعرية
pigmentario maculosa eruptiva idiopathica	التصبغ البقعي الطفحي الغامض	– piles	– بواسير
pigmentatio maculosa acquisita	التصبغ البقعي المكتسب	– pili	– أشعار
pigmentation	انصبغ ، تصبغ	– annulati	– حلقية
circumscribed	فرط التصبغ المحدد	– incarnati	– ناشبة
– hyperpigmentation	–	– recurvati	– مقفوسة
– delayed	– آجل	– torti	– ملتوية
		– torti with copper deficiency	– ملتوية في عوز النحاس

pilomatricoma	ورم أم الشعرة	pityrosporum	الويفاء
– eruptive, multifocal	– الطفحي ، عديد البؤر	– folliculitis	– التهاب الجريبات
pilonidal cyst	كيسة عش شعري	– P. furfur	– النخالية الدقيقة
pilonidal sinus	جيب عش شعري	– P. ovale	– البيضاوية
pilotrixoma	ورم أم الشعرة	– P. orbicularis	– الدويرية
pincer nail syndrome	متلازمة الظفر الملقطي أو الكماشي	plague	الطاعون
		plane	المسطح / المنبسط
pink disease	الداء الوردي	– warts	– الثآليل
pinta	بتا	– xanthoma, diffuse	– الصفروم ، المنتشر
pinworm infection	خمج الحرقوص (الاقصورة الدويدية)	– xanthomatosis, normolipemic	– الورام الأصفر ، سوي الشحوم
pitch acne	عد	plant oils	زيوت نباتية
pitted keratolysis	انحلال الطبقة المتقرنة الوهدي (المنقر)	plant, contact allergens	نباتات ، مستأرجات تماسية
pityriasisform	نخالية الشكل الثنائية (من مئي)	plantar	أخصي
seborrheid	نخالية	– dermatosis, juvenile	– جلاد ، فتري
pityriasis	– على المرفقين والركبتين ، في الصيف	– erythema	– حمامي
– elbows and knees, summertime	– جريية	– erythema, symptomatic	– حمامي / عرضية
– folliculorum	– حزازانية (انظر النخالية الحزازانية)	– fibromatosis	– ورام ليفي / ليفاف
– lichenoides (see pityriasis lichenoides)	– وردية	– keratoses	– تقرانات
– rosea	– حمراء شعرية	– pitting	– وهدة
– rubra pilaris	– حمراء شعرية ، تبدلات الأظفار	– warts	– ثآليل
– rubra pilairis, nail changes	– بسيطة (انظر النخالية البسيطة)	plaque – like	الداء الموسيني المشبه باللويحات
– simplex (see pityriasis simplex)	– مرقشة	mucinosi	
– versicolor	النخالية الحزازانية	plaque – type	الداء الموسيني الجلدي من الفط اللويحي
pityriasis lichenoides	– المزمنة	cutaneous mucinosis	اللويحات
– chronica	– والحماقية الشكل الحادة	plaques	– الحميدة
– et varioliformis acuta	(اختصار نخالية حزازانية وحماقية حادة)	– benign	– الهاجرة
(PLEVA)	– تحت الحادة	– migrating	– الشروية الحاكة ، الحمية
– subacuta	النخالية البسيطة	– pruritic urticarial, pregnancy	– العابر
pityriasis simplex	– أشعار الفروة (هبرية)	– transitory	لمفوم الخلية المصورة
– capillitii (dandruff)	– على الوجه	plasmacytic lymphoma	ورم المصوريات
– faciei		plasmacytoma	شوكوم مصوري الخلايا
		– Bence Jones	– بنس جونس
		plasters	شرائط (م . شريط)
		– bandage	– عَصَابَة
		– lead	– رصاص

plastic induration of the penis	جسوء القضيب الرأبي	- of Civatte	- لسيفات
platelet	صفیحة (ج . صفیحات)	- vascularis atrophicans	- الوعائي الضموري
- defects	- عیوب	- with warty hyperkeratosis, congenital	- مع فرط تقرن ثؤلولي ، ولادي
- destruction, accelerated	- تخرب ، متسارع	poikilodermatomyositis	التهاب الجلد والعضل المبكل
- disorders	- اضطرابات	poikilodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou	تبكل الجلد الشبكي المصطبغ على الوجه والعنق
- function, acquired disorders	- وظیفة ، اضطرابات مكسبة	pison gas	غاز سام
platyhelminthes (flatworms)	الديدان المسطحة	poliosis	شباب / شیب باكر
platyonychia	ظفر صفيحي	- circumscripta	- المحدد
plaut - Vincent angina	ذباح - بلو فנסات	pollen allergy	أرج الطلع
plaut - vincent stomatitis	التهاب الفم لبلوفنسات	pollinosis	طلاع
PLEVA (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta)	النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة	polyarteritis nodosa	التهاب الشرايين العقد
plicated tongue	اللسان المتشقق	- cutaneous	- الجلدي
plumber's itch	حكة الرصاص	- cutaneous benign	- الجلدي الحميد
plummer - Vinson syndrome	متلازمة بلومر - فينسون	polychondritis	التهاب الغضروف العديد
pluripotential	متلازمة التكاثر المناعي	- atrophic, chronic	- الضموري ، المزمن
immunoproliferative syndrome, chronic	متعددة القدرات ، المزمن	- relapsing	- الناكس
PMLE (polymorphic light eruption)	الطفح الضوئي عديد الأشكال	- relapsing, chronic	- الناكس ، المزمن
pneumocystic pneumonia	ذات رئة بالمتكيسات الرئوية	polyclonal	الغلوبولين القرري الدموي
pneumocystis carinii	المتكيسات الرئوية لكارييني	cryoglobulinemia	عديد النسائل
podagra	نقرس القدم	polyclonal gammopathy/ gammopathies	اعتلال غلوبيني عديد النسائل
podophyllin	بودوفيلين	polydysplasia ectoderma,	ثدن الأديم الظاهر العديد
podophyllin tincture	صبغة البودوفيلين	type Cole - Rau - schkolb - Toomey	كول - روشكولب تومي
podopompholyx	داء الفقمان (اكزيمة خلل التعرق القديمي)	polyfibromatoses	الورام الليفي العديد
poikiloderma	تبكل الجلد	polykeratosis congenita	التقران العديد الولادي
- With blisters, congenital	- مع نقات ، ولادي	polymorphic eruption of pregnancy	الطفح عديد الأشكال الحلمي
- congenitalis	- الولادي	polymorphic/polymorphus light eruption (PMLE)	الطفح الضوئي عديد الأشكال

– polymorphism, metachronic polymorphous reticulosis	متعدد الأشكال ، متبدل اللون	porphyria(s)	برفيرية (ج : برفيريات)
polymyositis	التهاب العضلات	– erythropoietic	– مكونة الدم
polymyxin	بوليمكسين	– erythropoietic, congenital (CEP)	– مكونة الدم ، ولادية
polythelia	تعدد الحلمات	– hepatic	– كبدية
polyvalent contact allergy	أرج تماسي عديد التكافؤ	– hepatic, mixed	– كبدية ، مختلطة
pomade acne	عد المرهم	– hepatica chronica	– كبدية مزمنة
pomade crust, inguinal, infants	جلبة المرهم ، الأربي ، عند الأطفال	– hepatoerythrocytaria	– كبدية دموية (من منشأ الكريات الحمر)
Pompe's disease	داء بومبي	– hepatoerythropoietic (HEP)	– كبدية مكونة الحمر (ك م ح)
pore, dilated	مس (ج : مسام) ، متوسع	– hereditary coproporphyria (HCP)	– كوبروبرفيرية وراثية
porokeratosis	التقران المسامي	– South African genetic	– جنوب إفريقيا الوراثة
– disseminata	– المنتثر	– variegata (VP)	– متغيرة
– excentrica	– خارج المركزي	porphyrin	برفيرين
– linearis	– الخطي	– dermatosis, actinic – traumatic	– جلاد ، فقاعي رضحي
– of Mibelli	– لمبيلي	– bullous	سفعي
– palmaris	– الراحي	port wine stain	الصباغ الخمري
– plantaris	– الأخصي	post – kala – azar	داء الليشمانيات / الجلدي
– punctata	– النقطي	dermal leishmaniasis/ leishmanoid	عقب كالا – آزار / الليشمانياي
– striata	– المخطط	post – zoster reaction	تفاعل عقب المنطقة
– superficialis	– السطحي المنتثر	postgonococcal urethritis (PGU)	التهاب الإحليل عقب البنيات
actinica	السفعي	postgonorrheal catarrh	نزلة عقب السيلان
poroma, eccrine	ورم مسامي (مساموم) ، ناتج	postherpetic erythema multiforme	حمامي عديدة الأشكال عقب الحلا
porphyria(s)	البرفيرية (ج : البرفيريات)	posthitis	التهاب القلفة
– acute intermittent (AIP)	– الحادة المتقطعة	postinflammatory residual scarring	تندب ثمالي عقب الالتهاب
– bullosa congenita tarda	– الفقاعية الولادية المتأخرة	postmastectomy lymphangiosarcoma	الفرن الوعائي اللمفي بعد استئصال الثدي
– chronic syndrome	– متلازمة مزمنة	postmortem tubercle	درنة بعد الموت
– classification	– تصنيف	postoperative	موات الجلد المترقي بعد الجراحة
– congenital	– ولادي	progressive gangrene of the skin	
– coproporphyria, hereditary	– كوبروبرفيرية ، وراثية		
– cutanea tarda	– جلدية متأخرة		

postreplication repair	ترميم عقب التنسخ	precanceroses	مقدمة السرطان ، محتمل
postscabietic persistent	الخطاطات المستمرة عقب	– facultative	التسرطن
papules	الجرث	– obligate	– الاختياري
postscabietic pruritus	حكة عقب الجرب	– melanotic	– الإلجباري
poststeroid panniculitis	التهاب السبلة الشحمية عقب	pregnancy	– الملاني
potassium bichromate	الستيروئيدات	– autoimmune	الحمل
potassium	البوتاسيوم ثنائي الكروم	progesterone	– التهاب الجلد البروجستروني
permanganate	برمنغات البوتاسيوم	dermatitis	المناعي الذاتي
povidone iodine	بوفيدون يودي	– dermatosis	– جلاد
powders	مساحيق (م : مسحوق)	– erythema nodosum	– حمامي عقدة
– compact	زرورات (م : ذرور)	– marks	– سومات (م : سومة) /
– dusting	مكتزة	– papuar dermatitis	علامات
– liquid mixtures	غبارية	– polymorphic	– التهاب الجلد الخطاطي
– mineral	من مزيج مائع	eruption	– طفح عديد الأشكال
pox	معدنية	– pruritic urticarial	– اللويحات والخطاطات
– cowpox virus	جدري	papules and plaques	الشروية الحاككة
– falsepox	– حمة الوقس (جدري	– pruritus	– حاككة
– kaffir	البقر)	– skin disorders,	– اضطرابات الجلد ،
– milker's	– جدري كاذب	nonspecific	اللانوعية
– monkeypox	– كفير (نسبة إلى منطقة	– skin disorders,	– اضطرابات الجلد ، النوعية
– virus	في جنوب افريقيا)	specific	– خطوط / فزر
– virus bovis	– الحلايين	– striae	– الإفرنجي
– whitepox	– جدري القردة	– syphilis	– طفح سمومي
poxvirus officinalis	– حمة بقرية	– toxemic rash	الورم الظهاري اليفي السابق
(vaccinia virus)	– جدري ايض	premalignant	للخباثة
Prader – Willi	حمة الجدري المخزني (حمة	fibroepithelial tumor	طليلة الجسبات الملانية ،
syndrome	الوقس)	premelanosmes	/ طليلة الملائوزومات
praecancerosa,	متلازمة برادر – ويلي	permenstrual acne	عد سابق للحيض
melanosis	قبيل السرطان ، الملان المجدد	prepuce	قلفة
circumscripta		perputial	قلفي
Prausntiz – Kustner	تفاعل براوسنتيز – كوستنيز	– ring	– حلقة
reaction		– space	– حيز ، فضاء
pre – beta –		– space diseases	– أمراض الفضاء
lipoproteins	طليلة البروتينات الشحمية يتا	pressure alopecia,	الحاصة الانضغاطية ، الطفلية
		infantile	
		pressure urticaria	شرى بالضغط

pretibial myxedema	وذمة مخاطية أمام الظنبوب	propionibacteria	الجرثائم البروبيونية
prickle layer (stratum spinosum)	طبقة الخلايا الشائكة (الطبقة المشوكة)	propionic acidemia	حمضة الدم البروبيونية
prickly heat	حصف الحر	prostatitis, gonorrheal	التهاب الموثة ، السيلاني
primary	بدئي	proteinosis, lipoid	الداء البروتيني ، الشحماني
- herpes simplex	- حلاً بسيط	- with photosensitivity	- مع حساسية ضوئية
- nodular melanoma	- ملانوم عقيدي	protocoproporphyrinemia, hereditary	بروتوكوبروبرفيرية ، الوراثية
- small cell carcinoma	- سرطانة الخلايا الصغيرة	protoporphyrin(s), erythropoietic/ erythropoietica (EPP)	البروتوبرفيرية (ج : البروتوبرفيريات) ، المكونة للحمر
- syphilis	- إفرنجي	protoporphyrinemic light dermatosis	جلاد ضوئي بوجود البروتوبرفيرين في الدم
- tuberculous complex	- معقد سلي (درني)	Prototheca	بروتوتيكية (أشنة)
Pringle's disease	داء برينغل	protothecosis	داء البروتوتيكية
PRIST (paper radioimmunosorbent test)	(ا ش م و) اختبار الامتصاص الشعاعي المناعي الورقي	protozoa	حيوانات أولي
proctology	مبحث المستقيم	protuberance (tuber)	ناشزة ، حدة
proctoscopy	تنظير المستقيم	prurigo	حكاك / أكال
production defect	عيب الانتاج	- aestivalis	- صيفي
profound scarring folliculitis	التهاب جريبات ندلي عميق	- chronic	- مزمن
progeria	شُباخ	- clinical morphology	- الشكليات السريرية
- adultorum	- كهلي	- diabetica	- سكري
- infantilis	- عند الولادة	- dysmenorrhoea	- عسرة طمث
progressive	متري	- gestationis	- حملي
- locomotor ataxia	- رنخ تحركي	- hepatica	- كبدي
- pigmentary dermatosis	- جلاد صباغي	- lymphatica	- لمفي
- pigmented purpura	- فرفرة مصطبغة	- lymphogranuloma - totica	- حبيبي لمفي
- scleroderma	- تصلب الجلد	- nodularis Hyde	- عقيدي لهايدي
progressive systemic scleroderma (PSS)	تصلب الجلد المجموعي المتري	- of childhood, acute	- الطفولة ، الحاد
- antinuclear antibodies	- أضداد مضادة للنوى	- simplex (see prurigo simplex)	- بسيط (انظر الحكاك البسيط)
proliferating	تكاثري	- subacute	- تحت حاد
- endotheliosis	- داء بطاني	prurigo simplex	حكاك بسيط
- trichilemmal cyst	- كيسة غمد الشعرة الخارجي	- acuta et subacuta adultorum	- حاد وتحت حاد كهلي
- trichilemmal tumor	- ورم غمد الشعرة الخارجي	- acuta infantum	- الحاد الوليدي
proliferation	فرط التقرن التكاثري	- chronica	- المزمن
hyperkeratosis		- subacuta	- تحت الحاد

pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy	اللويحات والحطاطات الشروية الحاككة الحملية	pseudo – Hodgkin's disease	داء هودجكين الكاذب
pruritus	حكة	pseudohyphae	خيطان كاذبة
– cum malaris	– حكة مرافقة لأمراض جلدية	pseudo – Lesch – Nyhan syndrome	متلازمة ليش – نيهان الكاذبة
– cutaneous simplex	– جلدية بسيطة	pseudoleukoderma	وضع كاذب
– drug eruptions	– الطفوح الدوائية	– angiospasticum	– بتشنج الأوعية
– gravidarum	– حملية	pseudolymphoma	لمفوم كاذب
– postscabetic	– عقب الجرب	– B – Cell	– خلايا ب
– in pregnancy	– في الحمل	– syndrome	– متلازمة
– simplex	– بسيطة	pseudomonas	الزائفة
– sine materia	– حكة بدون مرض جلدي	– aeruginosa	– التهاب الجريبات بالزائفة
– systemic causes	– الأسباب المجموعية	folliculitis,	الزنجارية الغازية الناتج عن
– systemic treatment	– المعالجة الجهازية	recreationally	الاستجمام
– without skin diseases	– دون ترافقها بأمراض جلدية	associated	
pseudoacanthosis	شواك أسود كاذب	– mallei	– الرعامية
nigricans		– pseudomallei	– الرعامية الكاذبة
pseudo – ainhum	متلازمة الأينوم الكاذب	pseudomycelium	أفطورة كاذبة
syndrome		pseudo – Parrot's creases	طيأت بارو ، الكاذبة
pseudoallergic reaction	تفاعل أرجي كاذب	pseudopelade	الثعلبية (الحاصة) الكاذبة
pseudoallergy	أرج كاذب	– state, dermatosis	– حالة ، جلاد
pseudoatrophy	ضمور كاذب	pseudophlegmon	فلغمون كاذب
pseudocanceroses	سرطانات كاذبة	pseudorubella	الحميراء (الحصبة الألمانية) الكاذبة
pseudocarcinomatism	سرطاني كاذب ، مليسائي	pseudosarcomas	أغران كاذبة
mollusum		– Kaposi	– كابوزي
pseudochromhidrosis	تلون العرق الكاذب الأنخصي	pseudosarcomatous	الليفوم الجلدي الغرني الكاذب
plantaris		dermatofibroma	
pseudocicatrices	الندبات الكاذبة النجمية	pseudosclerodermas	تصلب الجلد الكاذب
stellaries		pseudo – SLE	متلازمة ذ . ح . م الكاذبة
pseudocysts	كيسات كاذبة	syndrome	
pseudoepitheliomatous	فرط التنسج الظهاري	pseudothrombocyto –	قلة الصفيحات الكاذب
epithelial hyperplasia	الظهاري الكاذب	penia	
pseudofolliculitis	التهاب الجريبات الكاذب على الذقن (اللحية)	pseudotinea	السعفة الكاذبة
barbae		pseudoxanthoma	الصفروم الكاذب المرن
pseudoglucagonoma	متلازمة ورم الغلوكاغون	elasticum	
syndrome	الكاذب	– with angiod streaks	– مع أتلان وعائية الشكل
pseudogout	النقرس الكاذب	– localized	– الموضع

- nitrate – induced psittacosis	- المحدث بالنترات الداء الببغائي	- tretinoin	- تريتينون
psoriasis	صداف	- ultraviolet irradiation	- التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية
- arthropathica	- اعتلال المفاصل	- verrucosa	- ثؤلولي
- capillitii	- الشعري	- vulgaris (see psoriasis vulgaris)	- شائع (انظر الصدف الشائع)
- climatotherapy	- المعالجة بالمناخ	- white	- أبيض
- erythema annulare centrifugum type	- غمط الحمامي الحلقي النابذة	- X – irradiation	- التشعيع بالأشعة X
- fluorinated corticosteroids	- الستيرويدات المفلورة	psoriasis pustulosa	صداف بثرى
- follicular/follicularis	- جريبي	- Barber – Konigsbeck type	- غمط بارير – كونكسيك
- genophenotypic	- غمط جيني ظاهري	- generalisata	- معمم
- genotypic	- غمط جيني	psoriasis vulgaris	صداف شائع
- geographica	- جغرافي	- Auspitz's phenomenon	- ظاهرة أوسبيتز
- guttata/guttate	- نقطي	- candle phenomenon	- ظاهرة الشمع
- gyrata	- تلفيفي	- chronic stationary type	- النمط الثابت المزمّن
- intertriginous/intertriginosa	- مذحي	- classification	- تصنيف
- inversa	- مقلوب	- clinical findings	- الموجودات السريرية
- inveterata	- متأصل	- corticosteroids	- الستيرويدات
- latent	- كامن	- cytostatic drugs	- الأدوية موقفة الخلايا
- lesion, histological structure	- آفة ، البنية النسيجية	- endogenous eruption pressure	- ضغط الطفح داخلي المنشأ
- manifest	- تظاهرة ، مظهر	- endogenous factors	- العوامل داخلية المنشأ
- nail(s) changes	- تبدلات ظفرية	- endogenous provocation	- تحريض داخلي المنشأ
- nummularis	- نمي	- eruptive exanthematic	- الطفحية الطفحي
- paronychia	- داحسي	- exogenous factors	- العوامل خارجية المنشأ
- phenotypic	- نمط ظاهري	- exogenous provocation	- تحريض خارجي المنشأ
- phototherapy	- معالجة ضوئية	- fluorinated corticosteroids	- الستيرويدات المفلورة
- prophylaxis	- اتقاء	- focal bleeding phenomenon	- ظاهرة النزف البؤري
- punctata	- نقطي	- guttate type	- نمط نقطي
- pustulosa (see psoriasis pustulosa)	- بثرى (انظر الصدف البثرى)	- immunological phenomena	- الظاهرة المناعية
- retinoic acid	- حمض الريتينويك		
- retroauricular	- خلف الأذن		
- scalp	- الفروة		
- subclinical	- تحت السريري		
- tars	- القطران		
- treatment	- المعالجة		

– knees	– الركبتين	pteroylglutamic acid	حمض بتيروول غلوتاميك
– last skin layer	– ظاهرة طبقة الجلد الأخيرة	(folic acid)	(حمض الفوليك)
phenomenon		pterygium	ظفرة
– nail pits	– وهداث ظفرية	– disease	– داء
– nummular type	– نمط عمي	– inversum unguis	– ظفر مقلوب الداخل
– palmaris	– راحي	– syndrome	– متلازمة
– pathogenesis	– الأمراض	pubic louse	قمل العانة
– systemic treatment	– المعالجة الجهازية	pulicosis	عضات البراغيث ، داء
volume of the epidermis	حجم البشرة		البراغيث
psoriatic	صدافي	pulpite sèche	جفاف أخمص القدم
– arthritis	– التهاب مفاصل	pulseless disease	داء انعدام (غياب) النبض
– diathesis	– أهبة	puppet phenomenon	ظاهرة الدُمى
– dystrophic nails	– أظفار حثلية	purine metabolism	استقلاب البيورين
– erythroderma	– احمرار الجلد (أحمرية)	purpura	فرفرية
– erythroderma with	– احمرار الجلد (أحمرية) مع	– abdominal	– بطنية
dwarfism	قزامة	– allergic	– أرجية باعتلال الأوعية
– leukoderma	– وضع	vasculopathies	
– oil spot	– بقعة الزيت	– anaphylactoid	– تآقية
– onycholysis	– انفكاك ظفري	– annularis	– حلقية متوسعة الشعيرات
– polyarthritis	– التهاب المفاصل	telangiectodes	
– pseudoleukoderma	– وضع كاذب	– carbamide	– الكرباميد
PSS (progressive	تصلب الجلد المجموعي المتري	– chronica progressiva	– مزمنة متريية
systemic scleroderma)		– cold	– البرد
psychiatric syndromes,	– متلازمات نفسانية ،	– eczematid – like	– المشبهة بالاكرماتيد
psychopharmaceutic	العوامل الدوائية النفسية	– fulminans	– خاطفة
agents		– fulminating	– خاطفة
psychic panniculitis	التهاب السبلة الشحمية	– hyperglobulinemic	– فرط غلوبولين الدم
	النفسي	– itching	– حاكّة
psychogenic skin	أدواء جلدية نفسية المنشأ	– faune d’ocre	– أصفر مغر
diseases		– lichenoid	– حزازانية
psychopharmaceutic	العوامل الدوائية النفسية	– Majocchi	– ماجوشي
agents		– ocher – yellow	– أصفر – مغر
– psychiatric	– متلازمات نفسانية	– orthostatic	– مرتبط بالوقوف الانتصابي
syndromes		– pigmented,	– مصطبغ ، متري
psychosomatic	ظاهرة نفسية بدئية	progressive	
phenomena		– pigmentosa	– مصطبغ ، متري
psychovegetative	متلازمة نفسية نباتية ، العوامل	progressiva	
syndrome,	الدوائية النفسية	– rheumatica	– رثوي
psychopharmaceutic		– rheumatica,	– رثوي ، هينوخ شُونلاين
agents		Schonlein – Henoch	

- Schonlein - Henoch
 - senile
 - steroid
 - thrombocytopenia, idiopathic (see also ITP)
 - thrombocytopenic
 - thrombotic thrombocytopenic (TTP)
 - purpuric pigmented lichenoid dermatitis
 pustula maligna
 pustular
 - bacterid
 - bacterid, acute generalized
 - dermatosis, subcorneal
 - diseases
 - psoriasis
 - syphilid
 - ulcerative dermatosis of the scalp

- شو نلاين - هينوخ
 - شيخى
 - سترويدى
 - قلة الصفيحات ، الغامض (الذاتى)
 - قليل الصفيحات
 - قليل الصفيحات الحثاري
 - جلاد حزازي مصطبغ
 - فرفري
 - بثرة خبيثة
 - بثرى
 - طفحة جرثومية
 - طفحة جرثومية ، حادة
 - معممة
 - جلاد ، تحت الطبقة المتقرنة
 - أمراض
 - صدف
 - طفحة إفرنجية
 - جلاد تقرحي على الفروة

pustules
 - Behcet's
 - spongiform
 pustuloses/pustulosis
 - acuta generalisata
 - eosinophilic, sterile
 - generalized
 - palmaris et plantaris
 - subcornealis
 pyoderma(s)
 - chancriform
 - chronic
 - epidermal
 - faciale
 - gangrenosum

- بثور
 - باجيت
 - إسفنجي الشكل
 - بثار
 - حاد معمم
 - حمضي ، عقيم
 - معمم
 - راحي وأخمصي
 - تحت الطبقة المتقرنة
 - تقيح الجلد
 - قرحي الشكل
 - المزمن
 - البشري
 - الوجهي
 - المواتي

- gangrenosum, systemic diseases
 - of hair follicles
 - of other origin
 - sweat glands
 - ulcerosa serpiginosa
 - vegetans
 pyodermes végétales et verruqueuses
 pyogenic granuloma
 pyridoxine (vitamin B6)
 pyruvate decarboxylase deficiency

- المواتي ، أمراض مجموعة
 - في جريات الأشعار
 - من منشأ آخر
 - غدد عرقية
 - التقرحي الساعي
 - التنبتي
 - تقيح الجلد التنبتي والثلولي
 - حبيوم تقيحي
 - بيريدوكسين (فيتامين ب ٦)
 - عوز نازعة كاربوكسيل
 - البروفات

Q

Q fever
 quadrant syndrome
 quadrichrome vitiligo
 quaternary syphilis
 Queensland tick typhus
 quinacrine
 Quincke's edema

- حمى كيو
 - متلازمة الربع
 - بهاق رباعي اللون
 - افرنجي رباعي
 - تيفوس قراد كوينسلاند
 - كينا كرين
 - وذمة كونيكة

R

Rabson - Mendelhall syndrome
 racing larva
 raket bails
 radiant heat
 radiation
 - carinoma
 - ionizing
 - ionizing, comedones following
 - keratoses
 - nonionizing
 - optical
 - sources, artificial
 - UV

- متلازمة رابسون - ميندلهاال
 - البرقة العداءة
 - أظفار الراكيت
 - حرارة مشعة
 - اشعاع ، الشع ، تشعيع
 - سرطانة
 - مؤين
 - مؤين ، زؤان يتلو التشعيع
 - تفرانات
 - لا شاردى (لا مؤين)
 - بصري
 - منابع ، صناعية
 - الأشعة فوق البنفسجية

radioactive isotopes, artificial (radionuclides)	النظائر الفعالة شعاعياً ، الصناعية (النويات الإشعاعية)	- durg	- دوائي
radioallergosorbent test (RAST)	اختبار الامتصاص الأرجي الإشعاعي	- erythema nodosum – like drug	- دوائي متشبه بالحمامي العقدة
radiodermatitis	التهاب الجلد الإشعاعي	- Fernandez	- فيرنانديز
- acute	- الحاد	- flocculation	- التندف / التحوصب
- chronic	- المزمن	- Herxheimer's	- هرکسهايمر
radioelastosis	المران الإشعاعي	- humoral allergic reaction(s),	- أرجي خلطي تفاعل (ج : تفاعلات)
radioimmunoprecipitation assay (RIPA)	مقايمة الترسيب المناعي الإشعاعي	- Ito – Reenstierna	- ايتو – رينستيerna
raised chancroid (ulcus molle elevatum)	قرح مرتفع (قرحة ، مرتفعة)	- Jarisch – Herxheimer	- جاريش – هرکسهايمر
rapid plasma reagin card test (RPRC test)	اختبار بطاقة رياجين البلازما السريع	- Kahn's	- كان
Rappaport's classification	تصنيف رابابورت	- lepra	- الجذام
RAST (radioallergosorbent test)	اختبار الإمتصاص الأرجي الإشعاعي	- lepromin	- الجذامين
rat – bite fever	حمى عض الجرذ	- lichenoid drug	- حزازاني دوائي
Ratschow's test	اختبار راتشوف	- localized anaphylactic	- تأقي موضع
Raynaud's	رينو	- Meinicke's clearing	- وضوح مينيكه
- disease	- داء	- Mitsuda	- ميتسودا
- disease, nail changes	- داء ، تبدلات ظفرية	- photoallergic	- أرجي ضوئي
- phenomena, vasoactive drugs	- ظاهرة ، أدوية فاعلة في الأوعية	- phototoxic	- سمي ضوئي
- syndrome	- متلازمة	- Prausnitz – Kustner	- بروسنتيز – كوستنيز
- syndrome, causal conditions	- متلازمة ، حالات سببية	- pseudoallergic	- أرجي كاذب
reaction(s)	تفاعل	- Schiff's, with periodic acid	- شيف ، مع حمض فوق اليودي
- allergic, clinical disease equivalents	- أرجية ، مكافئات الداء السريري	- serum sickness type, drug	- دوائي ، نمط داء المصل
- anaphylactic/anaphylactoid, grading	- تأقي / تأقاني ، درجات	- treponemal	- لولبي
- anaphylactic/anaphylactoid, treatment	- تأقي / تأقاني ، المعالجة	- tuberculin	- السلين
- Arthus	- آرتوس	- type I (anaphylactic)	- نمط I (تأقي)
		- type II (cytotoxic)	- نمط II (سام للخلايا)
		- type III (immune – complex)	- نمط III (معقد مناعي)
		- type IV (cellular allergic, of delayed type)	- نمط IV (أرجي خلوي ، من نمط الآجل)
		reactive amyloidosis	داء نشواني ناشط
		reactive perforating collagenosis	كلاج (داء مفراوي) ثاقب ناشط

reagin test, automated	اختبار الرياجين ، التلقائي	relapsing febrile	التهاب السبلة الشحمية
recessive ichthyosis	سماك شائع صاغر	nodular	العقيدي الحمي اللاتقيحي
vulgaris		nonsuppurative	الناكس
recessive ichthyosis, X	سماك صاغر ، مرتبط بالصبغي	panniculitis	التهاب الغضاريف الناكس
linked	X	relapsing	
Recklinghausen's	داء ركلنهاوزن	polychondritis	
disease		REM syndrome	متلازمة (م ح ش) ، الداء
Recklinghausen's	ورام ليفي عصبي لركلنهاوزن		الموسيني الحمامي الشبكي
neurofibromatosis		- Rendu - Osler	متلازمة رندو - أوسلر
recreationally	استجمامي (يحدث عند	syndrome	
associated	المستجمين) مترافقة	repellents	المنفرات
Pseudomonas	بالتهاب الجريبات بالزئبق	repegmentation	عودة التصبغ
aeruginosa folliculitis	الزنجارية الغازية	residual scarring,	تندب ثمالي ، عقب الإلتهاب
rectal gonorrhea	سيلان شرجي	postinflammatory	
recurrent	راجع	- cysts	- كيسات
- bullous eruption of	- طفح فقاعي على اليدين	- fistulated comedones	- زؤان متوسر
the hands and feet	والقدمين	resorcinol	ريزورسينول
- granulomatous	- التهاب جلد حبيبي مع	rest phase, hair cycle	- طور الراحة ، دورة الشعرة
dermatitis with	كثرة الحمضات	restless legs syndrome	متلازمة تلمل الرحلين
eosinophilia		retention	فرط التقرن الإحتباسي
- herpes simplex	- حلاً بسيط	hyperkeratosis	
- migratory	- التهاب وريد نخاري هاجر	reticular	شبكي
thrombophlebitis		- degeneration	- تنكس
red	أحمر	- erythematous	- داء موسيني حمامي
- dermatographism	- كتوية الجلد	mucinosi	
- dog	- كلب	- varies	- ضروب ، أنواع
- liver palms	- الراحات الكبدية	- reticulated confluent	- الورام الحليمي الشبكي
- mercuric sulfide	- سلفيد الزئبق	psillomatosis	والمثلاقي
- palms	- الراحتين	reticulated pigmentary	جلاد مصطبغ شبكي في
Refsum's disease	داء ريفزوم	dermatosis of the	الثنيات
Refsum's syndrome	متلازمة ريفزوم	flexures	
Reiter's disease	داء رايتير	reticulin fiber	ليف شبكي
- nail(s) changes	- تبدلات ظفرية	reticuloendothelial	فطار الخلايا الشبكية البطانية
- urethritis	- التهاب الإحليل	cytomycolis	
Reiter's protein	اختبار تثبيت المتممة البروتيني	reticulohistiocytic	حبيبيوم الخلايا المنسجة
complement - fix -	لرايتير	granuloma	الشبكية
ation test		reticulohistiocytoma	ورم المنسجات الشبكي
Reiter's syndrome	متلازمة رايتير	reticulohistiocytosis	كثرة المنسجات الشبكية

- congenital self - healing	- الولادية ذات الشفاء الذاتي	- treatment rhinoscleroma	- المعالجة صلبوم الأنف
- Crosti's	- كروستي	riboflavin (vitamin B2)	ريبوفلافين (فيتامين ب ٢)
- cutanea hyperplastica benigna cum melanoderma	- فرط التنسج الجلدي الحميد وملان الجلد	Rihner - Hanhart syndrome	متلازمة ريخنر - هانهارت
- cutaneous	- جلدي	Rickettsia	ريكتسية
- disseminata	- منتشر	- R. prowazeki	- بروفازكي
- malignant	- خبيث	- species	- أنواع
- reticulosarcoma	- غرن شبكي	- species, arthropod vector	- أنواع ، ناقل مفصلي الأرجل
- cutaneous	- جلدي	rickettsiaceae	الريكتسيات
- histoblastic	- بأرومة المنسجات	rickettsial diseases	أدواء الريكتسيات
reticulosarcomatosis, Gottron's	غران شبكي ، غوترون	- Q fever	- حمى كيو
reticulosos/reticulosis	شباك	- spotted fever group	- زمرة الحمى البقعة
- aleukemic	- لا ابيضاضي	- tsutsugamushi fever	- حمى تسوتسو غاموشي
- of Crosti	- كروستي	- typhus group	- زمرة التيفوس
- cutaneous	- جلدي	rickettsial pox =	داء الريكتسيات = داء
- eosinophilic	- حمضي	Russian	الريكتسيات الروسية
reticulum cell sarcoma	غرن الخلايا الشبكية	vesicular rickettsiosis	الحويصلي الروسي
retinoids	ريتينيوتيدات	ridged nail	ظفر مخططة
retothelial sarcoma	غرن شبكي بطاني	Riehl's melanosis	ملان ريل
retroauricular psoriasis	صداف خلف الأذن	rigid atrophic skin	ضمور الجلد الصملي
rewan	اسم افريقي محلي للإفريقي المتوطن (البجل)	ringed hair	(القاسي) الأشعار الحلقية
rewarming urticaria	شرى التدخة	ringlet or bristle worms (Annelida)	الديدان الحلقية أو الهلبيه
rhagades	فلوع	ringworm of the foot	سعفة القدم
- of the angle of the mouth	- في زاوية الفم	RIP (radioimmunopr - ecipitation assay)	مقايصة الترسيب المناعي الإشعاعي (م ت م ا)
rheography, light reflection	تخطيط جريان السوائل ، انعكاس ضوئي	RIST (radioimmunos - orbent test)	اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي
rheumatic nodules	عقيدات رئوية	river blindness	عمى النهر
rheumatism, desert	رثية ، الصحراء	Roaccutan	رواكيوتان
rheumatismus nodosus	عقيدات رئوية	Rocky Mountain	حمى الجبال الصخرية البقعة
rheumatoid nodules	عقيدات رئوانية	spotted fever	كارثة القوارض
rhinophyma	فيمة الأنف	rodent scourge	قرحة قارضة
- actinic	- السفعية	rodent ulcer	رونجن
- fibroagiomatous	- الشكل الوعائي الليفي	roentgen/Rontgen	- سرطانة
from		- carcinoma	

– elastosis	– مران	– scarlatinosa	– قرمزية
– keratoses	– تقران	rubeoliform drug	طفوح دوائية حصبوية الشكل
– ray dermatitis	– التهاب الجلد بالأشعة	eruptions	
– ulcer	– قرحة	ruby spot	بقع ياقوتية
rolled hair cysts	كيسات الشعر الملتفة	Rud's syndrome	متلازمة رود
Romberg's syndrome	متلازمة رومبيرغ	Ruffini's corpuscles	جسيمات روفيني
rosacea	عد ودي	rule, ABCDE	نظام (قانون) ، ABCDE
– acne	– عد	Rumpel – Leede test	اختبار روميل – ليد
– conglobata	– مكعب	Russian vesicular	داء الريكتسيات الحويصلي
– fulminans	– صاعق	rickettsiosis	الرومي
– granulomatous	– حبيبي	(Rickettsial pox)	
– lupoid	– ذأباني	Rye lymph node	تصنيف العقد اللمفية لري
– papulopustulosa	– حطاطي بثرى	classification	
– steroid	– ستيرويدي		
rosacea – like	شبيه بالعد الودي		
– dermatosis	– جلاد	salicylic acid	حمض الصفصاف
– dermatosis, familial	– جلاد ، عائلي	– oil	– زيت
– diseases	– أدواء	salivary gland cysts	كيسات الغدد اللعابية
– tuberculid	– طفحة درنية	salpingitis, gonorrheal	التهاب البوق (النفير) ، السيلائي
rosea, pityriasis	وردية ، نخالية	salts	أملاح
roseola infantum	وردية طفلية	– aluminum	– الألنيوم
roseola (macular	وردية (طفحة إفريقية بقعية)	– heavy metal	– المعادن الثقيلة
syphilid)		– mercury	– الزئبق
Rothmann – Makai	متلازمة روثمان – ماكي	– silver	– الفضة
syndrome		– sand fleas	– براغيث الرمل
Rothmund's syndrome	متلازمة روثموند	sandbox dermatitis	التهاب الجلد بصندوق الرمل
Rothmund – Thomson	متلازمة روثموند – طومسون	Sanfilippo A – D,	سان فيليبو آ – د ، داء
syndrome		mucopolysacchari –	عديدات السكريد المخاطية
roundworms	ديدان مدورة (الديدان	doses	
(Nemathelminthes)	المسودة)	Sanfilippo's disease	داء سان فيليبو
RPRC (rapid plasma	اختبار بطاقة الرياجين	sarcoid, Boeck's	غرناوي ، بيك
reagin card) test	البلاسمي السريع	sarcoidosis	غرناوية (ساركويد)
rubber components,	مركبات ، مطاطية ،	– large nodular type	– غط العقيدات الكبيرة
contact allergens	مستأرجات تماسية	sarcoma	غرن
rubella	حميراء ، حصبة ألمانية	– fibrosarcoma	– غرن ليفي
– infectionus diseases	– أدواء خمجية	– idiopathicum	– غامض (ذاتي) متعدد
rubella scarlatinosa	حميراء قرمزية	– multiplex	نزفي
– infections diseases	– أدواء خمجية	hemorrhagicum	
rubeola	حصبة		

– Kaposi's	– كابوزي	– <i>S. japonicum</i>	– م . اليابانية
– reticulosarcoma	– غرن شبكي	– <i>S. mansoni</i>	– م . الماسونية
– rethelial	– ذو خلايا شبكية	schistosomal dermatitis	التهاب الجلد بالمنشقات
– stem – cell, with	– الخلية الجذعية ، مع خلايا	schistosomiasis	داء المنشقات
large pyroninophilic	كبيرة أليفة للبيرونين	schonlein – Henoch	فرقرية هينوخ – شؤنلاين
cells		purpura	
scabies	جرب	– rheumatica	– الرثوية
– animal, in man	– حيواني ، في الإنسان	Schreus' rapid zinc	طريقة الائتمكال السريع بالزنك
– crusted	– جلبي	corrosion method	لشريس
– Norwegian	– نرويجي	Schreus' zinc chloride	كي بكلور الزنك لشريس
– persistent papules	– الحطاطات المستمرة	cauterization	
– postscabetic	الحطاطات المستمرة عقب	schwannoglioma	شفانوم
persistent papules	الجرب	schwannoma	شفانوم
scabophobia	رهاب الجرب	SCLE (subacute	ذأب حمامي جلدي تحت
scalded skin syndrome	متلازمة الجلد السمطي	cutaneous lupus	الحاد
scalds	سموط (م : سمط)	erythematosus)	
scale (squames)	وَسَف (وسوف ، حراشف)	sclerema	صلدمة
scalp psoriasis	صداف القروة	– adiposum	– شحمية عند الوليد
scaly crusts	جلبات متقلسة (متحسفة)	neonatorum	
scarlatina	قزمري	– edematosum	– وذمية عند الوليد
scarlatiniform drug	طفوح دوائية قرمزية الشكل	neonatorum	
eruptions		– neonatorum	– الولدان
scarlet fever	حمى قرمزية	sclerodactyly	تصلب الأصابع
– infectious diseases	– أدواء خمجية	scleroderma(s)	تصلب الجلد
scarring alopecia	حاصة ندبية	– adultorum	– الكهلي
scarring pemphigoid/	فقاعاني ندبي / فقاع	– amyloidosum	– النشواني
pemphigus		– circumscribed	– المحدد
– disseminated	– منثر	– en coup de sabre	– ضربة السيف
– localized	– موضع	– guttate morphea	– القشعية النقطية (المورفيا)
scars (cicatrices)	ندبات	– localized	– الموضعة
Schamberg's disease	داء شامبرغ	– nail changes	– تبدلات ظفرية
Scheie's disease	داء سكي	– progressive systemic	– الجهازى المترقي
Schiff's reaction with	تفاعل شيف مع حمض فوق	– systemic	– الجهازى
periodic acid	اليودي	scleroderma diffusa	تصلب الجلد المنتشر والمترقي
Schimmelpenning	متلازمة شيمبلنغ	seu progressiva	
syndrome		sclérodermie	تصلب الجلد الودمي
Schirmer's test	اختبار شيرمر	oedémateuse	
Schistosoma	المنشقة (ج : المنشقات)	sclerodermiform	قاعدوم تصليبي الشكل
– <i>s. haematobium</i>	– م . الدموية	basaloma	

sclerofascia	اللفافة التصليية	– erythroderma	– احمرية / احمرار الجلد /
scleromyxedema	وذمة مخاطية تصليية	– keratosis	– تقران
sclerosing periphlebitis	التهاب محيط الوريد المتصلب	– permphigoid	– فقاعاني
of the chest wall	على جدار الصدر	– verrucosis	– داء الثآليل
sclerosis fibrosa penis	تصلب القضيب الليفي	– wart	– ثؤلول
sclerotherapy	المعالجة المصلبة	seborrhic eczema	إكزيمة مثية
– varices	– الدوالي	– adults	– في الكهول
Scopulariopsis	سكوبولاريوبسيس (نوع من العفن)	– children	– في الأطفال
scrofuloderma	تدرن الجلد (الحنطرة)	– disseminated	– منتشرة
scrotal cysts	كيسات صفنية	– infants	– في الولدان
scrotal tongue	لسان صفني	– interiginous	– مذحية
scrub typhus	التيفوس القرادي	– neonates	– في الولدين
scurvy	البثع	– patchy	– بقعية
– in children	– في الأطفال	seborrhic,	مثنائية ، نخالية الشكل
– infantile	– في الولدين	pityriasiform	
sebaceous/sebaceous	زهمي	seborrhoid,	مثنائية ، خميس ضوئي
– cysts	– كيسات	light – sensitive	
– follicles	– جريات	sebostasis	ركود زهمي
– gland (see sebaceous gland)	– غدة (انظر الغدة الزهمية)	– (asteatosis)	– انعدام الزهم
– lipid	– شحم	sebum	زهم
– retention cysts	– كيسات احتباسية	secondary	ثانوي
– trichofliculoma	– جريوم شعري	– carinoma	– سرطانة
sebaceous gland	غدة زهمية	– erythrodermas	– أحمريرات / إحمرار الجلد /
– ectopic	– متبذة	– syphilis	– إفرنجي
– heterotopic	– غريبة التوضع	Secretan's syndrome	متلازمة سيكرتات
– secretion	– إفراز	selenium sulfide	سلفيد السيلينيوم
sebarche	زيادة إفراز الزهم	self – healing primary	السرطانة وسفية الخلايا البدئية
sebocystomatosis	ورام كيسي مئي لغونتر	squamous cell	والشافية ذاتياً
Gunther		carcinoma	
sebocystomatosis scroti	ورام كيسي مئي صفني	Senear – Usher	متلازمة سينير – أوشير
seborrhea	مث	syndrome	
seborrhic	مئي	senile	شيخوي
– dermatitis in	– التهاب الجلد في الولدان	– angiomas	– وعاءومات
neonates		– atrophy of the vulva	– ضمور الفرج
– eczema (see	– إكزيمة (انظر الإكزيمة	– elastosis	– مران
seborrhic eczema)	المثية)	– genital atrophy	– ضمور تناسلي
– eczematid	– اكزيماتيد	– hemangioma	– وعاءوم دموي
		– lentigo	– شامة
		– nanism	– قزامة

— purpura	— فرفرية	silver	الفضة
— sebaceous gland	— وحة الغدد الزهمية	— nitrate	— نترات
nevus		— salts	— أملاح
— skin atrophy	— ضمور الجلد	— sulfadiazine	— سلفاديازين
— spots	— بقع	six infectious disease	داء الخمج السادس
sepsis, fulminant	انتان ، صاعق بالسحائيات	sixth disease	الداء السادس
meningococcal		Sjoren's disease	داء سوجرين
sepsis, gonococcal	انتان ، بالبنيات	Sjogren's syndrome	متلازمة سوجرين
septal panniculitis	التهاب النسيج الشحمي الحاجزي	— secondary	— الثانوية
	حطاطة مصلية	Sjogren — Larsson syndrome	متلازمة سوجرين — لارسون
seropapule		skin	الجلد
serpiginous chancroid	قرح زاحف	— buffering capacity	— القدرة الدائرة
serum sickness	داء المصل	— cleansers	— منظفات
— drug eruptions	— تفاعلات دوائية	— damage, mechanical	— تخريب ، آلي
— exanthems	— طفحيات	— diseases,	— أدواء ، زوال الصباغ
— type drug reactions	— نط الطفوح الدوائية	depigmentation	
sex — linked ichthyosis	سمك شائع مرتبط بالجنس	— disorders (see skin disorders)	— اضطرابات (انظر اضطرابات الجلد)
vulgaris		— fissures	— شقوق
sexual disturbances,	اضطرابات جنسية ، العوامل	— functions of	— وظائفه
agents	الدوائية النفسية	— infections,	— الأنحاج ، الثانوية ،
Sézary syndrome	متلازمة سيزاري	secondary,	العقديات
shale tars	قطران حجري	streptococci	
shampoos	غسول (شامبو)	— lesions	— آفات
Sharp's syndrome	متلازمة شارب	— lesions, dynamics of	— آفات ، دينميات
sheepox	جدري الغنم	— necroses (see skin necroses)	— نخر (انظر نخر الجلد)
shingles	حلا نطاقي	— protective ointments	— المراهم الواقية
shock, anaphylactic	صدمة ، تأقية	— receptors	— المستقبلات
shock, burn	صدمة ، حرق	— structures of	— بنية
Shulman's syndrome	متلازمة شولمان	— tag	— ميسم
Siberian tick typhus	تيفوس القراد السيبيري	— tuberculosis (see skin tuberculosis)	— تدرن (انظر تدرن الجلد)
sicca syndrome	متلازمة الجفاف	— water — binding	— القدرة الرابطة للماء
sicca, keratoconjunc —	جاف ، التهاب الملتحمة	capacity	
tivitis	والقرنية	skin disorders	اضطرابات الجلد
sickle cell anemia	فقر الدم المنجلي	— adolescents	— البالغين
siderophilia	أليف الحديد	— adults	— الكهول
siderosis	سحار حديدي ، حداد		
Sigg's sign	علامة سيغ		
silicon panniculitis	التهاب السبلة الشحمية بالسيليكون		

- children	- الأطفال	- antinuclear antibodies	- أضداد مضادة للنوى
- contact with animals	- التماسية مع الحيوانات	- autoantibodies	- أضداد ذاتية
- drugs	- الأدوية	- diagnosis	- التشخيص
- elderly subjects	- عند المسنين	SLE (systemic lupus erythematosus)	ذ ح م (ذأب حمامي مجموعي)
- examination of patients	- فحص المرضى	- drugs	- الأدوية
- general examination	- فحص عام	- laboratory findings	- الموجودات المخبرية
- infants	- الرضع	- LE - cell phenomenon	- ظاهرة الخلية ذ . ح
- laboratory tests	- الاختبارات المخبرية	- LE - cell test	- اختبار الخلية ذ . ح
- menstruation	- في الحيض	SLE - like syndrome	- متلازمة شبيهة بالذأب الحمامي المجموعي
- neonates	- الولدان	sleep disturbances, psychopharmaceutic agents	- اضطرابات النوم ، العوامل الدوائية النفسية
- occupational aspects	- الواجهات المهنية	small - spotted pigment dermatosis	- جلاد مصطبغ صغير البقع
- pregnancy	- الحمل	small - vesicle impetigo contagiosa	- قوباء معدية صغيرة الحويصلات
- seasonal dependence	- مرتبط بالفصل	smallpox	- جدري
- systemic agents	- العوامل الجهازية	- black	- أسود
skin necroses	- نخر الجلد	- scars	- ندبي
- drugs	- الدوائى	- vaccinations	- التلقيح
- intramuscular injection	- بالحقن داخل العضل	- zoster	- نطاقى
- resembling an infarct	- الشبيه بالاحتشاء	smegma	- لخن
- zosteriform	- نطاقى الشكل	Sneddon's syndrome	- متلازمة سنيدون
skin tuberculosis (see also tuberculosis cutis)	تدرن الجلد (انظر تدرن الجلد أيضاً)	Sneddon - Wilkinson disease	- داء سنيدون - ديلكسون
- with allergic response	- مع الاستجابة الأرجية	snow blindness	- قَمَر (عمى الفلج)
- classification	- التصنيف	soaps	- صوابين (م : صابون)
- miliaris ulcerosa mucosae cutis	- الدخنية التقرحية على المخاطيات والجلد	- neutral	- معدلة ، محايدة
skin - eye - brain - heart syndrome	- متلازمة الجلد - العين - الدماغ - القلب	sudoku	- سودوكو
sklerijevo	- اسم يطلق على البجل في يوغسلافيا	soft chancre	- قرح لين
slack atrophic skin	- ضمور الجلد الرخو	soft X - ray therapy	- المعالجة بالأشعة السينية X اللينة
SLE (systemic lupus erythematosus)	- ذأب حمامي مجموعي	solar	- شمسي
- American Rheumatism Association	- الجمعية الأمريكية للروماتيزم	- dermatitis	- التهاب جلد
		- elastosis	- مران

– keratosis	– تقران	– nevus	– وحة
– urticaria	– شرى	Spiegler's tumor	ورم سبيغلر
soles, symmetric	أخامص (م : أخمص) ،	spinaloma	شوكوم
lividities	زرقات متناظرة	spindle cell lipoma	شحوم الخلايا المغزلية
solid basal cell	سرطانة الخلية القاعدية	spindle cell nevus	وحمة الخلايا المغزلية
carcinoma	الصلدة	spinocellular carcinoma	سرطانة الخلايا الشائكة
solid phase	اختبار الطور الصلب للامتزاز	spinous cell layer	طبقة الخلايا الشائكة
hemadsorption	الدموي	(stratum spinosum)	
(SPHA)		spinulosis	تشوك
solitary aphthae	فلاع وحيد	spiradenoma, eccrine	غدوم لولبي ، ناتح
solution(s)	محلول (ج : محاليل)	<i>Spirillum minus</i>	الحلزنة الصغيرة
– alcoholic	– كحولي	spirochetoses	أدواء المتويات
– aqueous	– مائي	Spitz'nevus	وحمة سبيتز
– Arning	– أرنيغ	spongiform pustules	بثور اسفنجية الشكل
– Castellani's	– كاستيلاني	spongiosis	وذمة بشرية ، سُفاج
– coal tar	– القطران الفحمي	spoon nail	ظفر ملعقي
– iodine	– يودي	<i>Sporothrix</i>	الشعرية المبوغة
– iodine, alcoholic	– يودي ، كحولي	sporotrichosis	داء الشعريات المبوغة
– Vlemingcx's	– فليمينغ	– extracutaneous	– خارج الجلد
South	جنوبي	– fixed cutaneous	– جلدي ثابت
– African genetic	– اليرفيرة الوراثية الافريقية	– lymphocutaneous	– لمفي جلدي
porphyria		– mucocutaneous	– مخاطي جلدي
– African tickbite	– حمى عضّة القراد الأفريقي	sprays	رذاذات
fever		spun glass hair	الشعر الشبيه بالزجاج الليفي
– American	– الفطار اليرمي الأمريكي	squames (see also	توسف (انظر ايضاً
blastomycosis		desquamation)	التوسف)
spa pool dermatitis	التهاب الجلد بالاستحمام	– scale	– وصف
speckled leukoplakia	طلاوان مرقط	squamous cell	سرطانة وسفية الخلايا
spermaceti	ناطف الحوت	carcinoma	
SPHA (solid phase	اختبار ط ص ا د (الطور	– degree of	– درجة التمايز
hemadsorption) test	الصلب للامتزاز الدموي)	differentiation	
– syphilis	– إفرنجي	– possible causes	– الأسباب الممكنة
sphingolipidoses	شُحام سَفَنغولي	squamous eddies	الدوامات الوسفية
– genetic enzyme	– عيب إنزيمي وراثي	SSM (superficial	ملانوم منتشر سطحي
defect		spreading melanoma)	
sphingomyelin lipidosis	شُحام سفنغوميلين	SSSS (staphylococcal	متلازمة الجلد السمطي
sphingomyelinosis	داء سفنغوميلين	scalded – skin	بالعنقوديات (م ج س ع)
spider	عنكبوت	syndrome)	
– black widow	– الأرملة السوداء	stable flies	ذباب الإسطيل

staphylococcal Lyell's syndrome	داء لايل بالعنقوديات	- noma	- نوما / أكلة الفم/
staphylococcal scalded - skin syndrome (SSSS)	متلازمة الجلد السمطي بالعنقوديات (م ج س ع)	- plaut - Vincent	- بلو - فينست
staphyloidermia superficialis circinata	انتان الجلد بالعنقوديات السطحي المتحلق	- ulceromembranacea	- تقرح المخاطيات
staphylogenic pemphigoid of newborns	الفقاعاني عنقودي المنشأ عند الوليد	- ulcerative stomatopyrosis	- التقرحي حرقه الفم
stasis dermatosclerosis	تصلب الجلد الركودي	stones, navel	حصيات (م : حصاة) ، السرة
stasis ulcer	قرحة ركودية	stratum	طبقة
steatocystoma multiplex	كياس زهمي متعدد	- basale	- قاعدية
steatoma	كيسة زهمية ، زهموم	- corneum	- قرنية
steely hair disease	مرض الشعر الفولاذي/ القاسي	- granulosum	- حببية
Stein - Leventhal syndrome	متلازمة شتاين - ليفينشتاين	- lucidum	- رائقة (شفافة)
stem - cell leukemia	ابيضاض جذعي الخلايا	- spinosum	- شائكة
stem - cell sarcoma with large pyroninophilic cells	غرن جذعي الخلايا مع خلايا كبيرة أليفة البيروني	strawberry tongue	لسان توتي
sterile eosinophilic pustulosis	البثر الحمضي العقيم	Streptobacillus moniliformis	السلسلية سبحية الشكل
Sternberg - Reed cells	خلايا ستيرنبرغ - ريد	streptococcal gangrene	موات بالمكورات العقدية
steroid	ستيروئيد	streptococci	المكورات العقدية
- purpura	- فرقية	- allergic skin changes	- تبدلات جلدية أرجية
- rosacea	- عد وردي	- secondary skin infection	- أخماج جلدية ثانوية
- striae	- خطوط ، فر	Streptomyces	التسلسلة
- Stevens - Johnson syndrome	متلازمة ستيفن - جونسون	striae	فرز / خطوط / سطور
Stewart - Treves syndrome	متلازمة ستيوارت - تريفيز	- atrophicae	- ضمورية
stippled skin	جلد مرقط	- distensae	- متباعدة
stomatitis	التهاب الفم	- gravidarum	- حملية
- allergic	- الأرجي	- migrans	- هاجرة
- candidomycetica	- بالمبيضات	- pregnancy	- الحمل
- gengrenous	- المواتي	- steroid	- ستيروئيدية
		strongyloidiasis	داء الأسطوانيات البرازية
		Strongyloides stercoralis	الأسطوانيات البرازية
		strophulus adultorum	شرى حطاطي كهلي
		strophulus infantum	شرى حطاطي عند الولدان
		stuccokeratosis	تقران لاصق
		Sturge - Weber syndrome	متلازمة ستورج - وير
		stye	شعيرة ، جُدُجُد
		subclinical psoriasis	صداف تحت السريري

subcorneal pustular dermatosis	الجلاد البكري تحت القرنية	- basal cell carcinoma	- سرطانة قاعدية الخلايا
subcutaneous	تحت الجلد	- dermatitis, chronic	- التهاب الجلد ، المزمن
- fat necrosis of the newborn	- النخر الشحمي عند الوليد	- spreading melanoma (SSM)	- ملانوم منتشر
- fatty tissue	- النسيج الشحمي	- thrombophlebitis	- التهاب الوريد الخثاري
- mycoses	- فطارات	supernumerary	حلمة إضافية
- nodular fasciitis	- التهاب اللغافة العقيدي	surfactants	فعال بالسطح
- pseudosarcomatous fibromatosis	- الورام الليفي الغرني الكاذب	surgery	جراحة
- syphilid	- طفحة إفريقية	- cryosurgery	- جراحة قرية
subepidermal nodular fibrosis	تليف عقيدي تحت البشرة	- electrosurgery	- جراحة كهربية
subungual	تحت الظفر	Moh's chemosurgery	- الجراحة الكيميائية لموس
- enchondrmas	- غضرومات داخلية	Sutton nevus	وحمة سوتون
- exostosis	- غرن (ج : أغران)	sweat, colored	عرق ، ملون
- hematoma	- ورم دموي (دميوم)	sweat gland(s)	غدد عرقية
- keratoacanthoma	- شوكموم قرني	- apocrine	- مفرزة
- tumors (see subungual tumors)	- أورام (انظر الأورام تحت الظفر)	- cysts	- كيسات
- verruca vulgaris	- ثؤلول شائع	- eccrine	- نائمة
subungual tumors	أورام تحت الظفر	- nevi	- وحمات
- acrolentiginous melanoma	- ملانوم شامات النهايات	- pyodermas	- تقيحات الجلد
- Bowen's disease	- داء بوفن	- tumors	- أورام
- glomus	- كُبة	sweat urticaria	شرى العرق
Sucquet - Hoyer - Grosser organs	أعضاء سوكويت - هوير - غروسير	sweat - retention cyst	كيسة احتباسية عرقية
sudamina	دخنية بلورية	sweating fever	حمى التعرق
sulfadiazine	سلفاديازين ، الفضة	Sweet's syndrome	متلازمة سويت
sulfonamides	سلفاميدات	Swift's syndrome	متلازمة سويغت
sulfones	سلفونات	swimmer's itch	حكة السباحين
sulfur	كبريت	swimming pool granuloma	حبيوم حوض السباحة
summer eruption	طفح صيفي	symmetrical fat sclerosis	تصلب الدهن المتناظر
summer prurigo	حكاك صيفي	symmetrical vermiform	تصلب الوجه دودي الشكل
summertime pityriasis, elbows and knees	غالية صيفية ، على المرفقين والركبتين	facial atrophy, childhood	المتناظر في الأطفال
sunburn	حرق شمسي	symptomatic	تبدلات الجلد سماكية الشكل
sunscreens	دائرات الشمس	ichthyosiform skin changes	العرضية
superficial	السطحي	syndroma muco	المتلازمة المخاطية - الجلدية -
		- cutaneo - oculare acutum	العينية الحادة
		syndrome(s)	متلازمة (ج : متلازمات)

- Achard - Thiers	- آكارد - تيرز	- bruising, painful	- تكدم ، مؤلم
- Achenbach	- اشينباخ	- bulldog scalp	- فروة البلدغ (نوع ضخم من الكلاب)
- acquired immunodeficiency (see AIDS)	- عوز المناعة المكتسب (انظر الإيدز / المعمم)	- Bureau - Barrière	- بورو - بارير
- acute febrile mucocutaneous lymphadenopathy	- اعتلال العقد اللمفية الجلدي المخاطي الحمي الحاد	- Burger - Grutz	- بروجر - غروتز
- adrenogenital	- تناسلية كظرية	- burning feet	- قدم حارقة
- Albright's	- البرايت	- Buschke - Ollendorf	- بوشكيه - أولندروف
- Albright - McCune - Sternberg	- البرايت - مك كون - ستيرنبرغ	- candidosis	- أدواء المبيضات باعتلال صماوي
- Aldrich's	- الدريش	- endocrinopathy	- شيدياق - هيغاشي
- androgenic, acne	- ذكار - عد	- Chédiak - Higashi	- المطعم الصيني
- angiolupoid	- ذأباني وعائي	- Chinese restaurant	- ثدن الفضروف - وعاءوم دموي
- argininosuccinic acid	- حمض الأرجينوسكسينيك	- chondrodysplasia - hemangioma	- اعتلال العقد اللمفية المزمنة
- Arndt - Gottron	- أرندت - غوترون	- chronic lymphadenopathy	- تكاثري مناعي متعدد الكمون مزمن
- Asher's	- آشر	- chronic pluripotential immunoproliferative	
- auriculotemporal	- صدغي أذني	- chronic porphyria	- برفيرية مزمنة
- automutilation	- جدع ذاتي	- Cokayne's	- كوكاين
- B - K mole	- وحة ب - ك	- Cockayne - Touraine	- كوكاين - تورين
- Barraquer - Simons	- باركيه - سيمون	- congenital neurocutaneous sensory	- حمي جلدي عصبي ولادي
- Bart's	- بارت	- Cornelia de Lange	- كورنيليا دو لانج
- Bart - Pumphrey	- بارت - بومفري	- Cornelia de Lange's syndrome	- متلازمة كورنيليا دو لانج
- basal cell nevus	- وحة الخلية القاعدية	- Costen's	- كوستين
- Behcet's	- باجيت	- Cowden's	- كاودن
- Berardinelli - Seip	- بيراردينيلي - سيب	- Crandall's	- كراندال
- Bernard - Soulier	- برنارد - سولير	- CREST	- كريست
- Birt - Hogg - Dube	- بيرت - هوغ - دوب	- Crosti's	- كروستي
- Bjornstad's	- بورنستاد	- Crouzon's	- كروزون
- Bloom's	- بلوم	- CRST	- كريست
- Bloom - Torre - Machacek	- بلوم - تور - ماكاسيك	- curly hair	- شعر أجمد
- blue - rubber - bleb - nevus	- وحة - زرقاء - مطاطية - مجلية	- cutaneous paraneoplastic	- ورمي جلدي مواكب
- Bonnevie - Ullrich	- بونيفي - الدريش	- defibrination	- زوال الفيبرين
- bowel bypass	- مجازة معوية		
- Brocq - Pautrier	- بروك - بوترييه		
- bronze baby	- طفل برونزي		

- depressive, psychopharmaceutic agents	- اكتئابى / مكتئب ، عوامل دوائية نفسية	- Gronblad - Strandberg	- غرونبلاد - سترانديرغ
- De Sanctis - Caccione	- دي سانكتس - كاشيوني	- Hallopeau - Siemens	- هالوبو - سيمنس
- dysplastic nevus, hereditary	- وحة مثلونة (مختلة التنسج ، وراثية)	- hamartoma, multiple	- ورم عالى ، متعدد
- dysplastic nevus, nonhereditary	- وحة مثلونة (مختلة التنسج) ، غير وراثية	- Hartnup	- هارتنب
- Ehlers - Danlos	- أهلر - دانلوس	- Heerfordt's	- هيرفوردت
- EMO	- متلازمة EMO	- hemangioma - thrombocytopenia	- وعازوم دموي - بقلة الصفيحات
- Fabry's	- فابري	- Herlitz	- هيرليتز
- familial atypical multiple mole melanoma	- ملانوم الشامات المتعددة اللائموذجي العائلي	- Herzberg - Potjan - Gebauer	- هيرزبيرغ - بوتجان - جيور
- fatal	- جلدي معوي مميت	- Hoigne's	- هوجن
- cutaneointestinal		- Hollander - Simons	- هولاندير - سيمونس
- Favere - Racouchot	- فافر - راكوشو	- Hornstein - Knickenberg	- هورنشتاين - كنيكنبرغ
- Feuerstein - Mims	- فيورشتاين - ميمز	- Horton's	- هورتون
- le Fèvre - Languépin	- لوفيفر - لانغيوبين	- Hunt's	- هنت
- Fiessinger - Leroy	- فيسينغر - ليروي	- Hurler's	- هورلير
- Fiessinger - Rendu	- فيسينغر - روند	- Hutchinson - Gilfort	- هتشنسون - جيلفورت
- fish odor	- رائحة السمك	- hypereosinophilic	- مفرط الحمضات
- Fritz - Hugh - Curtis	- فريتز - هوج - كورتيس	- hypochondriac, psychopharmaceutic	- ممروق ، العوامل الدوائية النفسية
- Fuchs'	- فوش	- infantile acrolocalized papulovesicular	- حطاطي حويصلي على الأطراف عند الأطفال
- Gardner's	- غاردنر	- ingrown great toenail	- ظفر الباخس الكبير الناشب
- Gerhardt's	- جيرهارت	- intolerance	- عدم تحمل
- with gingival involvement	- مع إصابة لثوية	- Kasabach - Merritt	- كاسباخ - ميريت
- Glanzmann - Naegeli	- غلانزمان - نيجلي	- Klippel - Trénaunay - Weber	- كليبل - ترينوفي - ويبر
- Gorlin - Goltz	- غورلين - غولتز	- Kohlmeier - Degos	- كوهلمير - ديفوس
- Gottron's	- غوترون	- Lassueur - Graham - Little	- لاسيور - غراهام - ليتل
- Gougerot - Carteaude	- غوجرو - كارتو	- Launois - Bensaude	- لانوا - بنسواد
- Greither's	- غريثير	- Lawrence's	- لورنس
		- lentiginosis	- داء الشامات

- LEOPARD	- ليوبارد	- Murray's	- موري
- Lesch - Nyhan	- ليش - نيهان	- nail - patella	- الرضفة - الظفر
- Leser - Tre'lat	- ليزر - تريليه	- Netherton's	- نيتيرتون
- Libman - Sacks	- ليمان - ساكس	- neurocutaneous melanoblastosis	- أرام ملائي جلدي عصبي
- linear nevus sebaceus	- وحة زهمية خطية	- neuroectodermal	- أديمي ظاهري عصبي
- lipedema, painful	- شحميدية ، مؤلمة	- Nicolau's	- نيكولو
- lipodystrophy, generalized	- حثل شحمي ، معمم	- Niemann - Pick	- نيمان - بيك
- Lofgren's	- لوفجرين	- Nonne - Milroy - Meige	- نون - ميلروي - ميغ
- Louis - Bar	- لويس - بار	- oculocutaneous	- جلدي عيني
- lupus anticoagulant	- مضاد التخثر الذاتي	- osteoangiohyper - trophy	- ضخامة عظمية وعائية
- Lyell's	- لايل	- Papillon - Lefèvre	- بابيلون - لوفيفر
- Lyell's, staphylococcal	- لايل ، بالعنقوديات	- paraneoplastic	- ورمي مواكب
- lymphadenopathy (LAS)	- اعتلال العقد اللمفية (أ ع م)	- paranoid, psychopharmaceutic agents	- زواراني ، العوامل الدوائية النفسية
- Mafucci's	- مافوسي	- Pasini's	- باسيني
- Makai's	- ماكاي	- pellegra - cerebellar ataxia - renal aminoaciduria	- بلغرة - رخ مخيخي - بيلة حمضيمينية كلوية
- malingering	- تمارض	- Peutz - Jegher	- بوتز - جيكرز
- Marfan's	- مارفان	- Pfeifer - Weber - Christian	- بيفير - وير - كريستيان
- Martorell	- مارتوريل	- pincer bail	- ظفر ملقطي / كاشي الشكل
- McCune - Albright	- مك كون - البرايت	- Plummer - Vinson	- بلومر - فينسون
- Melkersson - Rosenthal	- ملكرسون - روزيتال	- Prader - Willi	- برادر - ويلي
- Mendes da Costa's	- ميندي داكوستا	- pseudo - ainhum	- أينوم كاذب
- Menkes'	- منكس	- pseudoglucagonoma	- ورم الغلوكاغون الكاذب
- Meyenburg - Altherr - Uehlinger	- ماينبرغ - ألتر - أوشلنجر	- pseudo - Lesch - Nyhan	- ليش - نيهان الكاذب
- michelin tire baby	- طفل اطارات ميشلين	- pseudolymphoma	- لمفوم كاذب
- Miescher's	- ميشير	- psychovegetative, psychopharmaceutic agents	- نفسي إنباتي / العوامل الدوائية النفسية
- Mikulicz's	- ميكوليكنز	- pterygium	- ظفرة
- Mitchell's	- ميتشيل	- quadrant	- ربع
- Mondor's	- موندور		
- Montgomery's	- مونتغمري		
- Morgagni's	- مورغاني		
- Moschcowitz's	- موشكوفيتز		
- Mucha - Habe - rmann	- موشى - هايرمان		
- Munchhausen's	- مونشهاوزن		

- Rabson - Mendelhall	- رابسون - مندهال	- telangiectasia - ataxia	- رنج - بتوسع الشعيرات
- Raynaud's	- رينو	- Teutschander's	- تيتشاندر
- Refsum's	- ريفزوم	- Thévenard's	- تيفينارد
- Reiter's	- رايتير	- Thibièrge - Weissenbach	- تبيرغ - ويسينباخ
- REM	- المتلازمة (REM) الموسينية الحمامية الشبكية	- Thomsons's	- طومسونز
- Rendu - Osler	- روندو - اوسلر	- thrombocytopenia - hemangioma	- قلة الصفيحات - وعاءوم دموي
- restless legs	- تملل الرجلين	- thrombohemorr - hagic	- نزفي خثاري
- Richner - Hanbart	- ريختر - هانبارت	- Tietze's	- تيتز
- Romberg's	- رومبرغ	- too much skin syndrome(s)	- متلازمة الجلد الفضفاض متلازمة (ج : متلازمات)
- Rothmann - Makai	- رثمان - ماكاي	- Touraine - Solente - Gole	- تورين - سولينت - غول
- Rothmund's	- روثموند	- trichorrhexis	- نقصف الأشعار
- Rothmund - Thomson	- روثموند - طومسون	- Troisier - Hanot - Chauffard	- تروازير - هانوت - شوفارد
- Rud's	- رود	- trophic trigeminal	- ثلاثي التوائم الخفائي (الغدائي)
- scalded - skin	- الجلد السمطي	- Ullich - Turner	- الريح - توريز
- Schimmelpenning	- شيملينغ	- Urbach - Wiethe	- أورباخ - ويت
- Secretan's	- سيكرتان	- van Lohuizen's	- فان لوهيوزين
- Seip - Lawrence	- سيب - لورنس	- Vogt - Koyanagi	- فوكت - كوياناغي
- Senear - Usher	- سينير - أوشر	- Vogt - Koyanagi - Harada	- فوكت - كوياناغي - هارادا
- Sézary	- سيزاري	- Vohwinkel's	- فوفينكل
- Sharp's	- شارب	- von Hippel - Lindau	- فون - هيل - ليندو
- sicca	- جاف	- Vrolik's	- فروليك
- Sjoren's	- سوجرين	- web	- الوثرة
- Sjogren's, secondary	- سوجرين ، الثانوي	- Weber - Cockayne	- وير - كوكاين
- Sjogren - Larsson	- سوجرين ، لارسون	- Wegener - Klinger	- فاغنر - كلينجر
- skin - eye - brain - heart	- الجلد ، العين ، الدماغ ، القلب	- Wells'	- ويل
- SLE - like	- المشبه بالذأب الحمامي المجموعي	- Werner's	- ويرنر
- Sneddon's	- سنيدون	- von Willenrand - jurgens	- فون ويليراند - جورجينز
- staphylococcal scalded skin (SSSS)	- الجلد السمطي بالعنقوديات	- Winterbauer's	- ونبور
- Stein - Leventhal	- شتاين - ليفنتال	- Wiscott - Aldrich	- ويسكت - الدريش
- Stewart - Treves	- ستورات - تريفر		
- Sturge - Weber	- ستورج - وير		
- Sweet's	- سويت		
- Swift's	- سويفت		

- Wittmaack - Eckbom	- ويتاك - إكبوم	- papulosquamous syphilid	- طفحة إفريقية حطاطية وسفية
- Woolf - Dolowitz - Aldous	- وولف - دولوفتيز - ألدوس	- pregnancy	- الحمل
- Wubenthal's	- ويتنتال	- primary	- البدئي
- yellow nail	- الظفر الأصفر	- pustular syphilid	- طفحة إفريقية بثرية
- Zinsser - Cole - Engman	- زينسير - كول - انغمان	- quaternary	- رباعي
synovioma, cell , benign giant	ورم زليلي - خلوي ، حميد ، عملاق	- IgM FTA - ABS test	- اختبار IgM FTA - ABS
synthetic derivates	مشتقات تركييبة	- sceening tests	- اختبارات التقصي
synthetic fats	دهون تركييبة	- secondary	- ثانوي
syphilis	إفريقي	- serology (see syphilis serology)	- مصلي (انظر مصليات الإفريقي)
- I	I -	- SPHA test	- اختبار SPHA
- I, diagnosis	- I ، التشخيص	- subcutaneous	- طفحة إفريقية تحت الجلد
- II, late	- II ، متأخر	- syphilid	- ثالثي
- III	- III	- tertiary	- اختبار TPI
syphilis	إفريقي	- TPI test	- المعالجة
- antibody reactions in different stages	- تفاعلات الأضداد في المراحل المختلفة	- treatment	- طفحة إفريقية تقرحية
- cerebrospinal fluid examinations	- فحوصات السائل النخاعي	- ulcerous syphilid	- إفريقي ، ولادي
- classification	- التصنيف	- syphilis, congenital	- باكراً
- clinical stages	- المراحل السريرية	- early	- متأخر
- congenital (see syphilis, congenital)	- ولادي (انظر الإفريقي ، الولادي)	- late	- سمات
- connata	- ولادي	- stigmata	- مصليات الإفريقي
- cutaneous syphilid	- طفحة إفريقية جلدية	- syphilis serology	- الموجودات
- endemic	- متوطن	- findings	- الطرق
- FTA test	- اختبار FTA	- methods	- الإختبارات
- FTA - ABS test	- اختبار FTA - ABS	- tests	- إفريقي
- general	- معمم	- syphilitic	- التهاب بلعوم
- immunity	- المناعة	- pharyngitis	- أنف سرجي
- macular syphilid (roseola)	- طفحة إفريقية بقعية (وردية)	- saddle nose	- التهاب اللوزتين
- malignant	- خبيث	- tonsillitis	- غدوم عرق كيسي حليمي
- newborns	- الوليد	- syringocystadenoma	- الشكل
- papular syphilis	- إفريقي حطاطي	- papilliferum	- ورم غدي عرق (غدوم عرق)
		- syringoma	- منتشر
		- disseminated	- حول الحجاج
		- periorbital	- ضمور الجلد وحمي الشكل
		- systematized neviform	- المتناظر
		- atrophoderma	

systemic	جهازى ، مجموعى	tanning	دبغ / التسفع
- amyloidoses (see systemic amyloidoses)	- الداء النشوانى (انظر الأدوية النشوانية المجموعية)	- delayed	- أجل
- giant cell arteritis	- التهاب الشريان بالخلايا العملاقة	tapeworms (Cestoda)	الدودة الشريطية (القليديات)
- lupus erythematosus (see also SLE)	- الذأب الحمامى (انظر ذ . ح . م أيضاً)	tar(s)	قطران
- mastocytoses	- كثرة الخلايا البدينة	- acne	- عد
- mycoses	- الفطريات	- birch	- شجرة الباتولا ، التامول
- scleroderma	- تصلب الجلد	- coal	- فحم حجرى
- treatment, corticosteroids	- المعالجة بالستيروئيدات	- juniper	- العرعر (شجر من الفصيلة الصنوبرية)
- treatment, dermatoses	- المعالجة ، الجلادات	- keratoses	- تقرانات
systemic amyloidoses	الداء النشوانى المجموعى	- psoriasis	- صدف
- primary	- البدئى	- shale	- حجر ، طين صفيحي (صخر مشكل من صلصال)
- secndary	- الثانوى	- tincture	- صبغة
		- warts	- ثآليل
		- wood	- خشب
		tattooing	وشم
		- accidental	- طارئ ، حادثى
		- amalgam	- ملغم
		- coal dust	- غبار الفحم الحجرى
		- decorative	- زخرفى
		- gunpowder	- بارود
		- ornamental	- زخرفى
		- sideroses	- حداد ، سحار حديدي
		- unintentional	- عفوى ، غير مقصود
		Tegison	تيغازون
		telangiectases	الشعيرات المتوسعة
		- primary	- البدئى
		- primary, other syndromes	- البدئى ، متلازمات أخرى
		- secondary	- الثانوى
		telangiectasia	توسع الشعريات
		- cerebello - oculo - cutaneous	- مخيخي - عيني - جلدي
		- essential	- أساسى
		- exogenous	- خارجى المنشأ

T

T - cell	خلية ت
- erythroderma	- أحمرية (احمرار الجلد)
- lymphomas, cutaneous, staging classification	- لمفومات ، جلدية تصنيف مرحلي
- lymphomas, cutaneous, TNM staging classification	- لمفومات ، جلدية تصنيف مرحلي TNM
- neoplasia	- ورم
T - zone lymphoma	لمفوم المنطقة التائية
Tabanus (gadflies)	النمرة (ذبابة الخيل)
tabes dorsalis	تابس ظهري
tack phenomenon	ظاهرة (الفرزة / المسبار)
tactile receptors	مستقبلات اللمس
Taenia saginata	الشريطية العزلاء
Taenia solium	الشريطية الوحيدة
Takayasu's disease	داء تاكاياسو
Tangier disease	داء تانجير
tannin	حمض التنيك / حمض الدبغ

– hereditaria	– النزي الوراثي	– ELISA	– إلزا
hemorrhagica		– exposure, allergic	– التعرض ، في الشرى
– macularis eruptiva	– البقعي الطفحي المستمر	urticaria	الأرجي
perstans		– Fernandez reaction	– تفاعل فرنانديز
– progressive	– المتثر المترقي الأساسي	– flocculation	– تفاعل التحوصب
disseminated essential		– FTA	– FTA (تألق أضداد البريميات)
telangiectasia – ataxia	– متلازمة توسع الشعيرات	– FTA, syphilis	– FTA ، الأفرنجي
syndrome	الرخ	– FTA – ABS	– FTA – ABS
telangiectodes, purpura	متوسع الشعيرات ، فرفرية	– FTA – ABS, syphilis	– FTA – ABS ، الأفرنجي
annularis	حلقة	– Herxheimer's	– تفاعل هر كسهايمر
telecurie apparatus	جهاز الراديوم البعادي	reaction	
tologen	طور انتهاء النمو	– IgM SPHA	– IgM SPHA
– alopecia	– حاصة	– Kahn's reaction	– تفاعل كان
– effluvium	– نفحة ، تساقط الأشعار	– Kveim	– كفييم
– hair loss	– فقد الأشعار	– laboratory, loprosoy	– مخبر ، الجذام
temporal arteritis	التهاب الشريان الصدغي	– LE – cell test	– اختبار الخلية ذ ح
TEN (toxic epidermal	انحلال البشرة النخري السمي	– leishmanin	– ليشمانين
necrolysis)		– lepromin	– جذامين
tennis racket nail	ظفر على شكل مضرب التنس	– lepromin reaction	– تفاعل الجذامين
terminal hair	أشعار نهائية	– lupus band	– شريط الذأب
tertiary syphilis	الإفرنجي الثالثي	– lymphocyte	– تحول الخلية اللمفية
– bones	– العظام	transformation (LTT)	(ت . خ . ل)
– heart and blood	– القلب والأوعية الدموية	– macroflocculation	– التندف / التحوصب
vessels			الكبري
– internal organs	– الأعضاء الداخلية	– Mahorner – Ochsner	– ماهورنر – أو كسز
– nervous system	– الجهاز العصبي	– Meinicke clearing	– التفاعل الرائق لمينيك
– parenchymatous	– الأعضاء المتينة	reaction	
organs		– Mitsuda reaction	– تفاعل ميتسودا
testosterone, hair	تستوسترون ، الأشعار	– Mitsuda – Hayasaki	– ميتسودا – هياساكي
test(s)	اختبار (ج : اختبارات)	– Olmos – Castro	– أولموس – كاسترو
– atopy	– التأتب	– oral provocation test	– اختبار التحريش الفموي
– automated reagin	– الرياجين التلقائي	for idiosyncrasy	للتحساس الذاتي
– avoidance, allergic	– اجتناب ، الشرى الأرجي	(OPTI)	
urticaria		– patch	– بقعية
– chancroid	– تثبيت متعمة القريح	– Paul's	– بول
complement fixation		– Perthes'	– بيرث
– confirmatory	– مثبت	– photodermatoses	– جلاد ضوئي
– cough	– سعال		
– Dharmendra	– دار مندرا		

- PRIST (paper radioimmunosorbent test)	- بريست (اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي الورقي)	Teuschlander's syndrome	متلازمة تيتشلاندر
- rapid plasma reagin card (RPRC)	- بطاقة الرياجين البلاسمي السريع	textile workers, contact dermatitis and eczema	عمال النسيج ، التهاب الجلد التماسي والإكزيمة
- RAST (radioall - ergosorbent test)	- راست (اختبار الامتصاص الأرجي الإشعاعي)	thalassemia, beta thallus	التلاسيميا ، بيتا مَثَرَة
- Ratschow's	- راتشوف	Theodor's gland	غدة تيودور
- Reiter protein complement - fix - ation	- تثبيت المتممة البروتينية لرايتر	therapy (see treatment)	المعالجة (انظر المعالجة)
- RIST (radioimmun - osorbent test)	- ريست (اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي)	thermal cautery	كبي حراري
- Rumpel - Leede	- رومبل - ليد	thesaurismoses	كناز (داء الاختزان)
- IgM FTA - ABS	- IgM FTA - ABS	thesaurismosis	كناز وراثي شحمي
- IgM FTA - ABS, syphilis	- IgM FTA - ABS ، الإفرنجي	hereditaria lipoidica	
- Schirmer's	- شيرمر	thesaurismosis, phytanic acid	كناز ، الحمض الفيتاني
- screening, syphilis	- تقصي ، الإفرنجي	Thévenard's disease	داء ثيفنارد
- serological, syphilis	- مصلية ، الإفرنجي	Thévenard's syndrome	متلازمة ثيفنارد
- SPHA	- SPHA	thiabendazole	ثيابندازول
- SPHA, syphilis	- SPHA ، الإفرنجي	thiamine (vitamin B1)	تيامين (فيتامين ب ١)
- TPHA	- TPHA	Thibièrge - Weisse - nbach syndrome	متلازمة ثيبيرج - ويسينباخ
- TPI	- TPI	thimble nails	أظفار أنبوية
- TPI, syphilis	- TPI ، الإفرنجي	Thomson's syndrome	متلازمة طومسون
- Trendelenburg test I	- اختبار ترندلنبرغ الأول	thorium X	توريوم X (إكس)
- Trendelenburg test II	- اختبار ترندلنبرغ الثاني	threadworms	السرمة الدويدية ، الأقصور (الممسودات)
- terponemal reactions	- تفاعلات اللولبية	(Nematoda)	طفحجية حمى الأيام الثلاثة
- Tzanck's, pemphigus vulgaris	- تزانك ، في الفقاع الشائع	three - day - fever exanthem	وهن الصفيحات
- urticaria	- شرى	thrombasthenia	التهاب وعائي خثاري جلدي معوي منتشر
- venereal disease research laboratory (VDRL)	- مختبر أبحاث الأمراض الزهريّة	thromboangiitis cutaneointestinalis disseminata	
- Wassermann Reaction (WaR)	- تفاعل واسرمان	thromboangiitis obliterans	التهاب وعائي خثاري مسد
tetracyclines	التتراسيكلينات	thrombocythemia	كثرة الصفيحات
		thrombocytopenia	قلة الصفيحات
		- acquired (see thrombocytopenia, acquired)	- المكتسب (انظر قلة الصفيحات ، المكتسب)
		- with eczema, familial	- مع إكزيمة ، العائلي

– hereditary	– الوراثي	tinctures	صبغة (ج : صبغات)
– megakaryocytic	– النواء	– dermatological	– جلدية
thrombocytopenia, acquired	قلة الصفيحات المكتسب	– podophyllin	– بودوفيللين
– maturation defect	– عيب نضجي	– tar	– قطران
– megakaryocytic	– قلة الصفيحات النواء	– wart	– ثؤلول
thrombocytopenia		– tinea	– سعفة
– production defect	– عيب الإنتاج	– barbae	– اللحية (الذقن)
thrombocytopenia – hemangioma syndrome	متلازمة الوعائوم الدموي – بقلة الاصفحات	– capitis	– الرأس
thrombocytopenic purpura	فرغرية بقلة الصفيحات	– colli	– العنق
– idiopathic (see also ITP)	– الغامص (الذاتي)	– corporis	– الجسد
thrombocytosis	كثرة الصفيحات	– cruris	– الأرفاع
thromboembolic diseases	أدواء الانصمام الخثاري	– faciei	– الوجه
thrombohemorrhagic syndrome	متلازمة النزف الخثاري	– favosa	– القرعة
thrombophlebitis	التهاب الوريد الخثاري	– inguinalis	– الأرفاغ
– deep	– العميق	– of the lower leg	– الساقين
– migrans	– المهاجر	– manus	– اليد
– recurrent migratory	– المهاجر الراجع	– nigra, molds	– سوداء ، العفن
– saltans	– المتنقل ، المهاجر	– pedis (see tinea pedis)	– القدم (انظر السعفة القدمية)
– superficial	– السطحي	– unguium	– الظفر
thrombosis, perianal	الخثار ، حول الشرج	– unguium, treatment	– الظفر ، المعالجة
thrombotic	اعتلال العروق الدقاق الخثاري	tinea pedis	السعفة القدمية
microangiopathy	الخثارية	– dyshidrosiform type	– نمط من شكل خلل التعرق
thrombotic	الفرغرية بقلة الصفيحات الخثارية	– intertriginous type	– النمط المذحي
thrombocytopenic purpura (TTP)		– macerative type	– النمط المتعطن
thrush	السلاق	– squamous – hyper – keratotic type	– النمط الوسفي – مفرط التقرن
thymol	تيمول	tissue	نسيج (ج : نسيج)
thyroglossal duct cyst	كيسة القناة الدرقية اللسانية	– disease (see also connective tissue disease)	– داء (انظر داء النسيج الضام أيضاً)
tick(s)	قراد	– fatty	– دهني
– castor bean	– بذرة نبات الخروع	– hernias, multiple	– فتق ، فتوق النسيج الدهني
Tietze's syndrome	متلازمة تيتز	fatty tissue hernias of the heel	المتعددة على العقب
Tigason	تيغازون	– mixed connective tissue disease	– مرض النسيج الضام المختلط
		toenail, great, dystrophy	ظفر الأبنس ، الكبير ، الخثلي

toenail, great, ingrown	ظفر الأجنس ، الكبير ، الناشب	– agents, skin reactions	– العوامل ، تفاعلات الجلد
tolcilate	تولسيكليت	– degenerative eczema	– إكزيمة تنكسية
tolnaftate	تولنافيت	– drug – induced exanthem	– طفحية محدثة بالأدوية
tongue	اللسان	– epidermal necrolysis (TEN)	– انحلال البشرة النخري
– black	– الأسود	– erythema in neonates	– حماسي في الولدان
– black hairy	– الأسود المشعر (الوبري)	– exfoliative erythrodermas	– الأحمريات (احمرارات الجلد) التقشرية
– burning (glossopyrosis)	– حرقة (حرقة اللسان)	– substances, chemical causes	– مواد ، الأسباب الكيميائية
– carcinoma	– سرطانة	toxidermia	تسمم الجلد
– furrowed	– المثلث / الأخدودي	TPHA (Treponema pallidum hemagglutination) test	اختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة
– geographic	– الجغرافي	TPI (Terponema pallidum immobilization) test	اختبار تثبيت اللولبية الشاحبة
– pain	– ألم	– syphilis	– إفرنجي
– plicated	– المطوى ، المتني	trabecular carcinoma	سرطانة ترييقية
– scrotal	– الصفني	trachoma	حُثَر
– strawberry	– التوتي	trachyonychia	خَشُونَة الظفر
– varices	– دوالي	tranquilizers	المهدئات
tonsilla lingualis	لوزة لسانية	transient chancroid	قرح عابر
tonsillae linguae heterotopicae symmetricae	لوزات لسانية غيرية التوضع متناظرة	transient lymphangiectasis of the penis	توسع الأوعية اللمفية العابر على القضيب
tonsillar xanthomatosis	الورام الأصفر اللوزي	transitional phase, hair cycle	الطور الإنتقالي ، في دورة الشعر
tonsillitis, syphilitic	التهاب اللوزتين ، إفرنجي	transitory acantholytic dermatosis	جلاد انحلال الأشواك العابر
tonsils, lingual, heterotopic	اللوزات اللسانية ، غيرية التوضع	transitory livedo reticularis	الترزق الشبكي العابر
tonsils, Waldeyer's tonsillar ring	اللوزات ، الحلقة اللوزية لفالدير	transitory plaques	اللويحات العابرة
too much skin syndrome	متلازمة الجلد الفضفاض	traumatic epithelial cysts	الكيسات الظهارية الرضحية
topical treatment of dermatoses	المعالجة الموضعية في الجلادات	traumatic mucous	مخاطي رضحي
Torulopsis	داء المستخفيات		
Touraine – Solente – Golé syndrome	متلازمة تورين – سولنت – غولي		
Touton giant cells	الخلايا العملاقة لتوتون		
tower nails	أظفار برجية		
toxemic rash of pregnancy	طفح سمدمي في الحمل		
toxic	سمي ، سام		

- cyst	- كيسات	- onychomycosis	- الفطارات الظفرية
- gland cyst	- كيسة غدية	- photochemotherapy	- المعالجة الضوئية الكيميائية
- retention cyst	- كيسة احتباسية	- physical	- الفيزيائية
traumatic panniculitis	التهاب السبلة الشحمية	- pruritus, systemic	- الحكة ، المجموعية
	الرضحي	- psoriasis	- الصدف
treatment	معالجة	- psoriasis vulgaris	- الصدف الشائع
- acne	- عد	- rhinophyma	- فحمة الأنف
- acute allergic contact dermatitis	- التهاب جلد تماسي أرجي	- soft X-ray	- أشعة X (إكس) اللينة
	حاد	- standard, gonorrhea	- معيار ، السيلان
- AIDS	- الإيدز / المغمم	- syphilis	- الإفرنجي
- allergic urticaria	- شرى أرجي	- tinea unguium	- سعفة الظفر
- anaphylactoid reactions	- التفاعلات التأقلانية	- tuberculosis	- التدرن
- antipsoriatic	- مضادات الصدف	- varices,	- الدوالي ، المعالجة المصلبة
- atopic eczema	- الإكزيمة التأتبية	sclerotherapy	
- biopsy material	- مادة للخزعة	- varices, surgical	- الدوالي ، الجراحية
- chronic allergic contact eczema	- الإكزيمة التماسية الأرجية	- venous stasis ulcer	- قرحة الدوالي الركودية
- chronic urticaria	- المزمنة	- warts	- الثآليل
- chronic venous insufficiency	- الشرى المزمن	- worm diseases	- أدواء الديدان
	- القصور الوريدي المزمن	- X-ray	- أشعة إكس
- contact therapy	- المعالجة التماسية	Trematoda/trematodes	- المثقوبات
- corticosteroid	- الستيروئيدات	Trendelenburg test I	- اختبار ترندلنبرغ I
- dermatophytoses	- الفطارات الجلدية	Trendelenburg test II	- اختبار ترندلنبرغ II
- dermatoses, systemic	- الجلادات المجموعية	Treponema	- اللولبية
- dermatoses, topical	- الجلادات الموضعة	- T. pallidum	- اللولبية الشاحبة
- differential, chronic arterial occlusive disease	- التفريق ، الداء الإنسدادي الشرياني المزمن	- T. pallidum	- اختبار تثبيت اللولبية الشاحبة
		immobilization (TPI) test	
- gonorrhea	- السيلان	- T. pallidum	- اختبار التراص الدموي
- grenz ray	- أشعة غرينز	hemagglutination (TPHA) test	- للولبية الشاحبة
- heliobalneotherapy	- المعالجة بالحمامات الشمسية	- T. pertenu	- اللوية الرقيقة / النحيلة
		treponemal reactions	- تفاعلات اللولبية
- heliothalassotherapy	- المعالجة البحرية الشمسية	tretenoin	- ترينون
- heliotherapy	- المعالجة الشمسية	trichilemmal cysts	- كيسات غمد الشعرة
- hirsutism	- الشعرانية ، الزيب	trichilemmoma	- الحارجي
- hyperhidrosis	- التعرق ، فرط التعرق	- keratinizing	- ورم غمد الشعرة الخارجي
- leprosy	- الجذام	Trichinella spiralis	- تقرن
- malignant melanoma	- الملائوم الخبيث	trichinellosis	- الشُعرينة المتتوية
			- داء الشعرينات

<i>trichinosis</i>	داء الشعرينات	<i>trichoses,</i>	شُعَار ، فرط الأشعار
<i>trichloracetic acid</i>	حمض الخل ثلاثي الكلور	<i>hypertrichosis</i>	
<i>trichoadenoma</i>	الغدوم الشعري	<i>Trichosporia</i>	المبوغات الشعرية
<i>trichobacteriosis axillaris</i>	الفطار الشعري الإبطي	<i>trichostasis lanuginosa Pinkus</i>	الشعر الزغبى الثابت لبنكوس
<i>trichobacteriosis palmellina</i>	الفطار الشعري بلمينا	<i>trichostasis spinulosa</i>	الشعر الشوكي الثابت
<i>trichobilharzia</i>	البلهريسة الشعرية	<i>trichotemnomania</i>	هوس النتف
<i>trichodiscoma</i>	القرصوم الشعري	<i>- trichothiodystrophy</i>	حتل الشعر الكيريتي
<i>trichoepithelioma</i>	الظهاروم الشعري	<i>trichotillobasalioma / trichotillobasaloma</i>	القاعدوم / ورم الخلية القاعدية الشعري
<i>- desmoplastic</i>	- مولد الرباط	<i>trichotillomania</i>	هوس النتف
<i>- papulatum multiplex</i>	- الحطاطي المتعدد	<i>Trichuris trichiura</i>	شعرية الذيل الدقيقة
<i>trichofolliculoma</i>	الجريروم الشعري	<i>trigimnal branch,</i>	فرع ثلاثي التوائم ، والثالث ،
<i>- sebaceous</i>	- زهمي	<i>second and third,</i>	النطاقي
<i>trichogram (hair root status)</i>	مخطط الشعرة (حالة جذر الشعرة)	<i>zoster</i>	
<i>trichogranuloma of hairdressers</i>	حببيوم شعري عند الحلاقين	<i>triglyceridemia,</i>	فرط الغليسيريدات الثلاثية في
<i>trichomalacia</i>	تلين الأشعار	<i>carbohydrate - ind - uced</i>	الدم ، المحدثة بالسكريات
<i>trichome vitligo</i>	بهاق ثلاثي اللون	<i>trimethylaminuria</i>	بيلة أمينية ثلاثية الميثيل
<i>trichomonas urethritis</i>	التهاب الإحليل بالمشعرات	<i>Troisier - Hanot -</i>	متلازمة تروازير - هانوت -
<i>trichomoniasis vaginalis</i>	داء المشعرات المهبلية	<i>Chauffard syndrome</i>	شوفارد
<i>trichomoniasis vaginalis</i>	الفطار الشعري الإبطي	<i>tromantadine</i>	ترومانتادين
<i>trichomycosis nodosa nigra</i>	الفطار الشعري العقدي الأسود	<i>trombiculiasis</i>	داء الخطماوات
<i>trichonodosis</i>	فطار شعري عقدي	<i>trombidiosis</i>	داء العث
<i>Trichophyton</i>	الشعروية	<i>trophedema</i>	الوذمة الإغذائية
<i>- T. rubrum</i>	- الشعروية الحمراء	<i>trophic trigeminal syndrome</i>	متلازمة ثلاثي التوائم الغذائي (الثماني)
<i>- t. mentagrophytes</i>	- الشعروية النقية	<i>trophoneurosis of Romberg</i>	العصاب الاغذائي لرومبيرغ
<i>trichophytosis</i>	داء الشُعَرَوِيَّات (داء الفطور الشعروية)	<i>tropical</i>	مداري
<i>trichopoliodystrophy</i>	حتل الشعر الرمادي	<i>- elephantiasis</i>	- داء الفيل
<i>trichorrhhexis</i>	تقصف الشعر	<i>- phagedena</i>	- قرحة آكلة
<i>- invaginata</i>	- المنخلف	<i>- ulcer</i>	- قرحة
<i>- nodosa</i>	- العقد	<i>true</i>	حقيقي
<i>- syndrome</i>	- متلازمة	<i>- epithelial cysts</i>	- كيسات ظهارية
		<i>- knuckle pads</i>	- وسادات اليراجم
		<i>- myxedema</i>	- وذمة مخاطية
		<i>trunk varicosis</i>	- دوالي الجذع

TTP (thrombotic
thrombocytopenic
purpura)

tube nails

tuber (protuberance)

tuberculid(s)

– acneiform

– papulonecrotic

– rosacea – like

tuberculin reaction

tuberculoid leprosy

tuberculosis (see also
skin tuberculosis)

– cutis (see

tuberculosis cutis)

– fungosa serpiginosa

– miliari

– primaria cutis

– of the skin

– treatment

– verrucosa cutis

tuberculosis cutis (see
also skin tuberculosis)

– colliquativa

– indurative

– lichenoides

– luposa

– miliaris disseminata

– miliaris disseminata
faciei

– orificialis

– papulonecrotica

tuberculous

chancre

– complex, primary

– gumma

– ulcers of the mucous
membranes

فرقرية خثارية بقلة الصفيحات

أظفار أنبوبية

حذبة ، ناشزة

طفحة سلية ، طفحة تدرنية

– عديدة الشكل

– حطاطية نخرية

– الشبيهة بالعد الوردي

تفاعل السلين

الجذام الدرني

تدرن ، سُـل (انظر تدرن
الجلد أيضاً)

– جلدي ، (انظر التدرن
الجلدي)

– فطري ساعي

– دُخني

جلدي أولي

– الجلد

– المعالجة

– الجلد الثؤلولي

تدرن الجلد ، سل الجلد
(انظر تدرن الجلد أيضاً)

– مبيع

– جاسي

– حزازاني

– ذأني

– دخني منتشر

– دخني منتشر وجهي

– الفوهات

– حطاطي نخري

تدرني ، سـلي

– قرح

– معقد ، أولي

– صمغ

– قرحات على الأغشية
المخاطية

tuberous cerebral
sclerosis

tubular adenoma of the
vulva

tularemia

tumenol

tumor(s) (see also
cancer, pre – and
pseudocanceroses or
carcinoma)

– Abrikossoff's

– basal cell

– benign

– benign epithelial

– blood vessels

– bone

– Buschke – Löwen –
stein (condylomata
gigantea)

– cartilage

– cystic

– cystic, nevoid

– dermal duct

– epithelial

– fibroepithelial

– follicular

– follicular

infundibulum

– giant cell tumor of
the tendon sheath

– glomus

– granular

– hair disk

– Koenen's

– lymph vessels

– malignant epithelial

– malignant tumor

emboli

– mesenchymal

تصلب مخي حدي

غدوم أنبوبي على الفرج

تولارمية

تومينول

ورم (انظر السرطان ، مقدمة
السرطان والسرطان الكاذب
أو السرطانة)

– ابريكوسوف

– الخلية القاعدية

– حميد

– ظهاري حميد

– الأوعية الدموية

– عظمي

– بوشكيه – لوفشتاين

(اللقموح العملاق)

– غضروف

– كيسبي

– كيسبي ، وحماني

– قنوي جلدي

– ظهاري

– ظهاري ليفي

– جريبي

– جريبي قمعي

– ورم الخلية العملاقة في
صفيحة الوتر

– كببي

– خلية جبسية

– قرص الشعرة

– كونن

– أوعية لمفية

– ظهاري خبيث

– صمات ورمية خبيثة

– لحمي متوسط

- mollusoid pseudotumors	- الأورام الكاذبة المليسائية الشكل	- group, rickettsia diseases	- زمرة ، أدواء الريكتسيات
- muscles	- العضلات	- Indian tick	- القراد الهندي
- nervous system	- الجهاز العصبي	- Kenya tick	- القراد الكيني
- opportunistic, AIDS	- انتهازى ، الإيدز	- murine (endemic)	- الفأري (متوطن)
- proliferating trichilemmal	- غمد الشعرة الخارجي التكاثري	- North Asian tick	- قراد شمال أسية
- Spiegler's	- سيفلر	- Queensland tick	- قراد كوين لاند
- subungual (see also subungual tumors)	- تحت الظفر (انظر الأورام تحت الأظفار)	- scrub	- قرادي
- sweat gland	- الغدة العرقية	- Siberian tick	- القراد السيبيري
- turban	- العمامة	typus rusticus	التيفوس
tumor - like eosinophilic granuloma	حييوم حمضي مشبه بالورم	Tyson glands	غدد تيسون
turban tumor	ورم العمامة	Tzank cells	خلايا تزانك
twisted hair	الأشعار المبرومة	Tzanck's test,	اختبار تزانك ، في الفقاع الشائع
tylosities articulari	ثفان مفصلي	pemphigus vulgaris	
tylotic hand and foot eczema	إكزيمة اليد والقدم الثفانية		
type I (anaphylactic) reaction	نمط I تفاعل (تأقي)	U	
type II (cytotoxic) reaction	نمط II تفاعل (سام للخلايا)	udderpox	جدري الضرع
type III (immune - complex) reaction	نمط III تفاعل (المعقدات المناعية)	ulcer(s)	قرحة (ج : قرحات)
- Arthus type	- نمط آرتوس	- anesthetic	- خدرية
- serum - sickness type	- نمط داء المصل	- Bahia	- باهيا
type IV (cellular allergic, of delayed type) reaction	نمط IV تفاعل (أرجي خلوي ، من النمط الآجل)	- chiclero	- قرحة شيكليرو (شكل من الليشمانية في المكسيك)
- eczema type	- نمط إكزيمي	- crural	- الساق
- tuberculin	- نمط السلين	- decbitus	- الناقبة
typhus	التيفوس	- desert	- الصحراء
- endemic	- المتوطن	- herpes simplex, postherpetic ulceration	- الحلا البسيط ، عقب التفرح الحلثي
- epidemic (rickettsia)	- الوبائي (الريكتسية)	- hypertensive ischemic (Farber)	- اقفاية بفرط ضغط الدم (فاربر)
- exanthematicus	- الطفحي	- leg, etiology	- الساق ، الأسباب
		- livedo reticularis with summer ulceration	- التزرق الشبكي مع التفرح الصيفي
		- Marjolin	- مارجولين
		- morphology	- الشكلية
		- Morvan's	- مورفان
		- neurotrophic ulcerations	- التفرحات التغذوية العصبية

– perforating ulceration	– التقرح الثابت	Ulrich – Scheie, mucopolysaccharidoses	الريش – سكي – داء عديدات السكر يد المخاطية
– phagedenic (phagedena)	– قرحة آكلة (قرحة آكلة)	Ulrich – Turner syndrome	متلازمة الريش – تورنر
– roentgen	– رونتجن	ultrasound	فائق الصوت
– stasis	– الركودة	ultraviolet filters	مراشح الأشعة فوق البنفسجية
– tropical	– المدارية	ultraviolet radiation	التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية
– tuberculous, of the mucous membranes	– التدرنية ، على الأغشية المخاطية	uncombable hair	شعر غير قابل للتمشيط
– venous stasis	– الركودة الوريدية	undulant fever	حمى متموجة
– venous stasis, treatment	– الركودة الوريدية ، المعالجة	unguis	ظفر (ج : أظفار)
– wasting	– هزل / ضمور	– incarnatus	– ناشب
– X – ray	– أشعة إكس	– nail	– ظفر
ulcerating basal cell carcinoma	سرطانة الخلية القاعدة التقرحية	– in turriculo	– أنبوبي
ulcerative	تقرحي	universal metabolic calcinosis	كلاس استقلابي شامل
– atrophie blanche	– ضمور أبيض	Unna – Politzer nevus	وحمة أوننا – بوليتزر
– pharyngitis	– التهاب البلعوم	Unna – Thost disease	داء أوننا – توست
– stomatitis	– التهاب الفم	Urbach – Wiethe syndrome	متلازمة أورباخ – ويث
ulcerous lupus vulgaris	الذئب الشائع التقرحي	urea	يوريا
ulcerous syphilid	طفحة إفرنجية تقرحية	Ureaplasma urealyticum	يوريا بلاسما الحالة للبولة
ulcus	قرحة	uremic elastosis	مران يوريمي
– cruris hypertonicum	– الأرفاغ مفرطة التوتر	urethritis	التهاب الإحليل
– lymphogranuloma – tosum	– لمفية حبيبية	– Acintobacter	– الجرثائم العنيفة
– molle (see ulcus molle)	– رخو / لين (انظر القرحة اللينة)	– balanitis	– التهاب الحشفة
– rodens	– قارضة	– candida	– المبيضات
– terebrans	– ثاقبة	– chlamydia	– المتدثرة
– tropicum	– مدارية	– gonorrheal	– السيلاني
– vulvae acutum	– مهبلية حادة	– herpes virus	– حمى الحلا
ulcus molle	قرحة لينة	– myoplasma	– المفطورة
– elevatum (raised chancroid)	– مرتفعة (قريح مرتفع)	– nongonococcal (NGU)	– اللابني
– gangraenosum	– مواتية	– nonspecific	– اللانوعي
– serpiginosum	– ساعية	– postgonococcal (PGU)	– عقب البنيات
ulerythema	الحمامي التندية محجية المنشأ	– Reiter's disease	– داء رايتز
ophryogenes			

- staphylococcal	- العنقوديات	- heat contact (see	- التماسي الحراري (انظر
- streptococcal	- العقديات	urticaria, heat	الشرى التماسي الحراري)
- traumatic	- الرضحي	contact)	
- <i>Trichomonas</i>	- المشعرات	- intracutaneous	- الإختبار داخل الجلد
- <i>Veillonella</i>	- الفيونيلة	(intradermal) test	(داخل الأدمة)
urinary tract,	السييل البولي ، السيلان	- mechanica	- الآلي
gonorrhea		- neonatorum	- الوليدي
urogenital infections	الأخماج البولية التناسلية	- papulosa chronica	- الحطاطي المزمن
with chlamydia	بالتدثرات الخثرية	- papulosa infantum	- الحطاطي الطفلي
trachomatis		- perstans	- المستمر
urtica	شرية (من شرى)	- physical	- الفيزيائي
- anemica	- فقر الدم	- pigmentosa	- الصباضي
- hyperemica	- التبيغي	- pigmentosa	- الصباضي الكهلي
- porcellanea	- البورسلاني	adultorum	
- rubra	- الأحمر	- pigmentosa bullosa	- الصباضي الفقاعي
urticaria	الشرى	- pigmentosa	- الصباضي الترفي
- ance	- العدي	hemorrhagica	
- acute	- الحاد	- pressure	- بالضغط
- allergic (see	- الأرجي (انظر الشرى ،	- PRIST (paper	- بريست (اختبار
urticaria, allergic)	الأرجي)	radioimmunosorbent	الامتصاص المناعي
- aquagenic	- المائي	test)	الإشعاعي الورقي (
- associated with	- المترافق بالتهاب الأوعية	- RAST (radioalle-	- راست (اختبار الامتصاص
vasculitis		rgosorbent test)	الأرجي الإشعاعي)
- e calore	- والحروري	- rewarming	- إعادة التدفئة / المتكررة /
- cholinergic	- كوليني الفعل	- RIST (radioimmu-	- ريست (اختبار
- chronic (see	- المزمن (انظر الشرى	nosorbent test)	الامتصاص المناعي
urticaria, chronic)	المزمن)		الإشعاعي)
- classification	- التصنيف	- scratch test	- اختبار بالتخديش
- cold	- البرد	- serum IgE	- تعيين الغلوبولين IgE المصلي
- contact (see	- التماسي (انظر الشرى ،	determination	
urticaria, contact)	التماسي)	- skin testing	- اختبار الجلد
- drug - induced	- المحدث بالأدوية اللامناعي	- solar/solaris	- الشمسي
nonimmunological	(الأرجي الكاذب)	- sweat	- عرق
(pseudoallergic)		urticaria, allergic	- الشرى ، الأرجي
- exertion	- الجهد	- avoidance test	- اختبار الوقاية
- factitia	- المفتعل	- diagnostic measures	- الإجراءات التشخيصية
- Frick test	- اختبار فريك	- exposure test	- اختبار التعرض
- friction test	- اختبار الإحتكاك	- treatment	- المعالجة
- e frigore	- برودة	urticaria chronic	- الشرى المزمن

– intermittent	– المتقطع
– treatment	– المعالجة
urticaria, contact	الشرى ، التماسي
– animal allergens	– المستأرجات الحيوانية
– caterpillars	– اليرسوع
– cosmetics	– المزوقات
– drugs	الأدوية
– foods	– الأغذية
– histamine	– الهستامين
– immediate – type	– الأرج التماسي من النمط
contact allergy	العاجل
– insect stings or bites	– لسع الحشرات أو عضها
– plant allergens	– المستأرجات النباتية
– sea animals	– الحيوانات البحرية
– toxic effects	– التأثيرات السمية
– work – associated	– المواد المرافقة للعمل
substances	
– urticaria, heat	– الشرى ، التماسي الحراري
contact	
– solar urticaria	– الشرى الشمسي
– special forms	– الأشكال الخاصة
– X – ray urticaria	– الشرى بأشعة X (إكس)
urticarial	كثوية الجلد الشروية
dermographism	
urticarial vasculitis	التهاب الأوعية الشروية
uta	أوتا (من مرادفات داء الليشمانيات الأمريكي)
UV radiation	التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية
UVA	الأشعة فوق البنفسجية آ
– fluorescent tubes	– أنابيب التألق
UVB	الأشعة فوق البنفسجية ب
– fluorescent tubes	– أنابيب التألق
UVC	الأشعة فوق البنفسجية ث

V

vaccinia inoculata	الوقس / جدري البقر
vaccinia virus	حمة الوقس
vagabond's disease	داء المشردين

vagina	المهبل
vaginal discharge	نحيج مهبل
– bacterial infections	– الأخماج الجرثومية
– Candida albicans	– المبيضات البيض
– diagnostic guidelines	– أدلة التشخيص
– Gardnerella vaginalis	– الغاردنرلا المهبلية
– gonorrhoea	– سيلاني
Trichomonas infection	أنحاج المشعرة
– thrush	– السلاق
vaginosis	التهاب المهبل
valley fever	حمى الوادي
Van Lohuizen's	متلازمة فان لويزين
syndrome	
varicella	الحماق
– adutorum	– الكهلي
– exanthem	– الطفحي
– pregnancy	– الحمل
varicella – Zoster virus	– حمة الحماق – النطاقي
varices	الدوالي
– arborizing	– المتشعبة ، المتفرعة
– primary	– الأولية ، البدئية
– reticular	– الشبكية
– sclerotherapy	– المعالجة المصلبة
– secondary	– الثانوية
– surgical therapy	– المعالجة الجراحية
– of the tongue	– اللسان
varicophlebitis	التهاب الدوالي
varicosis	الدوالي
– branch, lateral	– فرع ، الوحشية / الجانبية
– trunk	– الجذع
variegate porphyrias	البرفيرية المتغيرة
variola	الجدري
– confluens	– المُقرن (المتلاقي)
– minor	– الصغير
varioid	جدراي
varnishes	ورنيش
vascular	وعائي
– abnormalities	– شذوذات

– disorders of hemostasis	اضطرابات الإرقاء	vegetating dermatitis, chronic	التهاب الجلد التنبتي المزمن
– nevi	– وحمات	vegetative warts	الثآليل النابتة
– nevi, phakomatoses	– وحمات ، الأدواء العدسية	Veillonella	الميريونيلة
– plexus, arterial	– ضفيرة ، شريانية	veins	أوردة
– plexus, venous	– ضفيرة ، وريدية	– warning	– انذار
– polyp	– سلية (بوليب)	vellus hair	الشعر الزغبى
vasculitis	التهاب الأوعية	venectases	توسع الوريد
– allergic/allergica (see vasculitis, allergic)	– الأرجي (انظر التهاب الأوعية ، الأرجي)	venereal disease	اختبار مختبر أبحاث الأمراض الزهرية (VDRL)
– (arteriolitis)	– (التهاب الشرايين) التبيغي	research laboratory (VDRL) test	
hyperergica cutis	الجلدي	venous	وريدي
– granulomatous	– الحبيبي	– atrophie blanche	– ضمور أبيض
– immune complex	– معقد مناعي	– function (see venous function)	– وظيفة (انظر الوظيفة الوريدية)
– leukocytoclastic	– الكاسر للكريات البيض	– insufficiency, chronic (see also CVI)	– قصور ، مزمن (انظر القصور الوريدي المزمن أيضاً)
– livedoid	– الترقاني	– insufficiency, chronic, treatment	– قصور ، مزمن المعالجة
– nodular	– العقيدى	– stasis ulcer	– قرحة ركودية
– panniculitis	– التهاب السبلة الشحمية	– stasis ulcer, treatment	– قرحة ركودية ، المعالجة
– urticaria(1)	– الشروي	venous function	الوظيفة الوريدية
vasculitis, allergic/allergica	التهاب الأوعية ، الأرجي	– doppler sonography	– دوبلر الصوئي
– allergic type	– النمط الأرجي	– inspection	– معاينة
– antigenic components	– مكونات مستضدية	– investigation	– استقصاء
– hemorrhagic type	– النمط النزفي	– palpation	– جس
– hemorrhagic – necrotic type	– النمط النزفي – النخري	verruca/verrucae	الثآليل
– papulonecrotic type	– النمط الحطاطي النخري	– necrogenica	– النخرية
– pathogenic concept	– المفهوم الإمراضى	planar juveniles	المسطحة الفتوية
– polymorphous – nodular	– العقيدى – عديد الأشكال	– plana – like	– التقران المي المشبه بالثآليل
– urticarial vasculitis	– التهاب الأوعية الشروي	seborrheic keratosis	المسطحة
Vaseline (petrolatum)	فازلين (وزلين)	– plantares	– الأخمصية
VDRL (venereal disease research laboratory) test	اختبار (مختبر أبحاث الأمراض الزهرية)	– seborrhoica senilis	– المثية الشيخية
vegetating bullous pemphigoid	الفقاعاني الفقاعي التنبتي	– vulgares	– الشائعة
		– vulgares, filiform	– الشائعة ، خيطية الشكل
		– vulgaris, subungual	– الشائعة ، تحت الظفر

verruciform xanthoma	الصفروم ثؤلولي الشكل	vitamin B6 (pyridoxine)	فيتامين ب٦ (البيريدوكسين)
verrucous epidermal nevus, inflammatory linear (ILVEN)	الوحمه البشرية الثؤلولية الالتهابية الخطية	vitamin C	فيتامين ث
verrucosis generalisata	الثآليل المعممة	– deficiency	– عوز
verrucous carcinoma	سرطانة ثؤلولية	vitamin D	فيتامين د
– of the oral cavity	– في الحفرة الفموية	– deficiency	– عوز
verrucous	جلاد عصبي ثؤلولي	– hypervitaminosis	– فرط الفيتامين
neurodermatitis		vitamin E	فيتامين ي
verruca peruana	ثآليل بورية	vitamin H	فيتامين هـ
very low – density lipoproteins (VLDLs)	البروتينات الشحمية وضيقة الكثافة	vitamin K	فيتامين ك
vesicles	حويصلات	– deficiency	– عوز
vesicular bullous pemphigoid	الفقاعاني الفقاعي الحويصلي	vitaligo	بهق
vesicular disease	الداء الحويصلي	– perineal	– حول الوحمه
– classification	– التصنيف	– quadrichrome	– رباعي اللون
vidarabine	فيدارابين	– trichrome	– ثلاثي اللون
Vietnamese time bomb	القنبلة الموقوتة الفيتامينية	VLDs (very low – density lipoproteins)	البروتينات الشحمية وضيقة الكثافة
virilism	الاسترجال	Vlemingx's solution	محلول فليمينغ
virostatic drugs	الأدوية المثبطة للأحماض	Vogt – Koyanagi syndrome	متلازمة فوكت – كوياناغي
virus diseases of the skin	أدواء الحمات الجلدية	Vogt – Koyanagi – Harada syndrome	متلازمة فوكت – كوياناغي – هارادا
viruses	حمات راشحة / فيروسات	Vohwinkel's syndrome	متلازمة فوفينكل
visceral	الحشوي	VP (variegate porphyrias)	البرفيرية المتغيرة
– dermal leishmaniasis	– داء الليشمانيات الجلدي	Vrolik's syndrome	متلازمة فروليك
– leishmaniasis	– داء الليشمانيات	vulva	الفرج
– mycoses	– الفطارات	– atrophy	– ضمور
vitamin A	فيتامين آ	– atrophy, senile	– ضمور شيخخي
– deficiency	– عوز	– carcinoma	– سرطانة
– hypervitaminosis	– فرط الفيتامين	– hidradenoma	– غدوم عرق
vitamin B	فيتامين ب	– tubular adenoma	– غدوم أنبوبي
vitamin B1 (thiamine)	فيتامين ب١ (الثيامين)	– eczema	– إكزيمة
vitamin B12	فيتامين ب١٢ (كوبالامين)	– dystrophies	– حثول (م : حثل)
(cobalamin)		vulvitis, allergic	التهاب الفرج ، الأرجي
vitamin B2 (riboflavin)	فيتامين ب٢ (ريبوفلافين)	vulvitis circumscrip- ta	التهاب الفرج المحدد
vitamin B3	فيتامين ب٣ (النيكوتيناميد ، العامل البواني من البلاغرا)	chronica benigna plasmacellularis	مصورى الخلايا الحميد المزمن
(nicotinamide, pellagra preventive factor)		vulvovaginitis	التهاب الفرج والمهبل

- of adults
- candidomycetica
- diabetic
- gonorrheal
- herpetica
- infantum

- الكهلي
- بالمبيضات
- السكري
- السيلاني
- الحثلي
- الطفلي

- venom allergy
- Wassermann reaction (WaR)
- wasting ulcer
- watchglass nails

- آرج سمي
- تفاعل واسرمان
- قرحة ضامرة
- الأظفار المشبهة بزجاجة الساعة

W

- Waldenstrom's disease
- Waldeyer's tonsillar ring
- Wallace's rule of nines, burns
- WaR (Wassermann reaction)
- warning veins

- داء والدنستروم
- الحلقة اللوزية لغالدير
- قانون التسعات لوالاس في الحروق
- تفاعل واسرمان

- water dermatitis
- water - in - oil emulsions
- water - soluble bases (lipogels)
- waterbed, Hebra's
- Waterhouse - Friderichsen syndrome

- التهاب الجلد بالماء
- الماء في مستحلبات زيتية
- سواغات ذوابة في الماء (هلامات شحمية)
- سرير مائي ، لهرا
- متلازمة ووترهاوس - فريدريكسين

- wart(s)
- butcher's
- common
- dimple
- fig
- giant
- hands and fingers
- locations
- mosaic
- mucosal
- paronychia
- plane
- plantar
- tar
- tinctures
- treatment
- vegetative
- wart - like diseases
- warty dyskeratoma
- warty tubercles of the skin
- wasp(s)

- أوردة الانذار (الأوردة المنذرة)
- ثؤلول (ج : ثآليل)
- الجزارين
- شائع
- رصعة ، انطباعية
- تينية
- عملاق
- اليدين والأصابع
- التوضعات
- مزيق
- مخاطي
- داحسي
- مسطح
- أخمصي
- القطران
- صبغات
- المعالجة
- نابنة
- الأدواء الشبيهة بالثآليل
- ورم خلل التقرن المثألل
- تدرن الجلد الثؤلولي

- web syndrome
- Weber - Christian disease
- afebrile
- Weber - Cockayne syndrome
- Wegener - Klinger syndrome
- Wegener's granulomatosis
- Well's syndrome
- Werner's syndrome
- Western blot
- wet dressing(s)
- occlusive
- with ointment
- solutions
- wheel formation
- wheals (hives)
- whirlpool dermatitis
- white
- atrophy
- dermatographism
- finger

- متلازمة الوتر
- داء ويبر - كريستيان
- اللاحمي
- متلازمة ويبر - كوكاين
- متلازمة فاغنر - كلينغر
- الورام الحبيبي لفاغنر
- متلازمة ويل
- متلازمة ويرنر
- ويسترن بلوت
- ضمادات رطبة
- مسدة (كتيمة)
- مع مرهم
- بالمحاليل
- تشكيل انتباري
- انتبارات
- التهاب الجلد في المسامح أبيض
- ضمور
- كتوبية الجلد
- أصبع

– forelock	– الناصية ، شعر مقدم الرأس	– flatworms	– الديدان المنبسطة
– piedra	– بصره	– ringlet	– الحلقيه
– pox	– طفح جذري	– roundworms	– الديدان المنبسطة
– psoriasis	– صدف	– tapeworms	– الشريطيات
– sponge nevus	– وحة إسفنجية	– threadworms	– السرمية الدويدية ،
– spot disease	– داء البقع		الأقصور
– spots, congenital	– بقع ، ولادية	– treatment of diseases	– معالجة الأمراض
whitehead	رأس أبيض	wounds	جروح
Whitmore's disease	داء وايتمور	Wubenthal's syndrome	متلازمة وينتال
Wickham's striation	ظاهرة التخطط (الخطوط)	Wucheria bancrofti	الفخرية البكروفتية
phenomenon, lichen	لويكهام في الحزاز المسطح		
planus			
von Willebrand's	داء فون ويلبراند	xanthelasma	اللويحة الصفراء
disease		– corporis	– الجسدية
von Willebrand –	متلازمة فون ويلبراند –	– generalized	– المعممة
Jurgens syndrome	جورجينز	– palpebrarum	– الجفنية
Wilson's disease	داء ويلسون	xanthochromia	اصفرار الراحتين
Windpocken	الحماق (تسمية ألمانية)	palmaris	
Winiwarter – Burger	داء ويني ورتر – بورجير	xanthoerythrodermia	أحمرية (احمرار) الجلد
disease		perstans	الأصفر الدائم
Winterbauer's	متلازمة وينتربور	xanthogranuloma	الحبيبوم الأصفر الفتوي
syndrome		juvenile	
Wiskott – Aldrich	متلازمة ويسكت – الدريش	xanthogranuloma,	الحبيبوم الأصفر ، البلى
syndrome		necrobiotic	الفيزيولوجي
Wittmaack – Eckbom	متلازمة ويتماك – إكبوم	xanthoma(s)	الصفروم (روم أصفر)
syndrome		– disseminated, with	– المنتثر مع ضخامة كبدية
Wolman's disease	داء فولمان	hepatosplenomegaly	طحالية مترافقة بفرط
Wood's lamp	لمبة وود	associated	شحميات الدم
Wood tars	الفطران الخشبي	hyperlipidemia	
woody phlegmon	فلغمون خشبي	– disseminatum with	– المنتثر مع بواله تفهة
wool fat	دهن صوفي	diabetes insipidus	
Woolf – Dolowitz –	متلازمة وولف – دولوفتيز –	– eruptivum	– الطفحي
Aldous syndrome	الدوس	– juvenile	– الفتوي
woolly hair	الشعر الصوفي	– nevoid	– الوحماني
woolly hair nevus	وحة الشعر الصوفي	– papular	– الخطاطي
Woringer – Kolopp	داء فورينجر – كولوب	– palmare papulosum	– الخطاطي الراحي
disease		– palmare striatum	– المخطط الراحي
worms	الديدان (م : دودة)	– plane, diffuse/	– المسطح / المنتثر
– bristle	– حليقية	planum diffusum	

X

– tendinosum et articulare	– الوترى والمفصلي
– tuberosum	– الحديبي
– verruciform	– ثؤلولي الشكل
xanthomatosis/ xanthomatosis	الورام الأصفر
– hypercholesterolemia	– مفرط الكوليسترولية
– hypercholesterolemia, familial idiopathic	– مفرط الكوليسترولية ، العائلي الغامض
– hyperlipidemia	– مفرط شحميات الدم
– idiopathic hyperlipidemia	– مفرط شحميات الدم الذاتي
– plane, normolipemia	– المسطح ، سوي الشحميات الدموية
– tonsillar	– اللوزي
– X – chromosomal recessive ichthyosis	– السماك الصاغر بالصيفوي X
– keratoses	– التقرانات
xerosis conjunctivae	جفاف الملتحمة
X – linked ichthyosis	السماك الصاغر المرتبط بالجنس
X – ray	الأشعة السينية (إكس)
– carcinoma	– السرطانة
– dermatitis	– التهاب الجلد
– elastosis	– المران
– keratoses	– التقرانات
– therapy, soft	– المعالجة ، اللينة
– ulcer	– القرحة
– urticaria	– الشرى

Y

yaws	اليوز ، الداء العليقي
– bush	– دغل
– forest	– الغابة
yeasts	خمائر (م : خميرة)
yellow nail syndrome	متلازمة الظفر الأصفر
<i>Yersinia enterocolitica</i> infections	أخماج اليرسينية المعوية الكولونية

Yesinia pestis

Zaraath

zinc

– chloride
cauterization,
Schreus'

– deficiency
– gelatin
– metabolism
– pyrrhione derivatives

Zinsser – Cole –

Engman syndrome

nail changes

zirconium granuloma

zona

zoonoses

zoster

– gangraenosis
– generalisatus
– haemorrhagicus
– in the hand region
– multiplex unilateralis
– nervi trigemini
– ophthalmicus
– oticus
– of the second and third trigeminal branch

– segmental innervation of the skin

– segmentalis
– smallpox
– special localizations
– traumaticus
zosteriform skin
necroses

Z

اليرسينية الطاعونية

زاراث (اسم للجذام)

الزنك

– الكي بالكلوريد ، لشريس

– عوز

– هلام

– استقلاب

– مشتقات البيريتيون

– متلازمة زينسير – كول –

اينغمان

– تبدلات ظفرية

حبيوم الزرقونيوم

منطقة

مرض حيواني المصدر / من

منشأ حيواني

نطاق

– موات

– معم

– نزفي

– في منطقة اليد

– متعدد متوحد الجانب

– أعصاب مثلث التوائم

– عيني

– أذني

– فرع الثاني والثالث من

مثلث التوائم

– تعصيب قطعي للجلد

– قطعي

– جذري

– توضعات خاصة

– رضحي

نخرات الجلد نطاقية الشكل